Antidiskriminierungsstelle des Bundes

Diskriminierungsrisiken und Diskriminierungsschutz im Gesundheitswesen – Wissensstand und Forschungsbedarf für die Antidiskriminierungsforschung

Susanne Bartig, Dorina Kalkum, Ha Mi Le, Aleksandra Lewicki

Diskriminierungsrisiken und Diskriminierungsschutz im Gesundheitswesen – Wissensstand und Forschungsbedarf für die Antidiskriminierungsforschung

Studie im Auftrag der Antidiskriminierungsstelle des Bundes

Autor*innen:
Susanne Bartig, Dorina Kalkum, Ha Mi Le, Aleksandra Lewicki

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis 7

1. Einleitung 9

2. Schutz vor Diskriminierung im Gesundheitswesen im deutschen Recht 11
   - 2.1 Rechtliche Rahmenbedingungen für die Durchsetzung von Diskriminierungsverboten 11
   - 2.2 Behandlungsverträge 13
   - 2.3 Außergerichtliche Beschwerdestellen im Gesundheitswesen 14

3. Forschungsstand 17
   - 3.1 Das Gesundheitswesen als Dienstleister 17
     - 3.1.1 Ethnische Herkunft und rassistische Diskriminierung 17
       - Interpersonale Diskriminierung 18
       - Unterschiede in der Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung 19
       - Kommunikationsbarrieren als institutionelles Diskriminierungsrisiko 23
       - Unzureichender Einsatz von Dolmetscher*innen 24
       - Fehlende mehrsprachige Informationen 26
       - Mangelnde diversitätssensible Versorgungsangebote und fehlende interkulturelle Kompetenzen 26
       - Diskriminierung anhand des aufenthaltsrechtlichen Status 28
       - Unterschiedliche Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung 29
       - Laufende Forschungsprojekte 30
       - Fazit 31
     - 3.1.2 Geschlecht und Geschlechtsidentität 32
       - Diskriminierung durch Behandlungsunterschiede zwischen Frauen und Männern 32
       - Diskriminierung bei Geburtshilfe und Schwangerschaft 34
       - Reproduktive Autonomie und Abtreibung 35
       - Spezifische Diskriminierungsrisiken von Trans*Personen 36
       - Institutionelle Diskriminierung von Trans*Personen 36
       - Spezifische Diskriminierungsrisiken von Inter*Personen 37
       - Laufende Forschungsprojekte 38
       - Fazit 38
     - 3.1.3 Religion 39
       - Unzureichende Berücksichtigung religiöser Grundpflichten 40
       - Fazit 41

3.1.4 Behinderung 41
Diskriminierungsrisiken durch mangelnde Barrierefreiheit im Zugang zum Gesundheitssystem 42
Spezifische Barrieren beim Behandlungszugang von Menschen mit psychischen Erkrankungen 44
Diskriminierungserfahrungen bei der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems 44
Diskriminierungserfahrungen in Form der Vorenthaltung von Behandlungen 45
Diskriminierungsrisiken durch mangelndes Fachwissen und kommunikative Kompetenzen 46
Institutionelle Diskriminierungsrisiken in der stationären Gesundheitsversorgung 48
Diskriminierungsrisiken im Zusammenhang mit COVID-19 49
Laufende Forschungsprojekte 49
Fazit 49
3.1.5 Alter 50
Diskriminierungsrisiken aufgrund negativer Altersstereotype 51
Diskriminierende Kommunikation 52
Diskriminierungsrisiken aufgrund von Altersrationierung 52
Institutionelle und strukturelle Diskriminierungsrisiken aufgrund des höheren Lebensalters 53
Unterschiede in der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems 55
Diskriminierungsrisiken im Zusammenhang mit COVID-19 55
Fazit 56
3.1.6 Sexuelle Identität 56
Institutionelle Diskriminierung 56
Weitere Diskriminierungsformen 57
Fazit 57
3.1.7 Sozioökonomischer Status 58
3.1.8 Gewicht 59
3.2 Das Gesundheitswesen als Arbeitgeber 59
3.2.1 Ethnische Herkunft 60
3.2.2 Geschlecht und Geschlechtsidentität 61
3.2.3 Weitere Merkmale 62
3.2.4 Fazit: Diskriminierung im Gesundheitswesen als Arbeitgeber 63
3.3 Zusammenfassung 64
Diskriminierungsrisiken durch mangelnde Barrierefreiheit im Gesundheitssystem 64
Diskriminierungsrisiken in der Interaktion zwischen dem Gesundheitspersonal und den Patient*innen 65
Diskriminierungsrisiken aufgrund mangelnden Fachwissens 65
Institutionelle Diskriminierungsrisiken 65
Überblick zu den identifizierten Forschungslücken 66

4. Danksagung 69

5. Literaturverzeichnis 70

Abkürzungsverzeichnis

AGG	Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz
BGG	Behindertengleichstellungsgesetz
DRG	Diagnosis Related Groups
EU	Europäische Union
FRA	Agentur der Europäischen Union für Grundrechte
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GG	Grundgesetz
HHVG	Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz
LGBT	Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender (lesbisch, schwul, bisexuell und trans*)
LSVD	Lesben- und Schwulenverband in Deutschland
TSG	Transsexuellengesetz
TSVG	Terminservice- und Versorgungsgesetz
UN	United Nations (Vereinte Nationen)

1. Einleitung

Gesundheit ist ein wichtiges Gut und steht in einem engen Zusammenhang mit dem Genuss von verschiedenen Grundrechten. Dennoch kommt es – wie in anderen Lebensbereichen auch – im Gesundheitswesen zu Diskriminierung. So zeigt etwa die Studie *Diskriminierungserfahrungen in Deutschland*, dass 26,4 Prozent der Personen, die in den letzten zwei Jahren Diskriminierung erfahren haben, diese (auch) im Bereich Gesundheit und Pflege erlebten (Beigang et al. 2017, Seite 121). Auswertungen im Rahmen des Innovationssamples des Sozio-oekonomischen Panels, einer repräsentativen Wiederholungsbefragung in Deutschland, kommen mit rund 29 Prozent zu einem ähnlichen Ergebnis (Antidiskriminierungsstelle des Bundes 2018).

Ausgangspunkt von **Diskriminierung** sind Kategorisierungen von Menschen, mit denen bestimmte Stereotypen verbunden werden (Aronson et al. 2008). Welche Kategorien für Diskriminierung relevant sind, hängt davon ab, welchen Gruppenzugehörigkeiten oder –zuschreibungen gesamtgesellschaftlich und häufig auch historisch Bedeutung zugeschrieben wird. Infolgedessen handelt es sich dabei um sozial konstruierte, nicht um natürlicherweise existierende und objektiv eindeutig abgrenzbare Kategorien. Kategorisierungen werden von Dritten häufig ohne Bezug zur Selbstidentifikation der betroffenen Person vorgenommen, beispielsweise ausschließlich auf Basis des Aussehens.

Unter Diskriminierung verstehen wir in dieser Studie die Benachteiligung von Menschen ohne sachliche Rechtfertigung anhand ihrer (vermeintlichen) Zugehörigkeit zu einer sozial konstruierten Kategorie von Personen. Diskriminierung kann interpersonal, also ausgehend von Personen, oder institutionell erfolgen. Institutionelle Diskriminierung erfolgt durch Gesetze, bürokratische Verfahren, Routinen, Abläufe, Alltagsnormen, Verhaltenscodices oder Regelungen und durch ihre nicht unmittelbar sichtbaren oder intendierten subtilen Wirkungsweisen, die in der Benachteiligung bestimmter Personen(gruppen) resultieren. Quantitative oder qualitative Unterschiede bei der Nutzung von Gesundheitsleistungen zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen können mit diskriminierenden Effekten der Funktionsweise des Gesundheitswesens zusammenhängen. Ein Beispiel hierfür ist die Ökonomisierung des Gesundheitssystems, die sich durch Zeit- und Personalmangel nachteilig auf die gesundheitliche Versorgung der Patient*innen auswirken kann. So entstehen Benachteiligungen nicht nur durch einzelne Mitarbeiter*innen des Gesundheitssystems, sondern oftmals durch institutionelle Faktoren. Leider ist gerade die Rolle institutioneller Faktoren bei Diskriminierungen im Gesundheitswesen bisher unzureichend untersucht.

Die vorliegende Expertise zu „Diskriminierungsrisiken und Diskriminierungsschutz im Gesundheitswesen – Wissensstand und Forschungsbedarf für die Antidiskriminierungsforschung“ konzentriert sich auf **Forschungsergebnisse zu Deutschland aus den Jahren 2010 bis 2020**. Dies umfasst sowohl Publikationen in wissenschaftlichen Zeitschriften und Sammelbänden als auch Berichte von zivilgesellschaftlichen und internationalen Organisationen. Die Ergebnisse wurden dort, wo entsprechende Forschung fehlt, durch ältere oder internationale Studien ergänzt.[1] Inwieweit Ergebnisse aus anderen Ländern dabei auf Deutschland übertragbar sind, bleibt oftmals unklar. Der Verweis auf internationale Studien soll in erster Linie dazu dienen, Forschungslücken in Deutschland aufzuzeigen. Neben der sozial- und rechtswissenschaftlichen Literaturanalyse wurden zudem sieben **Interviews mit Expert*innen** aus der Praxis sowie aus medizinischen, gesundheits- und sozialwissenschaftlichen Disziplinen, die sich mit Benachteiligungen im Gesundheitswesen auseinandersetzen, zur Einordnung des Forschungsstands und zur Ausarbeitung des

1 Wir danken unserer studentischen Mitarbeiterin Theresa Schwass für ihre Unterstützung bei der Recherche.

Forschungsbedarfs realisiert (vergleiche Seite 69). Die telefonisch durchgeführten Interviews wurden aufgezeichnet, transkribiert und anschließend inhaltsanalytisch ausgewertet.

Der Fokus dieser Expertise liegt auf der **ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung** (inklusive Rehabilitationseinrichtungen). Nicht betrachtet werden das weitere Pflegewesen (das heißt ambulante Gesundheits- und Krankenpflege sowie die ambulante und stationäre Altenpflege und Pflege von Menschen mit Behinderung), Prävention und Gesundheitserziehung, Amts- und Betriebsärzt*innen sowie das System der Kranken- und Pflegeversicherung. Auch können im Rahmen dieser Expertise nicht die gesundheitlichen Auswirkungen von Diskriminierung untersucht werden.

Leitfragen bei der Literaturanalyse waren folgende:

- Welche wissenschaftlichen Erkenntnisse gibt es bereits zu Diskriminierungsrisiken für Patient*innen und Beschäftigte im Gesundheitswesen?
- Was ist bekannt hinsichtlich des Ausmaßes von Diskriminierung? In welcher Form und in welchen Bereichen tritt Diskriminierung auf? Welche Personen(gruppen) sind betroffen?
- Welche Befunde gibt es zu institutioneller Diskriminierung im Gesundheitswesen?
- In welchen Bereichen bezüglich welcher Merkmale oder welcher Mechanismen bestehen Forschungslücken?

Im Folgenden wird zunächst die Frage behandelt, in welchen Bereichen antidiskriminierungsrechtliche Regelungen auf das Gesundheitswesen Anwendung finden. Hierfür werden die Rechtsgrundlagen identifiziert und etwaige Regelungslücken sowie Umsetzungsdefizite aufgezeigt. Anschließend werden die vorliegenden Befunde nach den im Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG) geschützten Diskriminierungsmerkmalen ethnische Herkunft, Geschlecht beziehungsweise Geschlechtsidentität, Religion beziehungsweise Weltanschauung, Behinderung, Alter und sexuelle Identität sowie den in Deutschland nicht durch das AGG geschützten Merkmalen sozioökonomischer Status und Körpergewicht dargestellt.[2] Der Studienbericht endet mit einem Kapitel, welches den Forschungsstand noch einmal kurz und merkmalsübergreifend zusammenfasst. Diese Strukturierung wurde gewählt, um die gesammelten Informationen Forschenden und anderen Interessierten möglichst übersichtlich zugänglich zu machen.

2 Sozioökonomischer Status und Gewicht wurden wegen ihrer Prominenz in aktuellen öffentlichen Debatten in die Expertise aufgenommen. So ist der Merkmalsgrund sozialer Status in der Charta der Grundrechte der Europäischen Union sowie seit 2020 im Landesantidiskriminierungsgesetz von Berlin geschützt. Es gibt jedoch zahlreiche weitere nicht im AGG geschützte Merkmale, die mit Benachteiligung verbunden sind und diskutiert werden könnten.

2. Schutz vor Diskriminierung im Gesundheitswesen im deutschen Recht

2.1 Rechtliche Rahmenbedingungen für die Durchsetzung von Diskriminierungsverboten

Im folgenden Abschnitt werden die rechtlichen Rahmenbedingungen zu Diskriminierung beim Zugang und bei der Versorgung im Gesundheitswesen dargestellt. In der rechtswissenschaftlichen Literatur geht es anders als in der sozialwissenschaftlichen selten darum, explizite Forschungsfragen zu beantworten. Die Darstellungen erstrecken sich zumeist auf einen **Überblick der rechtlichen Grundlagen**. Das folgende Kapitel behandelt hierbei rechtliche Aspekte, die auf das gesamte Gesundheitswesen anwendbar und nicht den einzelnen AGG-Kategorien zuzuordnen sind. Letztere finden sich im weiteren Verlauf der Expertise unter den einzelnen Kapiteln zu den Merkmalsgründen. In diesem Kapitel werden ebenfalls das privatrechtliche Konstrukt der Behandlungsverträge sowie das außergerichtliche Beschwerdewesen im Gesundheitswesen dargestellt.

Ein „**Recht auf Gesundheit**“ lässt sich aus Art. 2 Abs. 2 Grundgesetz (GG) und aus dem Sozialstaatsprinzip aus Art. 20 Abs. 1 GG ableiten. Ob dieses Recht über ein Abwehrrecht gegen Gesundheitsbeeinträchtigungen hinausgeht, ist jedoch umstritten (Quaas et al. 2018, Rn. 6–9). Dies wird im rechtswissenschaftlichen Diskurs in Deutschland damit begründet, Begriffe von Krankheit und Gesundheit seien offen, fließend und infolgedessen wandelbar. Der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nach umfasst das Gesundheitswesen alle Tätigkeiten und Organisationen, die die Beseitigung oder Besserung eines krankhaften Zustands bezwecken, sowie diejenigen, die den Zweck haben, die Gesundheit von Einzelnen oder der Allgemeinheit vor unmittelbar drohenden Gefahren zu schützen (BSGE 15, 190: 18, 231). Die vorliegende Expertise behandelt das Recht auf Gesundheit im Sinne eines Rechts auf Gesundheitsversorgung. Pestalozza (2007) will ein verfassungsrechtliches Recht auf Gesundheit anerkennen und stützt dies auf strukturelle Änderungen im Verständnis von Art. 2 Abs. 1 GG und den interpretatorischen Einfluss der Gewährleistungen aus dem internationalen Recht. Es ist vor allem das Sozialstaatsprinzip (Art. 20 Abs. 1 GG), das darüberhinausgehend dem Staat die Pflicht aufgibt, „ein tragfähiges Gesundheits- und Krankenversicherungssystem“ einzurichten (Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages 2015, Seite 4).

Eindeutiger sieht es auf Ebene der **Europäischen Union und internationaler Abkommen** aus. So legte die Weltgesundheitsorganisation bereits in der Präambel ihrer Verfassung von 1946 das Recht eines jeden Menschen auf „das für ihn erreichbare Höchstmaß an [...] Gesundheit“ fest. Diesem Verständnis von Gesundheit folgt der Art. 12 des Pakts über soziale, wirtschaftliche und kulturelle Rechte der Vereinten Nationen von 1966 (IPwskR). Der Zugang zur Gesundheitsversorgung stellt demnach ein Menschenrecht dar. Hier ist festgelegt:

„(1) Die Vertragsstaaten erkennen das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit an.

(2) Die von den Vertragsstaaten zu unternehmenden Schritte zur vollen Verwirklichung dieses Rechts umfassen die erforderlichen Maßnahmen

a) zur Senkung der Zahl der Totgeburten und der Kindersterblichkeit sowie zur gesunden Entwicklung des Kindes;

b) zur Verbesserung aller Aspekte der Umwelt- und der Arbeitshygiene;

c) zur Vorbeugung, Behandlung und Bekämpfung epidemischer, endemischer, Berufs- und sonstiger Krankheiten;

d) zur Schaffung der Voraussetzungen, die für jedermann im Krankheitsfall den Genuss medizinischer Einrichtungen und ärztlicher Betreuung sicherstellen.“

(Art. 12 IPwskR)

Art. 35 der Charta der Grundrechte der Europäischen Union legt fest, dass jeder Mensch, der in der Europäischen Union lebt, das Recht auf Zugang zur Gesundheitsvorsorge und auf ärztliche Versorgung nach Maßgabe der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und Gepflogenheiten hat. Hierbei wird bei der Festlegung und Durchführung der Politik und Maßnahmen der Union in allen Bereichen ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt.

Notwendige Voraussetzung für die Sicherstellung des Gesundheitsschutzes ist der **diskriminierungsfreie Zugang zu medizinischer und pflegerischer Infrastruktur** und den Dienstleistungen, die neben der ärztlichen und therapeutischen Behandlung auch Arzneimittel und Medizinprodukte umfassen. Elsuni (2013) unterscheidet hierfür mehrere Fallkonstellationen von Diskriminierung im Gesundheitswesen: beim Zugang zum Gesundheitswesen, im Rahmen von Behandlungsverhältnissen, im Rahmen der Diagnoseerstellung und im Rahmen von standardisierten Verfahren. Dies sind die Situationen, in denen Diskriminierung zwischen Gesundheitspersonal und Patient*innen stattfinden kann.

Im **Genfer Gelöbnis** von 2017 verpflichten sich Ärzt*innen dazu, „nicht zu[zu]lassen, dass Erwägungen von Alter, Krankheit oder Behinderung, Glaube, ethnischer Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politischer Zugehörigkeit, sexueller Orientierung oder sozialer Stellung oder jeglicher anderer Faktoren zwischen [ihre] Pflichten oder [ihre] Patientin oder [ihren] Patienten treten“. Das Genfer Gelöbnis schränkt somit die Freiheit und das Recht der Ärzt*innenschaft aus der (Muster-)Berufsordnung[3] der Bundesärztekammer, eine Behandlung abzulehnen, ein. Darüber hinaus wird die Freiheit und das Recht, eine Behandlung abzulehnen, durch das AGG eingeschränkt. Im Folgenden werden darüber hinaus mögliche Benachteiligungen aufgrund des Körpergewichts und des sozioökonomischen Status untersucht, die bislang nicht vom Schutzbereich des AGG umfasst werden.

3 (Muster-)Berufsordnung-Ärzte der Bundesärztekammer (Stand 2018): https://www.bundesaerztekammer.de/recht/berufsrecht/muster-berufsordnung-aerzte/

2.2 Behandlungsverträge

Besucht ein*e Patient*in ein*e Ärzt*in, wird ein Vertrag zwischen den Parteien eröffnet. Rechtsgrundlage für Behandlungen ist der sogenannte **Behandlungsvertrag gem. § 630a BGB**, bei dem es sich um ein schuldrechtliches Vertragsverhältnis handelt, auf die die Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) anwendbar sind. Unabhängig davon kommt es von beiden Parteien in der Regel auch zu einem Schuldverhältnis mit einem Dritten: der Krankenkasse. Die Krankenkasse wird hierbei jedoch nicht gleichwohl Partei des Behandlungsvertrags. Zwischen Ärzt*innen und Patient*innen gilt grundsätzlich die Vertragsfreiheit, die erlaubt, Vertragspartner*in und Vertragsgegenstand frei zu bestimmen. Jedoch können der Vertragsfreiheit rechtliche Vorschriften entgegenstehen. Diese Bestimmungen gelten auch für Verträge über psychologische Psychotherapien oder über ambulante Pflege, Heilpraktiker*innen- und Logopädieverträge.

Das AGG dient der Umsetzung von vier EU-Antidiskriminierungsrichtlinien (vergleiche BT-Drs. 16/1780, Seite 1), die 2000 und 2004 vom Rat der Europäischen Union beschlossen wurden. Im Einzelnen handelt es sich um die Antirassismusrichtlinie (2000/43/EG), die Rahmenrichtlinie Beschäftigung (2000/78/EG), die „Gender-Richtlinie“ (2002/73/EG) und die Richtlinie zur Gleichstellung der Geschlechter auch außerhalb der Arbeitswelt (2004/113/EG). Die Richtlinien geben in ihrem jeweiligen Geltungsbereich Definitionen für die unterschiedlichen Arten von Diskriminierung vor und sollen die gesellschaftliche Wirklichkeit in den EU-Mitgliedstaaten verändern, das heißt, Diskriminierungen nicht zu verbieten, sondern wirksam zu beseitigen. Nach § 3 Abs. 1 Seite 1 AGG liegt eine unmittelbare Benachteiligung vor, wenn eine Person wegen eines in § 1 AGG genannten Grundes eine weniger günstige Behandlung als eine andere Person in einer vergleichbaren Situation erfährt, erfahren hat oder erfahren würde. Für den allgemeinen Zivilrechtsverkehr konkretisiert § 19 Abs. 1 AGG dieses Verbot. § 19 Abs. 1 AGG schützt vor rassistischer Benachteiligung sowie vor Benachteiligung aufgrund der ethnischen Herkunft, des Geschlechts, der Religion, Weltanschauung, einer Behinderung, des Alters und der sexuellen Identität bei der Begründung, Durchführung und Beendigung zivilrechtlicher Schuldverhältnisse, die typischerweise ohne Ansehen der Person zu vergleichbaren Bedingungen in einer Vielzahl von Fällen zustande kommen, das sind sogenannte Massengeschäfte, oder bei denen das Ansehen der Person nach der Art des Schuldverhältnisses eine nachrangige Bedeutung hat und die zu vergleichbaren Bedingungen in einer Vielzahl von Fällen zustande kommen. Ohne Ansehen der Person ist ein Geschäft, wenn die Anbieter*in den Vertrag im Rahmen ihrer Kapazitäten grundsätzlich mit jeder zahlungswilligen und zahlungsfähigen Person abschließen würde.

Die Einordnung des Behandlungsvertrags unter die Voraussetzungen des Massengeschäfts ist in der Literatur umstritten, die Rechtsprechung war bisher kaum damit befasst. Entscheidend ist hierbei, ob es sich um ein Schuldverhältnis handelt, bei dem das Ansehen der Person eine nachrangige Bedeutung hat. Als Argument gegen den Massengeschäftscharakter des Behandlungsvertrags wird das Nähe- und Vertrauensverhältnis zwischen Ärzt*innen und Patient*innen angeführt. Die Antidiskriminierungsstelle des Bundes (2020) ist der Auffassung, dass **der medizinische Behandlungsvertrag als ein dem Massengeschäft vergleichbarer Vertrag** nach § 19 Abs. 1 Nr. 1 AGG einzuordnen ist und damit in den Schutzbereich des AGG fällt. Es handelt sich um Verträge, bei denen das Ansehen der Person nach der Art des Schuldverhältnisses eine nachrangige Bedeutung hat und die typischerweise zu vergleichbaren Bedingungen in einer Vielzahl von Fällen geschlossen werden. Mögliche Personalisierungen führen nicht dazu, dass kein massengeschäftsähnlicher Vertrag vorliegt (Elsuni 2013, Seite 32; Franke und Schlichtmann 2018, Rn. 35; Thüsing 2018, Rn. 41).

Infolgedessen können Patient*innen, die aufgrund der im AGG genannten Merkmale diskriminiert werden, Ansprüche auf Unterlassung, Beseitigung, Schadensersatz und Entschädigung nach dem AGG geltend machen. Vereinzelt liegen Klagen zur Durchsetzung von AGG-Ansprüchen von Patient*innen vor, wie beispielsweise zum Mitführen eines Blindenführhundes in einer Physiotherapiepraxis (BVerfG, Beschluss der 2. Kammer des Zweiten Senats vom 30. Januar 2020 – 2 BvR 1005/18 –, Rn. 1–50). Die rechtswissenschaftliche Forschung erschöpft sich zumeist in einer Darstellung der rechtlichen Dogmatik. Die **tatsächliche rechtliche Durchsetzung der rechtlichen Ansprüche**, sei es vor Gericht oder vor anderen Beschwerdestellen sollte weiter untersucht werden. Auch wäre eine systematische Erfassung aller Gerichtsentscheidungen, die das AGG betreffende Ansprüche verhandeln, aus untersuchender Perspektive dringend geboten.

2.3 Außergerichtliche Beschwerdestellen im Gesundheitswesen

Die Durchsetzung des Rechts auf Nichtdiskriminierung ist für Patient*innen nicht einfach. Oftmals ist der Klageweg nicht geeignet oder die Patient*innen streben ihn nicht an, weil sie vielmehr Rat und Orientierung suchen. Aus diesem Grund haben **außergerichtliche Beschwerdewege** im Gesundheitswesen einen herausragenden Stellenwert in der Bearbeitung von Diskriminierungssituationen und werden im Folgenden dargestellt.

Seit 2004 gibt es das Amt der*des **Patientenbeauftragten**, das mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung geschaffen wurde. Die Person wird von der Bundesgesundheitsminister*in vorgeschlagen und von der Bundesregierung berufen, und zwar jeweils für die Zeit, bis ein neuer Bundestag zusammentritt. Die gesetzliche Grundlage ist hierbei § 140h Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung und weist den Patientenbeauftragten die Aufgabe zu, die Belange von Patient*innen in allen relevanten politischen Bereichen zu vertreten. Die*der Patientenbeauftragte der Bundesregierung hat jedoch keine Möglichkeit, Patient*innen in Einzelfällen zu beraten. Die*der Patientenbeauftragte vertritt die Belange von Patient*innen in allen einschlägigen gesetzlichen Maßnahmen und informiert über die unterschiedlichen Angebote, an die sich Patient*innen bei Beratungsbedarf wenden können.

Eine weitere Anlaufstelle bildet die **Unabhängige Patientenberatung Deutschland** (UPD). Hierbei handelt es sich um eine gemeinnützige GmbH, die Patient*innen neutral und unabhängig zu Patient*innenrechten berät.

Auch die **gesetzlichen Krankenkassen** sind grundsätzliche Ansprechpartnerinnen für ihre Versicherten. Sie sind gesetzlich dazu verpflichtet, ihre Versicherten zu informieren, und müssen den Versicherten durch Aufklärung, Beratung und entsprechende Leistungen Unterstützung anbieten.

Das im Februar 2013 in Kraft getretene Patientenrechtegesetz verpflichtet Krankenhäuser bundesweit zur Einrichtung eines **patientenorientierten Beschwerdemanagements**. Dazu gehört die Einrichtung von Beschwerdemöglichkeiten, die Information der Patient*innen vor Ort über diese Angebote sowie eine zügige und transparente Bearbeitung der Anliegen. In einigen Ländern, beispielsweise in Rheinland-Pfalz, Hessen und Berlin, sind Patientenfürsprecher*innen im Krankenhaus, auch Ombudspersonen genannt, gesetzlich vorgeschrieben. Im vom*von der Patientenbeauftragten herausgegebenen Leitfaden für Patientenfürsprecher*innen an Krankenhäusern (Geschäftsstelle der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten 2020) wird der aktuelle Stand der Regelungen zu Patientenfürsprecher*innen nach Bundesländern dargestellt. Einheitliche Regelungen für die Berufung, Organisation und Tätigkeit von Patientenfürsprecher*innen existieren vor dem Hintergrund der Regelungsbefugnis der Länder nicht.

Die Kammergesetze der Länder regeln die Einrichtung von **Berufskammern**. Dazu gehören im Gesundheitswesen die Ärzt*innenkammer, die Zahnärzt*innenkammer, die Kammer für Psychologische Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendpsychotherapeut*innen. Die Kammern sind sogenannte Einrichtungen der Selbstverwaltung der Berufsstände und ihnen gehören alle Angehörigen des jeweiligen Berufsstandes an. Die Kammern sind als Körperschaften des öffentlichen Rechts organisiert und übernehmen die Aufgabe, die Berufspflichten der Kammerangehörigen zu überwachen, die Qualität der Berufsausübung sicherzustellen und Streitigkeiten zu schlichten, soweit nicht andere Zuständigkeiten bestehen. Sie übernehmen Aufgaben der staatlichen Daseinsfürsorge und üben hoheitliche Aufgaben aus. Daraus ergibt sich eine Bindung an das Grundgesetz und insbesondere das darin normierte Diskriminierungsverbot aus Art. 3 Abs. 3 GG.

Liegt ein Verstoß gegen die in den Berufsordnungen genannten Pflichten vor, können Patient*innen eine Beschwerde an die Ärzt*innenkammer richten. Bei Vorliegen hinreichender Anhaltspunkte kann ein außergerichtliches Schlichtungsverfahren eingeleitet werden. Die Schlichtungsstellen dienen dazu, außergerichtlich und durch rechtliche und medizinische Prüfung eine einvernehmliche Lösung zu erzielen. Die Antidiskriminierungsstelle des Bundes (2020b) regt an, analog zu § 15a EGZPO bei den Ärzt*innenkammern der Länder Gütestellen für Streitigkeiten über Ansprüche nach dem AGG im Zusammenhang mit einem Behandlungsvertrag einzurichten. Dies wäre eine zusätzliche und ergänzende Anlaufstelle neben der Antidiskriminierungsstelle des Bundes für Patient*innen, um Ansprüche nach dem AGG geltend zu machen. Denkbar wäre auch eine Umsetzung durch die Ernennung von Antidiskriminierungsbeauftragten bei den Ärzt*innenkammern der Länder. Teilweise ist dies bereits geschehen, wie beispielsweise durch die Berufung eines Rassismusbeauftragten der Landesärztekammer Hessen im Jahr 2020, der Anlaufstelle für Beschwerden und zur Entwicklung von Gegenstrategien ist und Forschungsprojekte zu Rassismus im Gesundheitswesen unterstützen soll.

Forschungsbedarfe bestehen in der systematischen Untersuchung der Nutzungshäufigkeit und Effektivität der unterschiedlichen und vielfältigen Beschwerdesysteme von Kammern, Krankenkassen, Unabhängiger Patientenberatung und im Beschwerdemanagement von Krankenhäusern bei Fällen von Diskriminierung. Darüber hinaus ist aus rechtlicher Sicht anzuregen, die Datengrundlage für eine rechtliche Auswertung von Gerichtsentscheidungen im Bereich des AGG zu verbessern und eine vollständige zentralisierte Erfassung von Gerichtsentscheidungen anzustreben. Wichtig ist hierbei auch der Abbau der Kostenschwelle, damit auch Beratungsstellen mit geringen finanziellen Mitteln Zugriff auf diese wichtige Recherchequelle haben.

3. Forschungsstand

3.1 Das Gesundheitswesen als Dienstleister

Das Gesundheitswesen weist – im Vergleich zu anderen Lebensbereichen – verschiedene Besonderheiten auf. So ist die Krankenversicherung in Deutschland eine **Pflichtversicherung**, jede*r Bürger*in muss gesetzlich oder privat versichert sein. Das Gesundheitssystem ist dabei geprägt von einem **Dreiecksverhältnis** zwischen den versicherten Leistungsempfänger*innen (Patient*innen), den leistungserbringenden Ärzt*innen, Krankenhäusern oder Praxen und dem Leistungsträger (vor allem Krankenversicherungen), der letztendlich den Großteil der anfallenden Kosten trägt.

Des Weiteren nehmen Menschen das Gesundheitssystem oftmals dann in Anspruch, wenn sie sich in einer Notsituation befinden und aus körperlichen oder psychischen Gründen Hilfe benötigen. Die Patient*innen stehen dabei mitunter in einem **Abhängigkeitsverhältnis zum Anbieter der Gesundheitsleistung** oder zum Gesundheitspersonal. Dieses Abhängigkeitsverhältnis resultiert beispielsweise aus knappen zeitnahen Terminangeboten bei Fachärzt*innen oder auch einem Wissensvorsprung des medizinischen und pflegenden Personals. In diesem Rahmen Diskriminierungserfahrungen zu erleben, gefährdet das Vertrauen der Patient*innen gegenüber dem Gesundheitspersonal.

Neben individuellen und strukturellen Zugangsbarrieren können aus standardisierten Verfahren und organisationalen Abläufen spezifische Ungleichbehandlungen im Gesundheitswesen resultieren. Diskriminierung kann demnach nicht nur den Zugang zum Gesundheitssystem beeinträchtigen, sondern auch die Inanspruchnahme und Behandlungsqualität beeinflussen und somit gesundheitliche Ungleichheiten verstärken. Trotz der einleitend dargestellten Diskriminierungsverbote verweisen sozial- und rechtswissenschaftliche Studien auf **Benachteiligungs- und Ausgrenzungsprozesse bestimmter Patient*innengruppen**, die in diesem Abschnitt skizziert werden.

3.1.1 Ethnische Herkunft und rassistische Diskriminierung

Im Folgenden werden Benachteiligungen von Menschen aufgrund (zugeschriebener) Merkmale, „mit denen eine bestimmte biologische Abstammung oder ethnokulturelle Herkunft assoziiert wird“ (Antidiskriminierungsstelle des Bundes 2017b, Seite 41), wie Ethnizität, Nationalität, ethnische Herkunft, Migrationsgeschichte, kulturelle Identität, Hautfarbe, Name, Sprache sowie Akzent, **als ethnische und rassistische Diskriminierung** zusammengefasst. Rassistische Zuschreibungen, bei denen Menschen anhand ihres äußerlichen Erscheinungsbildes (Haut- und Haarfarbe) ohne mögliche Einflussnahme einer sozial konstruierten Gruppe zugeordnet und pauschal abgewertet werden, sind damit ebenfalls in der vorliegenden Diskriminierungskategorie berücksichtigt. Die alleinige Verwendung des Merkmals „ethnische Herkunft“ ist demgegenüber unzureichend, „da in ‚ethnisch‘ weitere Bedeutungsebenen von Kultur, Tradition, Identität etc. enthalten sind, die im Falle rassifizierender Zuschreibung nicht erfüllt sein müssen“ (Baumann et al. 2018, Seite 19).

(Anti-)Diskriminierungsdaten, die Benachteiligungen anhand der (ethnischen) Herkunft und aus rassistischen Gründen im Gesundheitswesen abbilden, werden in Deutschland bislang kaum erhoben. Um Diskriminierungsrisiken im Gesundheitssystem dennoch zu erfassen, wird in der sozial- und gesundheitswissenschaftlichen Forschung größtenteils das **statistische Konzept „Migrationshintergrund“**[4] oder die Staatsangehörigkeit einer Person herangezogen. Allerdings gilt es bei der übergeordneten Kategorie „Migrationshintergrund“ zu berücksichtigen, dass sie der Heterogenität der Bevölkerungsgruppe nicht annähernd gerecht wird. So unterscheiden sich Menschen mit Migrationshintergrund nicht nur darin, ob sie eine eigene Migrationserfahrung aufweisen (also selbst nach Deutschland zuwanderten) oder in Deutschland geboren sind, sondern auch nach dem sozioökonomischen Status, dem Herkunftsland, der Aufenthaltsdauer, dem Aufenthaltsstatus, den Sprachkenntnissen oder den religiösen und kulturellen Orientierungen. Infolge der Heterogenität variieren die Diskriminierungsrisiken auch innerhalb der sogenannten Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Zudem wird Diskriminierung häufig über die Hautfarbe oder den Akzent wirksam: Menschen mit nicht weißer Hautfarbe, die statistisch der Kategorie „ohne Migrationshintergrund“ zugeordnet werden, können von rassistischen Diskriminierungs- und Ausgrenzungserfahrungen betroffen sein. Demgegenüber erleben möglicherweise als weiß wahrgenommene Menschen „mit Migrationshintergrund“ keine rassistische Diskriminierung (Supik 2017; Fachkommission der Bundesregierung zu den Rahmenbedingungen der Integrationsfähigkeit 2020). Demzufolge sind bei Analysen, die auf dem Konzept des Migrationshintergrunds basieren, rassistische Diskriminierungs- und Ausgrenzungserfahrungen statistisch nicht sichtbar.

Interpersonale Diskriminierung

Hinweise auf Diskriminierung im Gesundheitswesen aufgrund der ethnischen Herkunft und aus rassistischen Gründen ergeben nicht nur vereinzelte **Betroffenenbefragungen** (Beigang et al. 2017; Sauer 2018), sondern auch eingegangene Beratungsfälle in Antidiskriminierungsstellen (Antidiskriminierungsstelle des Bundes 2017a, 2020c, 2020a). Die **Beratungsanfragen** reichen von Stereotypisierungen und Beleidigungen bis hin zu Benachteiligungen bei Behandlungen sowie Verweigerungen von Leistungen der Gesundheitsversorgung, beispielsweise aufgrund unzureichender deutscher Sprachkenntnisse (Antidiskriminierungsstelle des Bundes 2017a, 2020c). Darüber hinaus deuten Beratungsfälle im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie auf Diskriminierungserfahrungen aus rassistischen Gründen in Ärzt*innenpraxen hin (Antidiskriminierungsstelle des Bundes 2020a).

Die **sozial- und gesundheitswissenschaftliche Forschung** in Deutschland setzte sich bislang nur unzureichend mit der ethnischen und rassistischen Diskriminierung im Gesundheitswesen auseinander (Braun und Zeeb 2021). So mangelt es sowohl an Erkenntnissen über das Ausmaß und die Erscheinungsformen von Diskriminierung als auch deren Auswirkungen auf den Zugang zum Gesundheitssystem und auf die Qualität der gesundheitlichen Versorgung. Internationale Übersichtsbeiträge verweisen jedoch auf Vorurteile, Stereotypisierungen und rassistische Verhaltensweisen in der Gesundheitsversorgung (Drewniak et al. 2017; Paradies et al. 2014; Schouten und Meeuwesen 2006), wobei die überwiegende Mehrheit der Forschungsergebnisse aus den USA bezogen wird.

Für Deutschland vorliegende Studien geben Hinweise darauf, dass Diskriminierungserfahrungen aufgrund der Herkunft die Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen (Bermejo et al. 2012) und den Zugang zur gesundheitlichen Versorgung, wie der Antragsstellung im Bereich der (medizinischen) Rehabilitation (Brzoska et al. 2010a; Schwarz et al. 2015) negativ beeinflussen können. Im Rahmen von Fokusgruppendiskussionen wurden die **Erfahrungen von schwarzen Patient*innen** (Gerlach et al. 2008b) und

4 Das Konzept „Migrationshintergrund“ wurde im Rahmen des Mikrozensus vom Statistischen Bundesamt entwickelt: „Eine Person hat einen Migrationshintergrund, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil die deutsche Staatsangehörigkeit nicht durch Geburt besitzt“ (Statistisches Bundesamt 2020a). Allerdings wird das Konzept zunehmend kritisiert (Will 2018; Fachkommission der Bundesregierung zu den Rahmenbedingungen der Integrationsfähigkeit 2020).

Menschen mit türkischem Migrationshintergrund (Gerlach et al. 2012) in hausärztlichen Praxen in Deutschland untersucht. In beiden qualitativen Studien berichteten die Teilnehmenden explizit von Vorurteilen, Abwertungen und rassistischer Diskriminierung durch das medizinische Fachpersonal.

Ethnische und rassistische Diskriminierung wird in verschiedenen qualitativen Studien (teilweise „beiläufig") in der **Ärzt*innen-Patient*innen-Interaktion** identifiziert und äußert sich zum Beispiel in dem Gefühl der Betroffenen, eine ungleiche Behandlung zu erhalten und nicht ernst genommen oder nicht respektiert zu werden (Brause et al. 2010; Borde 2002; Borde et al. 2002; Gerlach et al. 2008b; Gerlach et al. 2012). Darüber hinaus stellen **längere Wartezeiten** und eine **kürzere Konsultationsdauer** weitere Formen der Benachteiligungen aufgrund der Herkunft dar. In einer Ende der 1990er Jahre durchgeführten Studie zur stationären Versorgung in einer gynäkologischen Klinik in Berlin zeigte sich, dass türkeistämmige Patientinnen (n=233) deutlich häufiger den Aussagen hinsichtlich zu langer Wartezeiten (67 Prozent versus 35 Prozent) und zu knapper Zeit für Gespräche mit Ärzt*innen (83 Prozent versus 53 Prozent) zustimmten als deutsche Patient*innen (n=295) (Borde et al. 2002, Seite 481). Im Rahmen einer qualitativen Studie zu den Erfahrungen von Menschen mit türkischem Migrationshintergrund in hausärztlichen Praxen in Deutschland berichteten die Teilnehmenden (n=39) der Fokusgruppendiskussionen ebenfalls „von langen Wartezeiten und sehr kurzen Arztgesprächen" (Gerlach et al. 2012, Seite 81).

Aus den Expert*inneninterviews geht hervor, dass es seltener offene rassistische Äußerungen des medizinischen sowie pflegenden Gesundheitspersonals sind, sondern **eher „subtilere Formen" von Rassismus**, wie ein respektloser Umgang oder längere Wartezeiten.

Inwiefern Vorurteile und rassistische Zuschreibungen beim Gesundheitspersonal manifestiert sind und das alltägliche Handeln in der Gesundheitsversorgung tatsächlich prägen, bedarf jedoch der systematischen Erforschung.

Unterschiede in der Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung

Menschen mit Migrationshintergrund, insbesondere Personen mit eigener Migrationserfahrung[5] (sogenannte erste Generation), nehmen **seltener Fachärzt*innen** (Glaesmer et al. 2011; Weber und Hörmann 2011) und **Leistungen der Prävention** (Klein und Knesebeck 2018) wie Zahnvorsorgeuntersuchungen (Krause et al. 2020b; Zeeb et al. 2004) in Anspruch als Menschen ohne Migrationshintergrund. Vor dem Hintergrund der schlechteren Mundgesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund (Arabi et al. 2013) gibt die niedrigere Inanspruchnahme von Zahnvorsorgeuntersuchungen einen Hinweis auf mögliche Zugangsbarrieren zu zahnmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen.

Auswertungen der Studie *Gesundheit in Deutschland Aktuell* (GEDA) 2010[6] verweisen für Menschen mit Migrationshintergrund (n=3.004) – im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund (n=19.044) – auf eine jeweils knapp zehn Prozentpunkte **niedrigere Teilnahme an Gesundheits-Check-ups, Zahnvorsorge- und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen sowie Grippeschutzimpfungen**. Eine nach dem sozialen Status differenzierte Darstellung zeigt zudem, dass „sich die durch Migrationsstatus, Geschlecht und soziale Schicht bedingten Differenzen" der Inanspruchnahme teilweise deutlich erhöhen (Brand et al. 2015b,

5 Personen, die selbst nach Deutschland zugewandert sind

6 *Gesundheit in Deutschland Aktuell* (GEDA) ist Teil des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut und eine regelmäßige, bundesweite Telefonbefragung zur Lebenssituation und Gesundheit, die für die erwachsene, deutschsprachige Wohnbevölkerung repräsentativ ist. In der beschriebenen Studie von Brand et al. 2015b ist GEDA 2010 zugrunde gelegt worden. Für nähere Informationen zu der entsprechenden Erhebungswelle GEDA 2010 siehe zum Beispiel Robert Koch-Institut 2012.

Seite 586). Basierend auf den Daten der bundesweiten *Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland*[7] (DEGS 1, n=8.151) belegen Rommel et al. (2015), dass bei der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen nicht nur Unterschiede nach dem (Nicht-)Vorliegen eines Migrationshintergrundes, sondern auch **geschlechts- und generationsspezifische Variationen** bestehen. So nehmen Frauen der ersten Generation (nicht jedoch Frauen der zweiten Generation) Krebsfrüherkennungsuntersuchungen unregelmäßiger in Anspruch als Frauen ohne Migrationshintergrund (Auswertungen adjustiert für Alter und sozioökonomischen Status). Bei Männern mit Migrationshintergrund (erste und zweite Generation) zeigte sich hingegen kein erhöhtes Risiko für eine unregelmäßige Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen im Vergleich zu Männern ohne Migrationshintergrund (Rommel et al. 2015, Seite 549).

Dass **Frauen mit Migrationshintergrund** seltener an Vorsorgeuntersuchungen (vor allem der Krebsfrüherkennung) teilnehmen als Frauen ohne Migrationshintergrund, belegt auch eine Befragung von Begleitpersonen schulpflichtiger Kinder im Rahmen der Bielefelder Schuleingangsuntersuchungen. Während 90,3 Prozent der Frauen ohne Migrationshintergrund (n=258) angaben, jemals an einer Krebsvorsorgeuntersuchung teilgenommen zu haben, liegt der Anteil unter den befragten Frauen mit Migrationshintergrund (n=200) bei lediglich 60,5 Prozent (Zeeb et al. 2004, Seite 80). Demgegenüber verweist eine registerbasierte Studie zur Inanspruchnahme eines Mammografie-Screenings auf eine leicht höhere Teilnahme türkeistämmiger Frauen (52,3 Prozent) im Vergleich zu Frauen deutscher Herkunft (49,1 Prozent). Lediglich in der höchsten Altersgruppe (65 bis 69 Jahre) liegt die Inanspruchnahme des Mammografie-Screenings unter türkeistämmigen Frauen (40,2 Prozent) niedriger als in der Vergleichsgruppe (47,0 Prozent) (Berens et al. 2014, Seite 3).

In einer Studie zur **geburtshilflichen Versorgung** in drei Berliner Geburtskliniken (2011–2012, n=7.100) zeigen sich insgesamt keine Unterschiede in der Inanspruchnahme der ärztlichen Schwangerenvorsorge zwischen Frauen mit und ohne Migrationshintergrund. Eine nach migrationsbezogenen Merkmalen differenzierte Betrachtung verweist jedoch auf Variationen in der geburtshilflichen Versorgung. Frauen mit Migrationshintergrund, die seit weniger als fünf Jahren in Deutschland leben, nehmen später an der ersten **Vorsorgeuntersuchung** teil als Frauen ohne Migrationshintergrund. Darüber hinaus stellen sowohl ein **unsicherer Aufenthaltsstatus** als auch **unzureichende Deutschkenntnisse Risikofaktoren** für eine Wenignutzung (das heißt fünf oder weniger dokumentierte Vorsorgeuntersuchungen) der ärztlichen Schwangerenvorsorge dar (Brenne et al. 2015). Zudem zeigen Auswertungen der Bielefelder BaBi-Studie (Gesundheit von Babys und Kindern in Bielefeld, 2013–2016, n=730) und der Berliner Perinatalstudie (2011–2012, n=6.314), dass selbst zugewanderte Frauen **seltener nichtmedizinische Schwangerenvorsorgeangebote** wie Hebammenbetreuung, Geburtsvorbereitungskurse oder Schwangerschaftsgymnastik wahrnehmen als Frauen ohne Migrationshintergrund (Ludwig et al. 2020). Mögliche Gründe für die niedrigere Teilnahme von Frauen mit eigener Migrationserfahrung an nichtärztlichen Schwangerenvorsorgeangeboten stellen unter anderem **Kommunikationsprobleme** und **Informationsdefizite** über derartige Angebote dar. Eine im Jahr 2017 durchgeführte Studie zur perinatalen Versorgungssituation in einer Berliner Klinik (n=460) zeigt in diesem Zusammenhang, dass Frauen mit eigener Migrationserfahrung deutlich seltener über die Möglichkeit einer Hebammenbetreuung nach der Geburt informiert sind als Frauen ohne Migrationshintergrund (Seidel et al. 2020, Seite 6).

7 Mit der vom Robert Koch-Institut von 2008 bis 2011 durchgeführten *Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland* (DEGS 1) wurden bundesweit repräsentative Daten zur gesundheitlichen Situation der in Deutschland lebenden erwachsenen Bevölkerung erfasst. Bei der als Befragungs- und Untersuchungssurvey konzipierten Erhebung sind spezifische Maßnahmen zur Erhöhung der Beteiligung von Menschen mit Migrationshintergrund angewandt worden. Für nähere Informationen zum Studiendesign siehe unter anderem Saß et al. 2015.

Frauen mit Migrationshintergrund **wechseln zudem wesentlich häufiger** als Frauen ohne Migrationshintergrund niedergelassene Gynäkolog*innen („Doctor Shopping"). So lag der Anteil an türkeistämmigen Patientinnen, die in einer Studie zur Versorgungssituation in einer gynäkologischen Klinik in Berlin angaben (n=570), die Frauenärztin / den Frauenarzt in den letzten fünf Jahren mehr als zweimal gewechselt zu haben, doppelt so hoch wie bei Patientinnen mit deutscher Herkunft. Der mehrfache Frauenärzt*innenwechsel von türkeistämmigen Patientinnen ist neben sprachlichen Verständigungsproblemen sowohl auf empfundene Unfreundlichkeit sowie Diskriminierung als auch auf unzureichende Aufklärungen durch Gynäkolog*innen und erfolglose Behandlungen zurückzuführen (Borde 2002, Seite 164 ff.).

Für **Kinder und Jugendliche** zeigt sich anhand der zweiten Welle der *Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland* (KiGGS Welle 2[8], 2014–2017) ein ähnliches Muster hinsichtlich der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund nehmen sowohl seltener an zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen (Krause et al. 2018) als auch den Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 (Schmidtke et al. 2018) teil als Gleichaltrige ohne Migrationshintergrund.

Einige der beschriebenen Ergebnisse zur Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen deuten insgesamt darauf hin, dass beim Zugang zur Gesundheitsversorgung verschiedene Ungleichheitsdimensionen (Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status, Migrationsgeneration, Aufenthaltsdauer) interagieren und sich teilweise wechselseitig verstärken (Binder-Fritz und Rieder 2014; Wimmer-Puchinger et al. 2006). Es handelt sich jedoch größtenteils um eine reine Beschreibung von Unterschieden in der Inanspruchnahme, die zwar keine Rückschlüsse auf mögliche Ursachen zulässt, aber Hinweise auf eine **unterschiedliche Erreichbarkeit von Gesundheitsangeboten innerhalb der heterogenen Migrationsbevölkerung** gibt.

Während für die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen von Menschen mit und ohne Migrationshintergrund vereinzelt – wenngleich mit Unterschieden in der Datenqualität – relativ „neue" Studien vorliegen, mangelt es insbesondere im Bereich der **stationären Gesundheitsversorgung** an aktuellen und belastbaren Forschungserkenntnissen. Eine Anfang der 2000er Jahre durchgeführte Studie zur Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen in drei Berliner Kliniken (2001–2003, n=4.930) verweist auf eine häufigere Nutzung von Rettungsstellen durch Menschen mit Migrationshintergrund (Borde et al. 2003). Demgegenüber zeigen sich in einer prospektiven (ähnlich angelegten) Querschnittstudie (2006–2007, n=412) in zwei Berliner Kliniken keine relevanten Unterschiede im Nutzungsverhalten von klinischen Notfallambulanzen nach dem (Nicht-)Vorliegen eines Migrationshintergrunds (Haji Loueian et al. 2012). Beide Studien belegen jedoch, dass Menschen mit Migrationshintergrund seltener stationär aufgenommen werden als Menschen ohne Migrationshintergrund. Während über ein Drittel (36,9 Prozent) der Frauen und die Hälfte der Männer (50,0 Prozent) mit deutscher Herkunft in der prospektiven Querschnittstudie von Haji Loueian et al. (2012) stationär behandelt wurden, liegt der Anteil unter den türkeistämmigen Frauen bei 19,2 Prozent und den türkeistämmigen Männern bei 29,0 Prozent (Haji Loueian et al. 2012, Seite 688).

8 Die *Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland* (KiGGS) erhebt in regelmäßigen Abständen bundesweit repräsentative Daten zur gesundheitlichen Situation der 0- bis 17-Jährigen in Deutschland. Ein migrationssensibles Studiendesign zur verbesserten Einbindung von Familien mit Migrationshintergrund wurde jeweils in der als Befragungs- und Untersuchungssurvey konzipierten KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) und KiGGS Welle 2 (2014–2017) angewandt. Für nähere Informationen zum Studiendesign von KiGGS Welle 2 (n=15.023), deren Ergebnisse hier berichtet werden, siehe zum Beispiel Frank et al. 2018.

Die Anfang der 2000er Jahre durchgeführte Studie zur Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen gibt zudem Hinweise auf Unterschiede in der Behandlung. Menschen mit Migrationshintergrund erhalten **seltener diagnostische Untersuchungen (Labor, Röntgen, CT und so weiter)** als Menschen ohne Migrationshintergrund (David et al. 2006). Darüber hinaus zeigte sich in einer Studie zur stationären gynäkologischen Versorgungssituation in einer Berliner Klinik Ende der 1990er Jahre, dass türkeistämmige Patientinnen mit der medizinischen Versorgung und Pflege deutlich unzufriedener sind als deutsche Patientinnen (Borde et al. 2002). Inwiefern die Unterschiede in der Versorgungszufriedenheit auf eine ungleiche Behandlung aufgrund der Herkunft zurückzuführen sind, war nicht Gegenstand der Untersuchung.

Neben den Unterschieden in der Inanspruchnahme der ambulanten (und stationären) Gesundheitsversorgung nehmen Menschen mit Migrationshintergrund seltener medizinische **Rehabilitationen** (Brzoska et al. 2010b; Brzoska und Razum 2019), einschließlich psychosomatischer rehabilitativer Angebote (Mösko et al. 2011) in Anspruch als Menschen ohne Migrationshintergrund. Allerdings zeigt eine differenzierte Betrachtung rehabilitativer Leistungen anhand der lidA (leben in der Arbeit)-Kohortenstudie (n=6.303), dass nur bei der Inanspruchnahme ambulanter Rehabilitationsleistungen (nicht jedoch stationärer Rehabilitationsangebote oder der Rehabilitation im Allgemeinen) Unterschiede nach dem Migrationsstatus bestehen. So nehmen Personen der ersten Generation – im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund – ambulante Leistungen der Rehabilitation signifikant seltener in Anspruch. Demgegenüber ist die Inanspruchnahme der ambulanten Rehabilitation bei Personen der zweiten Generation vergleichbar zu denjenigen ohne Migrationshintergrund. Die unterschiedliche Inanspruchnahme ambulanter Rehabilitationsleistungen zwischen Personen der ersten Generation und der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund können weder durch soziodemografische Merkmale noch durch arbeits- oder gesundheitsbezogene Faktoren erklärt werden (Schröder et al. 2020).

Brzoska et al. (2019) untersuchten die Inanspruchnahme der rehabilitativen Versorgung von Menschen mit und ohne Migrationshintergrund auf Basis von Befragungsdaten des Dritten Sozialmedizinischen Panels für Erwerbspersonen (SPE-III), die sie mit administrativen Daten aus Versicherungskonten verknüpften. Die Auswertungen belegen (n=2.413), dass sich unter Kontrolle verschiedener Kovariaten die Inanspruchnahme der Rehabilitation von ausländischen Staatsangehörigen und Deutschen mit Migrationshintergrund nicht signifikant von Deutschen ohne Migrationshintergrund unterscheidet (Brzoska et al. 2019). Das – im Vergleich zu den anfangs beschriebenen Studien – konträre Ergebnis ist unter anderem auf Unterschiede in der Datengrundlage (Routine- versus Befragungsdaten) und der Operationalisierung des Migrationshintergrunds zurückzuführen. So ermöglichen Routinedaten häufig nur eine Beschreibung der Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen nach der Staatsangehörigkeit, wodurch bestimmte Gruppen innerhalb der Bevölkerung mit Migrationshintergrund, wie eingebürgerte Personen, nicht als solche identifizierbar sind. Zudem erlauben Auswertungen mit Surveys wie dem Sozio-oekonomischen Panel und mit Routinedaten „nur unzureichend, weitere Einflussfaktoren der Inanspruchnahme sowie gesundheitliche Unterschiede im Vorfeld der Rehabilitation zu berücksichtigen“ (Brzoska et al. 2019, Seite 386).

Des Weiteren wurde in verschiedenen Studien gezeigt, dass Menschen mit Migrationshintergrund, die rehabilitative Leistungen in Anspruch nehmen, **unzufriedener mit der Behandlung während der Rehabilitation** sind (Brzoska et al. 2017a) und geringere Behandlungserfolge erzielen. So schließen Rehabilitand*innen mit ausländischer Staatsangehörigkeit die Rehabilitation mit einer geringeren beruflichen Leistungsfähigkeit ab (Brzoska et al. 2010b) und bewerten das Ergebnis der rehabilitativen Versorgung subjektiv als weniger wirksam (Brzoska et al. 2016) als Rehabilitand*innen mit deutscher Staatsangehörigkeit. Darüber hinaus verbesserte sich der gesundheitliche Zustand (operationalisiert anhand des medizinischen Entlassungsurteils) bei Menschen mit Migrationshintergrund seltener als in der Vergleichsgruppe (Brause et al. 2012).

Sowohl die geringere Inanspruchnahme von Leistungen der Prävention (Klein und Knesebeck 2018) sowie Rehabilitation als auch der geringere Rehabilitationserfolg (Brzoska und Razum 2014, 2015; Schott et al. 2015) von Menschen mit Migrationshintergrund – im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund – können in den Studien nicht vollständig durch sozioökonomische und gesundheitliche Differenzen erklärt werden. Demzufolge sind die Unterschiede im Zugang zum Gesundheitssystem zwischen der Bevölkerung mit und ohne Migrationshintergrund nicht allein auf soziale Variationen, sondern auch auf spezifische Barrieren zurückzuführen.

Inwiefern die unterschiedliche Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung auf ungleiche Zugangschancen oder andere Faktoren zurückzuführen ist, bedarf jedoch der systematischen Erforschung. So mangelt es an sozial- und gesundheitswissenschaftlichen Studien, die den Einfluss institutioneller Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren im Gesundheitswesen untersuchen.

Institutionelle Diskriminierungsrisiken aufgrund der Herkunft können sich jedoch in einem ungleichen Zugang zur gesundheitlichen Versorgung widerspiegeln und in einer unterschiedlichen Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems äußern.

Kommunikationsbarrieren als institutionelles Diskriminierungsrisiko

Menschen mit Migrationshintergrund stehen bei der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems spezifischen Barrieren gegenüber, die eine gleichberechtigte Teilhabe erschweren und Hinweise auf institutionelle Diskriminierung aufgrund der Herkunft geben können. Diese Barrieren sind insbesondere auf die **sprachlich homogenen Versorgungsstrukturen der Institutionen des Gesundheitswesens**, die Menschen mit Migrationshintergrund systematisch benachteiligen, zurückzuführen (Razum et al. 2020). Mangelnde mehrsprachige Informationsangebote über Leistungen des Gesundheitssystems sowie Sprach- und Verständigungsschwierigkeiten in der Ärzt*innen-Patient*innen-Kommunikation können sowohl die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, einschließlich rehabilitativer Angebote der gesetzlichen Rentenversicherung (Bermejo et al. 2012; Schwarz et al. 2015) als auch die Qualität der Gesundheitsversorgung beeinflussen. Insbesondere für selbst zugewanderte Frauen (Brause et al. 2010; Yildrim 2016), neu zugewanderte Menschen (vor allem Geflüchtete) und ältere Menschen mit Migrationserfahrung (Yilmaz-Aslan et al. 2013) stellen **Sprach- und Informationsdefizite** zentrale Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem dar (Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2016).

In der Behandlungssituation ist eine gelungene Kommunikation jedoch in mehrfacher Hinsicht von Bedeutung. Neben der Beschreibung von Beschwerden beziehungsweise Symptomen seitens der Patient*innen und der Aufklärung über diagnostische und therapeutische Maßnahmen seitens der Ärzt*innen ist die erfolgreiche Interaktion „auch für den Zugang zu Wertvorstellungen und Präferenzen der Patient*innen unverzichtbar“ (Ilkilic 2021, Seite 75). Im Rahmen von Fokusgruppendiskussionen berichteten Menschen mit türkischem Migrationshintergrund (n=39), dass Kommunikationsprobleme mit Ärzt*innen zu Unklarheiten über die Diagnose und therapeutische Behandlung führen können. Daneben wurde von den Teilnehmenden geschildert, wie auf Seiten des medizinischen Fachpersonals Vorurteile über geringere deutsche Sprachkenntnisse wirksam werden (Gerlach et al. 2012).

Kommunikationsprobleme können vor allem in Bereichen der gesundheitlichen Versorgung mit hohem Sprachbezug, wie der therapeutischen Anleitung bei rehabilitativen Angeboten, die Wirksamkeit der Maßnahmen beeinträchtigen (Brause et al. 2010). Vereinzelte qualitative Studien zeigen, dass sich sprachliche Verständigungsprobleme auf den gesamten Rehabilitationsprozess und damit auf den Behandlungserfolg auswirken können (Brzoska et al. 2010a; Schott et al. 2015), wobei insbesondere bei Frauen der ersten Generation sprachliche Kommunikationsschwierigkeiten auftreten (Brause et al. 2010; Brzoska et al. 2010a). Zudem bestehen infolge der unzureichenden Berücksichtigung der sprachlichen Vielfalt im Gesundheits-

wesen nicht nur Informationsdefizite bezüglich der rehabilitativen Angebote, sondern vor allem auch im Hinblick auf die sozialrechtlichen Ansprüche beruflicher sowie medizinischer Rehabilitation (Brause et al. 2010; Brzoska et al. 2010a). Eine ebenfalls hohe Bedeutung nimmt die Kommunikation bei psychiatrischen Behandlungen ein. So zeigt sich in stationär psychiatrischen Einrichtungen, dass kulturell bedingte und sprachliche Verständigungsprobleme sowohl zu Fehldiagnosen führen als auch die therapeutische Behandlung behindern können (Koch et al. 2008; Schouler-Ocak et al. 2008).

Hinweise auf eine ungleiche Behandlung infolge der sprachlich homogenen Ausrichtung des Gesundheitssystems gibt eine Studie zur Versorgungssituation in einer gynäkologischen Klinik in Berlin Ende der 1990er Jahre (n=528): Der Aussage, dass Patientinnen ohne Deutschkenntnisse in der Klinik gleich gut behandelt werden, stimmten lediglich rund 68 Prozent der türkeistämmigen Patientinnen zu (Borde et al. 2002, Seite 481). Eine Anfang der 2000er Jahre durchgeführte Studie in drei klinischen Notfallambulanzen in Berlin zeigt zudem, dass Menschen mit Migrationshintergrund vom medizinischen Personal seltener als dringend behandlungsbedürftig eingeschätzt werden. Mangelnde Deutschkenntnisse könnten demnach die Möglichkeiten der Beschwerdebeschreibung und dadurch die Dringlichkeitseinschätzung der Ärzt*innen beeinflussen (David et al. 2006). Zudem wurde im Rahmen der Studie belegt, dass sich sprachliche Verständigungsschwierigkeiten nachteilig auf die Zufriedenheit der Ärzt*innen bezüglich der Ärzt*innen-Patient*innen-Interaktion auswirken (Babitsch et al. 2008). Das der bereits Anfang der 2000er Jahre herausgestellte **Einfluss von Verständigungsschwierigkeiten auf die Ärzt*innen-Patient*innen-Interaktion** nach wie vor von hoher Relevanz ist, belegt eine im Jahr 2017 durchgeführte Onlinebefragung zur geburtshilflichen Versorgung in Berliner Geburtskliniken (n=131). Dabei berichteten 45 Prozent der Ärzt*innen und 50 Prozent der Hebammen, „mehr als einmal pro Woche aufgrund einer Sprachbarriere unzufrieden mit der Kommunikation mit einer Patientin zu sein“ (Seidel et al. 2019, Seite 456). Sprachliche Barrieren können die adäquate Behandlung beeinträchtigen oder in einem vorzeitigen Behandlungsabbruch resultieren (Mösko 2021; Seidel et al. 2019). Die negativen Auswirkungen der Unzufriedenheit des medizinischen Fachpersonals mit der **Ärzt*innen-Patient*innen-Interaktion** werden in einer qualitativen Studie, in der die Erfahrungen von Hausärzt*innen mit Patient*innen mit Migrationshintergrund erhoben wurden, geschildert (n=30). So führt die Frustration, den eigenen Ansprüchen der Kommunikation nicht gerecht zu werden, bei den Hausärzt*innen zu „Hilflosigkeit, Wut und Aggression beim Umgang mit Patient*innen mit Migrationshintergrund“ (Gerlach et al. 2008a, Seite 434).

Dass sich sprachlich bedingte Kommunikationsbarrieren auch auf das Verhalten des medizinischen und pflegenden Gesundheitspersonals auswirken können, wurde in den Expert*inneninterviews ebenfalls thematisiert. So wurde unter anderem berichtet, „dass das Gesundheitspersonal eben häufig mit ausländischen Patient*innen, den Gedanken an Mehrarbeit, Zusatzarbeit, längere Arbeit, mehr Dokumentation (…), dass sie damit negative Dinge verknüpfen. Und das ist (…), was schließlich noch mal eine Form der Diskriminierung der Patient*innen tatsächlich auch zur Folge haben kann“ (Zitat Expert*inneninterview). In diesem Zusammenhang wird zudem geschildert, dass der Zeitdruck, dem Ärzt*innen ausgesetzt sind, ihren Umgang mit Menschen mit geringeren deutschen Sprachkenntnissen negativ beeinflussen könne.

Unzureichender Einsatz von Dolmetscher*innen

Dass sprachliche Verständigungsschwierigkeiten in der gesundheitlichen Versorgung von hoher Relevanz sind (Borde 2018), belegen mehrere Studien. In Berliner Geburtskliniken befragte Hebammen und Ärzt*innen „schätzen (…) den Anteil der Immigrantinnen, mit denen die Verständigung auf Deutsch nur schlecht oder gar nicht möglich ist, im Durchschnitt auf 30 Prozent ein“ (Seidel et al. 2019, Seite 455). In einer quantitativen Befragung türkeistämmiger Personen in Berlin und Nordrhein-Westfalen berichteten knapp 20 Prozent der Befragten von Verständigungsproblemen in der Ärzt*innen-Patient*innen-Kommunikation (Yildrim 2016, Seite 131). Regionale Studien in Kinderkliniken bekräftigen das häufige Auftreten sprachlicher Verständigungsschwierigkeiten im klinischen Alltag (Langer et al. 2017; Ullrich et al. 2016). Dabei werden trotz unzureichender Deutschkenntnisse der Eltern nur in 15,4 Prozent (Kommunikation

mit den Ärzt*innen) beziehungsweise 19,2 Prozent (Kommunikation mit dem Pflegepersonal) **Sprachmittler*innen** herangezogen (n=43) (Ullrich et al. 2016, Seite 212). Nach Angaben des Krankenhaus Barometers 2017 (n=234), eine jährliche Repräsentativbefragung zugelassener Allgemeinkrankenhäuser in Deutschland, greifen 26 Prozent der Einrichtungen bei der Behandlung von Patient*innen mit geringen Deutschkenntnissen nicht auf speziell ausgebildete, professionelle Dolmetscher*innen (außerhalb des Krankenhauses) zurück; 53 Prozent gaben an, zumindest gelegentlich externe Übersetzer*innen außerhalb des Krankenhauses einzusetzen (Blum et al. 2017, Seite 68). Statt professioneller Dolmetscher*innen werden in der Gesundheitsversorgung **überwiegend Laien** (Begleitpersonen, Familienangehörige, mehrsprachiges medizinisches Personal) zur Überwindung sprachlicher Verständigungsschwierigkeiten hinzugezogen (Blum et al. 2017; Langer et al. 2017; Penka et al. 2015; Seidel et al. 2019). Allerdings können dabei mangelnde Dolmetscher*innenkompetenzen, fehlende Neutralität, Schamgefühle oder die Absicht, die Patient*innen nicht zu belasten, zu Fehlübersetzungen, Auslassungen oder Filterungen führen (Borde 2018; Ilkilic 2021).

Die unzureichende Zugänglichkeit zu Leistungen der gesundheitlichen Versorgung aufgrund fehlender muttersprachlicher Angebote wurde in den Expert*inneninterviews ebenfalls explizit hervorgehoben. Insbesondere die Frage nach der Kostenübernahme von Dolmetscher*innen-Leistungen stellt ein zentrales Problem dar. So wird geschildert, dass Menschen während des Asylverfahrens innerhalb der ersten 18 Monate Anspruch auf Dolmetscher*innen-Leistungen haben, jedoch keine Finanzierbarkeit derartiger Leistungen für Menschen mit Migrationserfahrung, die nicht im Asylverfahren sind, besteht.

Hintergrundinformation: Rechtsgrundlage für die Übernahme von Dolmetscher*innenkosten

Ärzt*innen sind gemäß § 630e Absatz 1 BGB dazu verpflichtet, ihre Patient*innen im Vorfeld der Behandlung umfassend über Art, Umfang und Risiken der Behandlung persönlich aufzuklären. Das persönlich zu führende Aufklärungsgespräch muss für die Patient*innen verständlich sein. Es kann Ärzt*innen mithin obliegen, geeignete Dolmetscher*innen hinzuzuziehen. Mit dieser Verpflichtung stellt sich die Frage, wer die Kosten zu tragen hat. In Rechtsprechung und Literatur ist die Frage, ob es eine Rechtsgrundlage für die Übernahme von Dolmetscher*innenkosten im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung gibt, nicht abschließend geklärt (Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages 2017). Grundsätzlich müssen Patient*innen bei ambulanter Versorgung die Kosten für Dolmetscher*innen selbst tragen. Bei der stationären Behandlung wurde die Dolmetscher*innenleistung im Rahmen der Fallpauschale direkt mit dem*der Krankenhausträger*in abgerechnet. Mit Inkrafttreten des Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz) gilt seit 2020 die Verpflichtung der Krankenkassen, die Kosten für Gebärdensprachdolmetscher*innen in der stationären Behandlung zu übernehmen. Es wäre notwendig zu klären, ob diese Änderung auch für Menschen mit geringen Deutschkenntnissen und deren Bedarf nach Sprachdolmetscher*innen analog angewendet werden kann, da sich die Rechtsprechung und Literatur hinsichtlich Gebärden- und anderen Sprachdolmetscher*innen bisher wechselseitig aufeinander bezogen haben.

Für Leistungsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz gehören im Einzelfall zu den Leistungen bei Krankheiten nach den §§ 4 und 6 AsylbLG auch die Dolmetscher*innenkosten, wenn ohne Dolmetscher*innen „die erforderliche sprachliche Verständigung und somit eine Behandlung nicht möglich ist“ (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2011, Seite 69). Für Personen, die bereits über 18 Monate hinaus Leistungen nach dem AsylbLG erhalten, sowie für Personen, die im Rahmen des SGB XII leistungsberechtigt sind, beispielsweise anerkannte Geflüchtete, die die Altersgrenze von 65 Jahren erreicht haben, kommt im Einzelfall eine Übernahme der Dolmetscher*innenkosten auf Grundlage des SGB XII in Betracht.

Fehlende mehrsprachige Informationen

Strukturelle Ausgrenzungsprozesse und Benachteiligungen infolge sprachlicher Barrieren entstehen jedoch nicht nur durch den unzureichenden Einsatz von qualifizierten Sprachmittler*innen, sondern auch durch **fehlende mehrsprachige und kultursensible Informationsangebote** (Berens et al. 2014; Berens et al. 2016; Schwarz et al. 2015). In einer Querschnittstudie wurden Menschen mit Migrationshintergrund aus verschiedenen Herkunftsländern nicht nur zu ihrer gesundheitlichen Situation und dem Gesundheitssystem in Deutschland, sondern auch nach Gründen für die Nicht-Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen befragt (n=435). Neben Sprachproblemen (48,4 Prozent) wurden das „Fehlen von Informationen über das Gesundheitssystem" (42,2 Prozent) sowie „fehlende Kenntnisse über bestehende Angebote" (42,0 Prozent) am häufigsten als Grund dafür angegeben, Gesundheitsleitungen nicht in Anspruch zu nehmen (Bermejo et al. 2012, Seite 949). In einer qualitativen Studie zu den Einflussfaktoren auf die Mammografie-Screening-Teilnahme von türkeistämmigen Frauen zeigt sich, dass unzureichende deutsche Sprachkenntnisse die größte Barriere darstellen. Sprach- und Übersetzungsprobleme beim Lesen der Einladungsschreiben und der beigefügten Informationsmaterialien können zu einer unzureichenden Aufklärung der Frauen über das Mammografie-Screening führen (Berens et al. 2016). Die mangelnde Bereitstellung mehrsprachiger Einladungsschreiben und Informationsbroschüren zum Mammografie-Screening weist darauf hin, dass die entsprechenden Institutionen unzureichend auf die sprachliche Vielfalt der in Deutschland lebenden Frauen ausgerichtet sind.

In den Expert*inneninterviews wird ebenfalls darauf verwiesen, dass „es einem nicht einfach gemacht wird, (...) sich [im deutschen Gesundheitssystem] zurechtzufinden" (Zitat Expert*inneninterview) und dass dies nicht nur eine Zugangsbarriere darstellt, sondern hier auch eine Form von institutioneller Diskriminierung vorliegt.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass sprachliche Barrieren sowohl den Zugang zur Gesundheitsversorgung als auch die Behandlungsqualität beeinflussen und zu einer Fehl-, Unter- sowie Überversorgung führen können (Brucks und Wahl; Schouler-Ocak und Aichberger 2015; Borde 2018; Brucks und Wahl 2003). Verständigungsschwierigkeiten werden zudem durch die fehlende diversitätsorientierte Ausrichtung der Institutionen des Gesundheitssystems verstärkt (Brzoska und Razum 2017).

Mangelnde diversitätssensible Versorgungsangebote und fehlende interkulturelle Kompetenzen

Die **unzureichende Berücksichtigung migrationssensibler Versorgungsbedürfnisse**[9] im Gesundheitswesen stellt eine Form der institutionellen Diskriminierung dar. So sind die Angebote des Gesundheitssystems häufig nicht auf die kulturelle, religiöse und sprachliche Vielfalt der Bevölkerung ausgerichtet, wodurch strukturelle Ausgrenzungs- und Benachteiligungsprozesse begünstigt werden. Eine Ende der 1990er Jahre durchgeführte Studie zur stationären Versorgungssituation in einer gynäkologischen Klinik in Berlin belegt, dass über ein Drittel der befragten türkeistämmigen Patientinnen (n=239) mit der „Berücksichtigung migrantenspezifischer Bedürfnisse" in der Versorgung wenig oder gar nicht zufrieden ist (Borde et al. 2002, Seite 480). Allerdings bedarf es zur Bewertung der Berücksichtigung migrationssensibler Versorgungsbedürfnisse in der stationären Gesundheitsversorgung – vor dem Hintergrund des Erhebungszeitraumes der beschriebenen Studie – aktuellere und nach möglichen Versorgungsaspekten differenziertere Erkenntnisse.

9 „Migrationssensibilität meint in diesem Zusammenhang die Aufmerksamkeit für die migrationsbedingten oder kulturellen Bedürfnisse und Bedarfe von Menschen mit Migrationshintergrund, etwa im Hinblick auf Sprache, Werte und Vorstellungen" (Brzoska et al. 2017b, Seite 841). Migrationssensible Versorgungsangebote beziehen sich demnach auf kultursensible und mehrsprachige Informationsmaterialien, kultur-, religions- und geschlechtersensible Behandlungsangebote und so weiter.

In einer qualitativen Studie stellten sich die mangelnde interkulturelle Öffnung von Rehabilitationseinrichtungen und die unzureichende interkulturelle Kompetenz des Personals als wesentliche Barriere beim Zugang zur medizinischen Rehabilitation heraus (Schwarz et al. 2015). Weitere qualitative Studien im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme rehabilitativer Leistungen deuten zudem darauf hin, dass die unzureichende Berücksichtigung kultur- und religionsspezifischer Besonderheiten nicht nur den Zugang zu, sondern auch die Wirksamkeit von Rehabilitationsmaßnahmen beeinträchtigt (siehe 3.1.3 Religion).

In einer schriftlichen Befragung von orthopädischen Rehabilitationseinrichtungen in Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein (n=55) bewerten zwar 93,2 Prozent der Einrichtungen migrationssensible Maßnahmen als (teilweise) wichtig für den Behandlungserfolg von Rehabilitand*innen mit Migrationshintergrund, aber lediglich 27,3 Prozent der befragten Einrichtungen haben konkrete Handlungsmaßnahmen zur Migrationssensibilität festgelegt (Brzoska et al. 2017b, Seite 845 f.). Ein ähnliches Bild zur Berücksichtigung kultursensibler Versorgungsstrategien geben Auswertungen der Repräsentativbefragung Krankenhaus Barometer 2017 (n=234). Konkrete Handlungsmaßnahmen zur Kultursensibilität haben lediglich 13 Prozent der befragten Krankenhäuser umgesetzt beziehungsweise sind bei sieben Prozent in Planung. Gleichzeitig ist 82 Prozent der befragten Einrichtungen die zunehmende Bedeutung einer kultursensiblen Ausrichtung infolge des demografischen Wandels bewusst (Blum et al. 2017, Seite 57,74).

Eine weitere Form der institutionellen Diskriminierung resultiert aus der **mangelnden interkulturellen Kompetenz** des medizinischen und pflegenden Personals. Diese äußert sich unter anderem in einem unzureichenden kulturspezifischen Wissen. So gaben 39,4 Prozent der befragten Menschen mit Migrationshintergrund in einer Querschnittstudie (n=435) als Grund für die Nicht-Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen an, dass die Fachkräfte wenig über ihre Kultur wissen (Bermejo et al. 2012, Seite 949). In einer qualitativen Studie (Fokusgruppendiskussionen) zu den Erfahrungen schwarzer Patient*innen in Hausärzt*innenpraxen in Deutschland (n=33) wurde die **mangelnde medizinische Fachkompetenz** deutscher Ärzt*innen über in Afrika verbreitete Erkrankungen kritisiert (Gerlach et al. 2008b). Die unzureichenden Kenntnisse des medizinischen Fachpersonals über Krankheitsbilder, die außerhalb Deutschlands häufig auftreten, wurden auch in Fokusgruppendiskussionen mit Menschen mit türkischem Migrationshintergrund (n=39) geschildert (Gerlach et al. 2012).

Darüber hinaus kann die Orientierung an westeuropäischen Konzepten von Gesundheit und Krankheit bei medizinisch scheinbar nicht erklärbaren Schmerzen in **pauschalisierenden Zuschreibungen von spezifischen Krankheitsbildern** resultieren. So wurde von Ärzt*innen mit dem abwertenden Ausdruck „Morbus Bosporus“ (oder „Mamma-mia-Syndrom“) die Symptomatik eines nicht lokalisierbaren Schmerzempfindens bei Patient*innen aus dem Mittelmeerraum bezeichnet (Schenk und Peppler 2020; Razum et al. 2020). In einer qualitativen Studie wurden Hausärzt*innen zu ihren Erfahrungen mit Patient*innen mit Migrationshintergrund befragt (n=30). Im Rahmen der Fokusgruppendiskussionen wurde deutlich, wie die teilnehmenden Hausärzt*innen den Patient*innen mit Migrationshintergrund ein „fremdes“ Krankheitsverständnis und anderes Schmerzempfinden pauschal zuschreiben (Gerlach et al. 2008a).

Nach Angaben des Krankenhaus Barometers 2017 haben jedoch 61 Prozent der befragten Einrichtungen keine internen oder externen Fortbildungen zur **Förderung der Kultursensibilität** durchgeführt (Blum et al. 2017, Seite 60). Demzufolge ist es nicht überraschend, dass soziokulturelle Unterschiede, die sich zum Beispiel in einem ganzheitlichen Krankheitsverständnis oder Variationen im Schmerzempfinden bei türkeistämmigen Rehabilitand*innen äußern, beim Personal von rehabilitativen Einrichtungen zu Unsicherheiten im Umgang mit Patient*innen führen (Brzoska et al. 2010a).

Insgesamt gilt es jedoch zu berücksichtigen, dass spezifische Angebote, die die Bedürfnisse einzelner Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund abdecken (zum Beispiel spezielle Maßnahmen für türkeistämmige Personen), der Heterogenität der Bevölkerungsgruppe insgesamt und damit den unterschiedlichen zugrunde liegenden Bedarfen nur begrenzt gerecht werden können (Brzoska und Razum 2017). Vielmehr müssen die Regeleinrichtungen des Gesundheitswesens im Rahmen eines Diversity-Managements eine flächendeckende, gleichberechtigte Teilhabe an den Leistungen des Gesundheitssystems ermöglichen (Brand et al. 2015a; Razum und Spallek 2014; Brzoska und Razum 2017).

Diskriminierung anhand des aufenthaltsrechtlichen Status

Der Zugang zur Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden wird durch den aufenthaltsrechtlichen Status bestimmt und ist rechtlich im Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) geregelt. So haben Asylsuchende in den ersten 18 Monaten ihres Aufenthaltes nur einen **eingeschränkten Anspruch auf Gesundheitsleistungen**, der auf die Versorgung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände, Schwangerschaft und Geburt sowie Impfungen begrenzt ist (§ 4 AsylbLG); im Einzelfall können weitere notwendige Leistungen zur Sicherung der Gesundheit nach § 6 AsylbLG gewährt werden. Diese gesetzliche Einschränkung des Anspruchs auf medizinische Versorgung durch das AsylbLG stellt eine Form der institutionellen Diskriminierung dar (Lammers 2015; Razum et al. 2020; Eichenhofer 2013). In den Expert*inneninterviews wird konstatiert, dass das AsylbLG nicht nur hinsichtlich des Zugangs zur gesundheitlichen Versorgung, sondern insbesondere auch aufgrund der Restriktivität im Umfang der Leistungen eine Form der Diskriminierung darstellt.

Neben dem eingeschränkten Anspruch auf gesundheitliche Versorgung durch gesetzliche Vorgaben bestehen – in Abhängigkeit des Bundeslandes – zusätzliche Einschränkungen beim Zugang zum Gesundheitssystem (Razum et al. 2016b). In einzelnen Bundesländern müssen Asylsuchende vor der Inanspruchnahme der in § 4 AsylbLG geregelten Gesundheitsleistungen einen **Behandlungsschein** (beziehungsweise Krankenschein) bei der zuständigen Sozialbehörde beantragen, der durch nichtmedizinisches Personal geprüft wird (Razum et al. 2016b). Der Zugang zur gesundheitlichen Versorgung mittels Behandlungsschein stellt aufgrund des „außerordentlichen“ Aufwandes (Schülle 2017b, Seite 3) und der damit einhergehenden zeitlichen Verzögerung der (Weiter-)Behandlung (Lammers 2015; Rolke et al. 2020; Spura et al. 2017) eine „institutionalisierte Form der direkten Diskriminierung“ dar (Razum et al. 2020, Seite 634). Eine qualitative Studie in Sachsen-Anhalt belegt, dass die „Krankenscheinbürokratie“ eine wesentliche Barriere im Zugang zur gesundheitlichen Versorgung von Asylsuchenden darstellt (Spura et al. 2017). Demgegenüber wurde bereits in einzelnen Bundesländern wie Bremen oder Hamburg die **elektronische Gesundheitskarte**, die den Behandlungsschein ersetzt und einen einfacheren, diskriminierungsfreien Zugang zum Gesundheitswesen gewährleistet, eingeführt (Razum et al. 2016a). In einer qualitativen Studie, bei der 31 Interviews mit Geflüchteten zu zwei Erhebungszeitpunkten in drei Kommunen in Nordrhein-Westfalen realisiert wurden, zeigte sich, dass mit der Umstellung der Leistungsgewährung vom Behandlungsschein zur elektronischen Gesundheitskarte zuvor als nicht dringlich eingestufte Behandlungen ermöglicht und Wartezeiten für Behandlungen, die durch den Genehmigungsprozess über das Sozialamt entstanden sind, verringert wurden (Rolke et al. 2020).

Darüber hinaus ist nach Angaben der von uns interviewten Expert*innen bekannt, dass – trotz des Anspruches – viele Anträge auf Behandlungsscheine in der Praxis abgelehnt werden. So wird in den Expert*inneninterviews konstatiert, dass die gesundheitliche Versorgung bei Behandlungsscheinen schlechter ist als bei der Leistungsgewährung durch eine elektronische Gesundheitskarte.

Allerdings bestehen auch innerhalb der jeweiligen Bundesländer **kommunale Unterschiede in der Form der Leistungsgewährung** (Behandlungsschein versus elektronische Gesundheitskarte), die zu ungleichen Versorgungschancen führen (Spura et al. 2017). So haben beispielsweise in Nordrhein-Westfalen lediglich 22 von 396 Kommunen die elektronische Gesundheitskarte für Asylsuchende eingeführt (Gesundheit für Geflüchtete. Informationsportal von Medibüros/Medinetzen). Demzufolge „hängen Anspruch auf und Zugang zur gesundheitlichen Versorgung Asylsuchender und Geflüchteter in dreifacher Hinsicht vom Zufall ab: bei der Zuweisung zum Bundesland, bei der Zuweisung zur Kommune sowie vom Engagement und der juristischen Sachkenntnis der behandelnden Ärzt*innen“ (Razum et al. 2016b, Seite 711). Letzteres zielt auf das Wissen der behandelnden Ärzt*innen über die in § 6 AsylbLG geregelte Einzelfallprüfung.

Studien zufolge beeinflussen die Unterschiede in der Leistungsgewährung (Behandlungsschein versus elektronische Gesundheitskarte) die Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung (Hollederer 2020; Wenner et al. 2020) und die Zufriedenheit mit der Behandlung sowie dem Behandlungserfolg (Schröder et al. 2018). Demnach führen Unterschiede in der Form der Leistungsgewährung zu ungleichen Zugangschancen zur gesundheitlichen Versorgung innerhalb der Gruppe von Asylsuchenden. Basierend auf der IAB-BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten[10] belegen Jaschke und Kosyakova (2021) zudem, wie die strukturellen Einschränkungen die Gesundheit von Geflüchteten beeinflussen. So verbessert die Berechtigung für eine elektronische Gesundheitskarte sowohl das psychische Wohlbefinden als auch die subjektive Gesundheit von Geflüchteten (Jaschke und Kosyakova 2021).

Unterschiedliche Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung

Asylsuchende zeigen im Vergleich zur regulär versicherten Bevölkerung ohne Migrationshintergrund ein **anderes Nutzungsverhalten der Gesundheitsversorgung**. So nehmen Asylsuchende häufiger die Notfallversorgung und seltener niedergelassene Ärzt*innen in Anspruch (Bauhoff und Göpffarth 2018; Schneider et al. 2015). Kinder und Jugendliche aus Familien mit ungesichertem Aufenthaltsstatus weisen ebenfalls – nach Adjustierung für den sozialen Status und dem Migrationsstatus – eine höhere Inanspruchnahmequote der Notfallversorgung auf (Wenner et al. 2016). Darüber hinaus zeigte sich in einer Befragung in Baden-Württemberg, dass Asylsuchende (n=156) deutlich häufiger von einem unerfüllten Versorgungsbedarf (unmeet medical need) berichteten als die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Dabei wurden am häufigsten finanzielle Barrieren als Grund für den unerfüllten medizinischen Versorgungsbedarf angegeben (Schneider et al. 2015).

Abrechnungsdaten der Krankenkasse BARMER[11] belegen zudem, dass Asylsuchende vor allem – neben der zahnärztlichen Versorgung – **die ambulante psychotherapeutische Gesundheitsversorgung** seltener als regulär Versicherte in Anspruch nehmen (Bauhoff und Göpffarth 2018; Göpffarth und Bauhoff 2017). Vor dem Hintergrund der oftmals hohen Prävalenz psychischer Erkrankungen unter Geflüchteten stellt die geringe Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen einen Hinweis auf ungleiche Versorgungschancen dar. Da psychotherapeutische Leistungen für Asylsuchende auch bei Vorliegen einer elektronischen Gesundheitskarte genehmigt werden müssen, liegt darin – neben etwaiger sprachlicher Barrieren – möglicherweise eine relevante Zugangsbarriere (Göpffarth und Bauhoff 2017). Des Weiteren erschwert die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen die oftmals unklare Kostenübernahme der Sprachmittlung (Frank et al. 2017). In einer bundesweiten Befragung zur Versorgungssituation von Asylsuchenden bewerteten Gesundheitsämter das Ausmaß der Sicherstellung der lokalen Versorgung für

10 Die IAB-BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten ist eine vom Forschungszentrum des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF-FZ), vom Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) und vom Sozio-oekonomischen Panel (SOEP) am Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW Berlin) durchgeführte repräsentative Längsschnittbefragung von erwachsenen Geflüchteten in Deutschland. Für nähere Informationen siehe unter anderem Brücker et al. 2016.

11 Grundgesamt der Auswertungen sind Asylsuchende (n=3.639), die eine elektronische Gesundheitskarte erhielten und für mindestens einen Tag der BARMER zugewiesen waren.

verschiedene Gruppen von Asylsuchenden. Dabei zeigte sich, dass die Versorgung von Asylsuchenden mit psychischen Erkrankungen nicht ausreichend sichergestellt ist. Weitere Defizite in der gesundheitlichen Versorgung bestehen – nach Einschätzung der teilnehmenden Amtsleitungen – für Asylsuchende mit schwerwiegenden chronischen Erkrankungen und für Kinder asylsuchender Familien (Bozorgmehr et al. 2016).

Neben dem (gesetzlich) eingeschränkten Anspruch und Zugang zur Gesundheitsversorgung beeinflussen **sprachliche Barrieren** sowohl den Bewilligungsprozess der Behandlungsscheinbürokratie (Spura et al. 2017) als auch die Entgegennahme der gesundheitlichen Versorgung (Schröder et al. 2018). Geflüchtete in Nordrhein-Westfalen berichteten in einer qualitativen Studie (insgesamt 31 Interviews) von Diskriminierungserfahrungen seitens der Ärzt*innen aufgrund unzureichender Deutschkenntnisse (Rolke et al. 2020). In einer Befragung unter erwachsenen Asylsuchenden in Erstaufnahmeeinrichtungen (n=2.021) berichtete jede*r Zweite von sprachlichen Schwierigkeiten in der gesundheitlichen Versorgung. Darüber hinaus ist fast jede sechste befragte Person, die in den letzten sechs Monaten eine Ärztin / einen Arzt aufsuchte, nicht behandelt worden. Die Autor*innen führen die Nichtbehandlung von Asylsuchenden unter anderem auf den gesetzlich eingeschränkten Anspruch auf gesundheitliche Versorgung und auf Sprachbarrieren zurück (Schröder et al. 2018, Seite 15). Eine qualitative Befragung unter abgelehnten Asylsuchenden aus Afrika (n=12) gibt zudem Hinweise auf Diskriminierung in der Gesundheitsversorgung in Form von sozialen Herabwürdigungen, verweigerten Behandlungen trotz Anspruch nach § 4 AsylbLG und längeren Wartezeiten (Scott 2014).

Die unzureichende Gesundheitsversorgung geflüchteter Frauen wird anhand einer im Jahr 2017 durchgeführten Studie deutlich, in der unter anderem Einzelbefragungen mit insgesamt 639 geflüchteten Frauen aus fünf Bundesländern in Deutschland realisiert wurden. Über ein Drittel (36 Prozent) der geflüchteten Frauen geben an, keine Unterstützung bei medizinischen Beschwerden zu erhalten (Schouler-Ocak und Kurmeyer 2017, Seite 33). In Fokusgruppendiskussionen wurde zudem von verweigerten Behandlungen seitens der Ärzt*innen, von sprachlichen Barrieren im Zugang zur Gesundheitsversorgung und fehlenden geschlechtersensiblen Behandlungsmöglichkeiten berichtet (Schouler-Ocak und Kurmeyer 2017).

Darüber hinaus ist insbesondere bei Geflüchteten mit Behinderung infolge der rechtlichen Zugangsbarrieren zur Leistungsgewährung, vor allem durch das Behandlungsscheinverfahren, von einer ungleichen gesundheitlichen Versorgungssituation auszugehen (Schülle 2017a, 2019).

Laufende Forschungsprojekte

Derzeit laufende Forschungsprojekte setzen sich explizit mit rassistischer Diskriminierung und Prozessen des Othering in der Gesundheitsversorgung auseinander. Das Projekt *social and ethnic inequalities in health care access*[12], welches vom Deutschen Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung und dem Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung durchgeführt wird, untersucht rassistische Diskriminierung im Gesundheitssystem anhand eines experimentellen Studiendesigns. Dabei wird unter anderem die Frage verfolgt, ob Unterschiede im Ausmaß der Diskriminierung zwischen verschiedenen ethnischen Gruppen bestehen. Neben der Erfassung von Ungleichheiten in der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund werden zudem Diskriminierungen aufgrund des Versicherungsstatus und des sozioökonomischen Status für verschiedene Ärzt*innengruppen erhoben.

12 https://www.wzb.eu/en/research/dynamics-of-social-inequalities/health-and-social-inequality/projects/social-and-ethnic-inequalities-in-health-care-access-a-field-experiment (letzter Zugriff am 05.03.2021)

Im Rahmen der von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderten Forschungsgruppe *Fluchtmigration nach Deutschland: ein „Vergrößerungsglas" für umfassendere Herausforderungen im Bereich Public Health*[13], deren Sprecher Prof. Dr. Oliver Razum der Universität Bielefeld ist, werden Prozesse des Othering im Gesundheitssystem am Beispiel von Geflüchteten untersucht. Das Teilprojekt *Konzeptualisierung und empirische Analysen des Othering in Public Health und der Gesundheitsversorgung* (OTHER)[14] führt unter anderem Studien zur Analyse von Othering-Prozessen in der rehabilitativen und geburtshilflichen Versorgung von Geflüchteten durch. Ein Schwerpunkt liegt auf der Erfassung von Stereotypen sowie Vorurteilen und daraus resultierenden Othering-Prozessen bei der Behandlung von Geflüchteten anhand einer Fallvignetten-Studie, die durch eine webbasierte Studie ergänzt wird. Im Teilprojekt *Analyse kontextueller Faktoren und Faktoren des Gesundheitssystems auf die Versorgung geflüchteter Frauen in Schwangerschaft und Geburt* (PROREF)[15] sollen nicht nur Einstellungen und Praktiken des Othering von Fachkräften verschiedener Versorgungseinheiten mittels Fallvignetten erfasst, sondern auch geflüchtete Frauen zur gesundheitlichen Versorgung im Rahmen von problemzentrierten Interviews sowie Fokusgruppendiskussionen befragt werden.

Inwiefern sich die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie zwischen Menschen mit Migrationshintergrund (insbesondere Geflüchteten) und der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund bezüglich der Teilhabe in verschiedenen Lebensbereichen, unter anderem dem der Gesundheit unterscheiden, wird derzeit in dem Projekt *Vergleichende Analysen der Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf Migrant*innen und Geflüchtete*[16] am Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung analysiert.

Fazit

Insgesamt gibt die sozial- und gesundheitswissenschaftliche Literatur Hinweise darauf, dass Menschen mit Migrationshintergrund gegenüber der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund im Hinblick auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung und bezüglich der Qualität der medizinischen Behandlung benachteiligt sind. Allerdings zeigte sich auch, dass sich bislang **nur wenige Studien explizit mit Diskriminierung anhand der Herkunft und aus rassistischen Gründen** auseinandersetzen. So werden Diskriminierungserfahrungen häufig eher „beiläufig" in der Ärzt*innen-Patient*innen-Kommunikation identifiziert. Demzufolge mangelt es an Erkenntnissen sowohl über das Ausmaß und die Erscheinungsformen von Diskriminierung als auch über deren Auswirkungen auf den Zugang zum Gesundheitssystem und auf die Behandlungsqualität in den einzelnen Versorgungsbereichen des Gesundheitswesens. Zudem ist bislang nicht systematisch erforscht worden, inwiefern Vorurteile und stereotype Zuschreibungen beim Gesundheitspersonal manifestiert sind und dass alltägliche Handeln in der Gesundheitsversorgung prägen.

Der Literaturüberblick verweist vor allem auf Diskriminierungsrisiken infolge der **fehlenden diversitätsorientierten Ausrichtung der Institutionen des Gesundheitssystems**, die sich in spezifischen Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren der gesundheitlichen Versorgung äußern. Allerdings bedarf es der systematischen Erforschung, inwiefern **institutionelle Diskriminierungsrisiken** den gleichberechtigten Zugang zu Leistungen des Gesundheitssystems und der adäquaten medizinischen Behandlung entgegenstehen. Während eine Vielzahl an Studien auf eine – im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund – geringere Inanspruchnahme präventiver sowie rehabilitativer Angebote durch Menschen mit Migrationshintergrund hinweisen, wurde bislang nur unzureichend untersucht, ob diese Variationen auf Diskriminierungserfahrungen, ungleiche Zugangschancen oder weitere Faktoren (zum Beispiel unterschiedliche gesundheitliche Bedarfe) zurückzuführen sind.

13 https://gepris.dfg.de/gepris/projekt/409654512?context=projekt&task=showDetail&id=409654512& (letzter Zugriff am 05.03.2021)
14 https://gepris.dfg.de/gepris/projekt/427283546 (letzter Zugriff am 05.03.2021)
15 https://gepris.dfg.de/gepris/projekt/427283865 (letzter Zugriff am 05.03.2021)
16 https://www.iab.de/138/section.aspx/Projektdetails/k200625801 (letzter Zugriff am 05.03.2021)

Den Ausführungen kann weiterhin entnommen werden, dass sich die **Situation für Asylsuchende verschärft.** So sind sie neben den sprachlichen und soziokulturellen Zugangsbarrieren auch mit rechtlichen Einschränkungen im Anspruch auf die gesundheitliche Versorgung und einem restriktiveren Umfang der Leistungen konfrontiert (Razum et al. 2020). Hier bedarf es systematischer Forschung zum Ausmaß der institutionellen Zugangsbarrieren und ihrer Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden.

Zudem mangelt es insbesondere an Studien, die die *Heterogenität der Migrationsbevölkerung* berücksichtigen und die oftmals in der Kategorie Migrationshintergrund subsummierten Merkmale (Sprache, Hautfarbe, ethnische Herkunft und so weiter) differenzierter betrachten. Dabei muss zudem das Zusammenwirken von soziodemografischen, sozioökonomischen und migrationsbezogenen Merkmalen (Generation, Geburtsland, Aufenthaltsdauer und so weiter) bei der Erfassung von Diskriminierung im Gesundheitswesen einbezogen werden. Die vorliegende Literaturanalyse hat zudem einen Bedarf an Studien identifiziert, in denen die **verschiedenen Lebensphasen und Lebenswelten der Migrationsbevölkerung** zueinander in Beziehung gesetzt werden, um die komplexen Bedingungsfaktoren für eine gleichberechtigte Teilhabe im Gesundheitswesen zu untersuchen. Hierbei gilt es auch sogenannte Prozesse des Othering als Analyseebene zu berücksichtigen, bei denen die Konstruktion von Zugehörigkeit und die damit einhergehende Ausgrenzung anderer strukturelle Ungleichheiten in der gesundheitlichen Versorgung bedingen (Akbulut et al. 2020).

3.1.2 Geschlecht und Geschlechtsidentität[17]

In der Literatur werden zahlreiche **Diskriminierungsrisiken für Frauen** bei der Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung und der Qualität der Behandlung dargestellt. Hier gibt es jedoch nur vergleichsweise wenig auf Deutschland bezogene Forschung, sodass im gesamten Kapitel stark auf Studien aus anderen Ländern zurückgegriffen wurde. Dass eine bestimmte Form der Diskriminierung in anderen Ländern nachgewiesen wurde, bedeutet natürlich nicht, dass diese notwendigerweise auch im Gesundheitswesen in Deutschland zu finden ist. Vielmehr geben solche Studien Hinweise darauf, dass allgemein und in bestimmten Bereichen Forschung in Deutschland fehlt.

Diskriminierung durch Behandlungsunterschiede zwischen Frauen und Männern

Ein grundlegendes Problem ist, dass trotz nachgewiesener geschlechtsspezifischer Unterschiede in Symptomatik und Krankheitsverlauf klinische **Studien häufig nur an männlichen Probanden** durchgeführt werden (Bess 1995; Holdcroft 2007; Steck et al. 2020; Sugimoto et al. 2019) und Diagnosekriterien, Behandlungsmöglichkeiten und Medikamentdosierungen auf Männer ausgerichtet sind (Bess 1995; Rathore et al. 2002; Regitz-Zagrosek 2017). Auch im Stadium der Tierversuche werden häufig nur männliche Tiere verwendet. Eine Studie, die im Jahr 2009 veröffentlichte Tierstudien betrachtete, ergab, dass in acht von zehn untersuchten biologischen Disziplinen eine Verzerrung zugunsten männlicher Tiere vorlag und diese auch bei Krankheiten besteht, von denen Frauen deutlich häufiger betroffen sind als Männer (Zucker und Beery 2010). Forschung, die versucht diese Lücke zu schließen, findet nur unzureichend Eingang in die Ausbildung neuer Mediziner*innen, da die Gendermedizin in medizinischen Fakultäten in Deutschland kaum explizit in die Ausbildung integriert ist (Ludwig et al. 2016; Seeland et al. 2019).

Für **Behandlungsunterschiede zwischen weiblichen und männlichen Patient*innen**, für die kein medizinischer Grund vorliegt, gibt es in anderen Ländern zahlreiche Beispiele, etwa bei Nackenschmerzen (Hamberg et al. 2002), Schmerzbehandlung (LeResche 2011), Schuppenflechte (Nyberg et al. 2008) und weiteren

17 Der Begriff Geschlechtsidentität bezeichnet einen auf das eigene Geschlecht bezogenen Teil der Identität beziehungsweise welchem Geschlecht man sich zugehörig fühlt. Die Geschlechtsidentität ist vielfältig und kann vom biologischen Geschlecht abweichen.

(Backström und Schulte Hemming o. J.). Internationale Studien zeigen, dass Schmerzen bei Frauen häufig unterschätzt oder nicht ernst genommen werden, insbesondere wenn die Schmerzen nicht mit weiteren Symptomen einhergehen (Chen et al. 2008; Hoffmann und Tarzian 2001; Pierik et al. 2017; Samulowitz et al. 2018). Studien aus verschiedenen Ländern zeigen auch, dass Frauen bei Schmerzen seltener Schmerzmittel erhalten als Männer und häufiger zu Psycholog*innen überwiesen werden (Naamany et al. 2019; Samulowitz et al. 2018).

Besonders ausführlich belegt sind Behandlungsunterschiede nach Geschlecht bei **Herzinfarkten**. So wurden Frauen in Pennsylvania seltener als Männer auf Herzkrankheiten getestet, nachdem sie mit Schmerzen in der Brust die Notaufnahme aufgesucht hatten, und zwar auch nach Kontrolle der vorliegenden Symptome und des kardialen Risikos (Chang et al. 2007). In Schweden und Kanada erhielten Frauen nach einem Herzinfarkt eine bestimmte Behandlung seltener als Männer (Johnston et al. 2013). In der Schweiz wurden in der ambulanten Versorgung Männer mit Schmerzen in der Brust deutlich häufiger zu Kardiolog*innen überwiesen als Frauen (Clerc Liaudat et al. 2018). Außerdem mussten Frauen mit Schmerzen in der Brust in der Notaufnahme in den USA länger warten als Männer und wurden weniger intensiv behandelt, zum Beispiel indem sie seltener auf die Intensivstation aufgenommen wurden (Arslanian-Engoren 2001; Gargano et al. 2009; Heston und Lewis 1992). Der Befund, dass Frauen mit Schmerzen in der Brust **in der Notaufnahme länger warten** müssen als Männer, wird auch von einer Studie aus Deutschland in vier Berliner Krankenhäusern bestätigt (Jungehulsing et al. 2006). Darüber hinaus zeigte eine Studie aus den USA, dass kardiologische Untersuchungen an Frauen deutlich häufiger falsch durchgeführt werden als an Männern, insbesondere durch männliche Ärzte (Chakkalakal et al. 2013). Die Autor*innen vermuten als Ursache entweder Scham der männlichen Ärzte, eine Untersuchung im Brustbereich der Frauen durchzuführen, oder Unwissen darüber, wie die Untersuchung bei Frauen durchzuführen ist. Auf Probleme bei der Behandlung von Frauen durch männliche Ärzte weist auch eine Studie aus Florida hin, die zeigte, dass **Frauen mit Herzinfarkt** häufiger als Männer starben, wenn sie von einem männlichen Arzt behandelt wurden (Greenwood et al. 2018). Auch eine Studie aus Schweden stellte eine höhere relative Sterblichkeit von Frauen gegenüber Männern nach einem Herzinfarkt fest und führte diese teilweise auf eine unterschiedliche Behandlung zurück (Alabas et al. 2017). In der Inanspruchnahme rehabilitativer Leistungen nach einem Herzinfarkt zeigen sich in Deutschland keine Unterschiede zwischen Frauen und Männern (Grande et al. 2002). Die Autor*innen werfen jedoch die Frage auf, ob dies dem Bedarf gerecht wird, da Frauen und Männer mit Herzinfarkt deutliche Unterschiede in ihren soziodemografischen Charakteristika wie Alter und Bildung aufwiesen. Zudem warten Frauen generell länger als Männer auf eine Behandlung in Chile (Mondschein et al. 2020), Italien (Rossi et al. 2020), Brasilien (Galvão et al. 2020), den USA (Gargano et al. 2009; Heston und Lewis 1992) und auch Deutschland (Jungehulsing et al. 2006).

In einer Studie von 1997 in den USA hatten Frauen mit einer Nierenerkrankung im Endstadium eine geringere Wahrscheinlichkeit, auf der Transplantationsliste zu landen, und, wenn sie einmal auf der Liste standen, eine geringere Wahrscheinlichkeit, eine Niere zu erhalten (Bloembergen et al. 1997). Für Deutschland zeigen sich Hinweise, dass Frauen bei der Dialyse und der Aufnahme auf die Transplantationsliste unterrepräsentiert sind (Carrero et al. 2017; Epping et al. 2017). Auch bei der Vergabe von Lebern sind Frauen benachteiligt (Darden et al. 2020; Verna und Lai 2020; Wahid et al. 2021); dies könnte damit zusammenhängen, dass die Berechnung des MELD-Scores, der den Schweregrad einer Lebererkrankung angeben soll und mithilfe dessen die Lebervergabe priorisiert wird, Frauen systematisch benachteiligt (Cholongitas et al. 2007).

Umgekehrt sind **bei Männern Depressionen unterdiagnostiziert**, da männerspezifische Symptome in der Diagnostik bisher nicht ausreichend berücksichtigt werden (Möller-Leimkühler 2010).

Diskriminierung bei Geburtshilfe und Schwangerschaft

Weiterhin existieren Diskriminierungsrisiken bei **frauenspezifischen Gesundheitsleistungen** im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt. So können Hebammen in Deutschland bereits die bestehende Nachfrage nach ihren Dienstleistungen nicht decken (Albrecht et al. 2012; Albrecht et al. 2019; Deutscher Hebammenverband und Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. 2020). So ergab etwa eine Umfrage der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), dass zwischen Juni und November 2017 mehr als 35 Prozent der Kliniken in Deutschland Schwangere unter der Geburt mindestens einmal abweisen mussten (aerzteblatt.de 2018). Die wichtigsten Gründe dafür waren ein Mangel an Hebammenbetreuung (65,8 Prozent), eine Überlastung der neonatologischen Stationen (64,4 Prozent) und fehlende Raumkapazitäten (56,1 Prozent). Zudem haben sich die Kapazitäten der Geburtskliniken verringert (Jung 2017).

Von den Hebammen mussten 72 Prozent während einer normalen Schicht bereits drei oder mehr Frauen gleichzeitig betreuen; bei Schichten mit hoher Auslastung, was ungefähr jede vierte Schicht betrifft, lag dieser Anteil bei 97 Prozent, wobei 55 Prozent dabei mehr als vier Frauen gleichzeitig betreuen mussten (Albrecht et al. 2019; ähnlich Stahl 2016; siehe auch Schirmer und Steppat 2015). Der Deutsche Hebammenverband und die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. empfehlen demgegenüber in einer gemeinsamen Stellungnahme ein Betreuungsverhältnis von 1:1 beziehungsweise als Mindeststandard von 1:2 (Deutscher Hebammenverband und Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. 2020). Nur 19 Prozent der Hebammen stimmten voll oder eher zu, dass sie genug Zeit hätten, um die Frauen so betreuen zu können, wie sie es für richtig halten (Albrecht et al. 2019). Eine Studie zu Bayern findet, dass insbesondere in städtischen Gebieten sowie unter sozioökonomisch benachteiligten Frauen und Frauen mit geringen Deutschkenntnissen eine **Unterversorgung mit Hebammenleistungen** besteht (Sander et al. 2018).

Zudem lag 2015 die **Kaiserschnittrate** doppelt so hoch wie von der WHO als indiziert angesehen, wofür unter anderem die Ökonomisierung der Geburtshilfe mit dem Fallpauschalensystem verantwortlich gemacht wird, in welchem finanzielle Anreize und eine größere Planbarkeit zur gesteigerten Nutzung von Kaiserschnitten führen könnten (Jung 2017). So bemängeln auch 40 Prozent der Hebammen, dass zu schnell in den natürlichen Geburtsverlauf medizinisch eingegriffen würde, und 70 Prozent fänden es besser, wenn es weniger Geburtseinleitungen oder invasive Maßnahmen gäbe (Albrecht et al. 2019).

Neben der Unterversorgung besteht ein weiteres Problem in **obstetrischer (also geburtshilflicher) Gewalt**. In Deutschland geschieht diese in Form von vaginalen Untersuchungen gegen den Willen der Frau, verbaler, körperlicher und sexualisierter Gewalt, Fixierung in bestimmten Positionen, Durchführung von Behandlungen oder Medikamentengabe ohne Aufklärung oder Einverständnis, Verweigerung von Schmerzmitteln bei der Anfertigung einer Dammnaht oder in Form des sogenannten *husband stitch*, wobei die Naht über das notwendige Maß hinaus verlängert wird, um die Vagina zu verengen (Klimke 2020; Initiative für eine gerechte Geburtshilfe in Deutschland o.J.). Zahlen dazu, wie viele Frauen betroffen sind, liegen bisher jedoch nicht vor.

Aus den USA gibt es Hinweise darauf, dass Frauen dort von rassistischer Diskriminierung bei Schwangerschaftsuntersuchungen und der Entbindung betroffen sind, etwa in Form von gewaltvollen Untersuchungen, erzwungenen Kaiserschnitten und Eingriffen entgegen den Willen der Schwangeren (Davis 2019; Kukura 2017). Außerdem würden schwarze Frauen weniger ernst genommen, wenn sie sich zu Bedenken oder Wünschen im Zusammenhang mit der Geburt äußern, und beschuldigt, wenn ihre Babys nicht gesund zur Welt kommen. Inwieweit rassistische Diskriminierung auch in Deutschland eine Rolle bei der Geburt spielt, wurde bisher nicht untersucht.

Reproduktive Autonomie und Abtreibung

Artikel 16 Absatz 1 lit. e der UN-Frauenrechtskonvention (CEDAW) garantiert Frauen gleiches Recht auf freie und verantwortungsbewusste Entscheidung über die Anzahl und den Altersabstand ihrer Kinder sowie auf Zugang zu den für die Ausübung dieses Rechts erforderlichen Informationen und Mitteln. Deutschland hat die Konvention 1985 ratifiziert; restriktive Regelungen zum **Schwangerschaftsabbruch** stellen demnach eine erheblich rechtfertigungsbedürftige Diskriminierung aufgrund des Geschlechts dar.

Hintergrundinformation: Rechtsgrundlage zu Schwangerschaftsabbrüchen

Schwangere Personen in Deutschland unterliegen einer Austragungspflicht. Dies konstatierte das Bundesverfassungsgericht 1993 (BVerfGE 88, 203) in Verbindung mit einer Pflicht des Staates zum Schutz des Embryos gegen seine Mutter. Nach § 218 Strafgesetzbuch (StGB) ist ein Schwangerschaftsabbruch grundsätzlich strafbar, auch wenn er mit Einverständnis der Schwangeren vorgenommen wird. Es gibt kein Recht auf Abtreibung in Deutschland, sondern die Abtreibung nach dem sogenannten Fristenmodell mit Pflichtberatung. Eine Abtreibung darf nur durchgeführt werden, wenn sich die schwangere Person bei einer staatlich anerkannten Stelle einer Beratung unterzogen hat, die Abtreibung von Ärzt*innen durchgeführt wird und die zwölfte Schwangerschaftswoche noch nicht beendet wurde. Gesetzliche Grundlage der Beratung ist § 219 Absatz 1 StGB. Der Schwangerschaftsabbruch ist unter diesen Voraussetzungen rechtswidrig, bleibt jedoch straflos. Die Kosten sind von der schwangeren Person selbst zu tragen, nur bei sozialer Bedürftigkeit oder medizinischer oder kriminologischer Indikation trägt die Krankenkasse die Kosten des Schwangerschaftsabbruchs. Mit Verweis auf die Glaubens- und Gewissensfreiheit aus Artikel 4 Absatz 1 Grundgesetz steht es Ärzt*innen bisher frei, Abtreibungen nicht durchzuführen.

Nach § 219a StGB machen sich Ärzt*innen grundsätzlich strafbar, wenn sie ihres Vermögensvorteils wegen öffentlich bekannt geben, dass und wie sie Schwangerschaftsabbrüche vornehmen. Seit der Reform des § 219a StGB im Februar 2019 dürfen Ärzt*innen grundsätzlich darüber informieren, dass sie einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen und einen Hinweis auf eine im Internet zugängliche Liste der Bundesärztekammer veröffentlichen, jedoch keine ergänzenden Informationen wie beispielsweise über die angebotenen Methoden bereitstellen. Möglicherweise stellt dies einen unzulässigen Eingriff in die grundgesetzlich verankerte Berufsausübungsfreiheit von Ärzt*innen dar. Die Gesetzeslage ist widersprüchlich und reformbedürftig, Verfassungsbeschwerden hierzu sind anhängig.

Vor einem Schwangerschaftsabbruch sind Frauen dazu verpflichtet, ein Beratungsgespräch bei einer staatlich anerkannten Beratungsstelle durchzuführen, die explizit dem Schutz des ungeborenen Lebens dient. Ein verpflichtendes statt eines freiwilligen Beratungsgesprächs bevormundet Frauen. Wer sich für einen Abbruch entscheidet, muss anschließend noch mindestens drei Tage warten, statt wie bei anderen Eingriffen üblich einen Tag (Tennhardt und Kothé 2017). Schwangerschaftsabbrüche werden nicht flächendeckend angeboten, sodass Frauen häufig weite Wege zurücklegen müssen (taz 2017). Darüber hinaus kommt es vor, dass Krankenhäuser in kirchlicher Trägerschaft Schwangerschaftsabbrüche verweigern, wenn nicht ein medizinischer Notfall vorliegt. Medikamentöse Schwangerschaftsabbrüche gehen mit zusätzlichen administrativen Hürden zum Beispiel bezüglich der Zulassungsbedingungen von Ärzt*innen einher und werden daher häufig nicht angeboten, so lag der Anteil medikamentöser Abbrüche in Deutschland 2016 bei 23 Prozent, in Großbritannien, Frankreich und der Schweiz jedoch bei über 60 Prozent (pro familia 2018). Die Kosten werden von den Krankenkassen nicht übernommen.

Dabei sind Frauen teilweise „Gehsteigbelästigung“ ausgesetzt, bei der Abtreibungsgegner*innen Frauen vor Beratungsstellen oder Kliniken konfrontieren, Fragen zu ihrer Schwangerschaft stellen, Bilder zerstückelter Föten zeigen und sie drängen, keinen Schwangerschaftsabbruch vornehmen zu lassen (Lembke 2017).

Die geringe Verfügbarkeit von Schwangerschaftsabbrüchen erschwert es außerdem angehenden Ärzt*innen, die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen zu erlernen, denn diese werden im Studium meist nicht thematisiert und sind auch nicht Teil der gynäkologischen Weiterbildungsordnung (Baier 2019). Teilweise wird noch die veraltete Methode der Ausschabung gelehrt (ebenda).

Spezifische Diskriminierungsrisiken von Trans*Personen

Trans*Personen[18] sind von besonderen Diskriminierungsrisiken im Gesundheitswesen betroffen. In einer europaweiten Befragung von LGBT-Personen der Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (FRA) berichteten 26 Prozent der Teilnehmenden in Deutschland, die in den letzten zwölf Monaten Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen hatten, dabei Diskriminierung anhand ihrer Transgeschlechtlichkeit durch Mitarbeitende des Gesundheitswesens erlebt zu haben (European Union Agency for Fundamental Rights [FRA] 2014, Seite 42). Deutschland zählt damit zu den Ländern in der EU, in denen dieser Anteil am höchsten ist. EU-weit hatten 12 Prozent der Trans*Personen Schwierigkeiten beim Zugang zu Gesundheitsleistungen; 14 Prozent gaben an, aus Sorge vor Diskriminierung auf Behandlungen zu verzichten.

Besonders häufig erfahren Trans*Personen Diskriminierung in der Gesundheitsversorgung durch **Nichtberücksichtigung ihrer Lebenssituation**. So berichten Trans*Personen in einer Studie im Auftrag der Antidiskriminierungsstelle des Bundes, dass das Personal im Gesundheitswesen ihre geschlechtliche Identität nicht anerkenne. Zudem werden gynäkologische sowie urologische Untersuchungen, die aufgrund der Anatomie erforderlich sind, verwehrt (Beigang et al. 2017, Seite 233). Mangelndes Fachwissen zu spezifischen Trans*-Gesundheitsthemen sowie Vorurteile können ferner die Inanspruchnahme und Qualität der Gesundheitsversorgung beeinträchtigen (Batz et al. 2020; Pöge et al. 2020).

Institutionelle Diskriminierung von Trans*Personen

Hintergrundinformation: Das Transsexuellengesetz

Rechtsgrundlage für geschlechtsangleichende Eingriffe ist das **Transsexuellengesetz** (TSG). Vor Einleitung geschlechtsangleichender Behandlungen muss eine durch ausreichend lange psychiatrisch-psychotherapeutische Verlaufsbeobachtung stattfindende Diagnosesicherung erfolgen, die mindestens 18 bis 24 Monate dauert.

Ein an der Humboldt-Universität verfasstes Gutachten stellt fest, dass das TSG in mehrfacher Hinsicht reformbedürftig ist, da das TSG auf einer medizinisch-diagnostischen Vorstellung von Transsexualität als psychischer Erkrankung basiert, die nach den aktuellen Erkenntnissen der Sexualforschung nicht mehr zu vertreten ist (Adamietz und Bager 2017). Dabei ist der Weg der Angleichungsmaßnahmen für viele Trans*Personen ein langwieriger und kräftezehrender, auf dem zahlreiche medizinische Untersuchungen, gegebenenfalls der sogenannte Alltagstest (das ist die circa einjährige Erprobung der angestrebten Geschlechtsrolle), eine verpflichtende psychologische Begleittherapie, die Durchführung der Behandlung an sich sowie Bemühung um die Kostenübernahme durch die Krankenkasse zu bewältigen sind, auch wenn das Gesetz diese Maßnahmen nicht explizit verlangt. Auch stellt das Gutachten fest, dass die Ergebnisse ein Bild der Begutachtungsverfahren zeichnen, das in vielen Fällen von unverhältnismäßigem Zeit- und Kostenaufwand sowie von entwürdigenden und diskriminierenden Erfahrungen geprägt ist und somit die antragstellenden Personen in ihren Grundrechten verletzt.

18 Als Trans*Personen bezeichnen wir hier Personen, die sich nicht dem Geschlecht zugehörig fühlen, welches ihnen bei der Geburt zugewiesen wurde, oder die eine binäre Geschlechtszuordnung für sich ablehnen. Der Stern soll die Vielfalt möglicher Geschlechtsidentitäten zum Ausdruck bringen.

Die **verpflichtende Psychotherapie** vor Einleitung geschlechtsangleichender Behandlungen und die Verweigerung geschlechtsangleichender Behandlungen stellen eine wesentliche Diskriminierung von Trans*Personen dar (Franzen und Sauer 2010). In diesem Zusammenhang wurde in den im Rahmen dieser Expertise durchgeführten Expert*inneninterviews geschildert, dass Diskriminierungserfahrungen von Trans*Personen im Gesundheitswesen häufig auf Zwangskontakte im Rahmen der medizinischen Transition (zumeist der Zwangspsychotherapie) zurückzuführen sind. So werden Trans*Personen in der psychotherapeutischen Versorgung mit Vorurteilen und übergriffigen Fragen zur Sexualität konfrontiert (Fuchs et al. 2012).

Auch die Regelungen des **Personenstandsrechts** sind für das Gesundheitswesen von Relevanz. Dies zeigt sich auf alltäglicher Ebene beispielsweise in der Zimmerbelegung in Krankenhäusern, wenn die Zimmerzuteilung von Trans*Personen auf Basis des bei der Geburt zugeordneten Geschlechts vorgenommen wird.

Die Expert*inneninterviews ergaben außerdem, dass auf Dokumenten der Gesundheitsversorgung häufig nur die Optionen Mann und Frau zur Ermittlung der Referenzwerte angegeben werden können, sodass bei Trans*Personen und anderen Menschen, die sich mit keiner der beiden Optionen identifizieren können, keine abweichende Angabe gemacht werden kann.

Spezifische Diskriminierungsrisiken von Inter*Personen[19]

Noch immer werden intergeschlechtlich geborene Kinder in Deutschland medizinisch nicht notwendigen **geschlechtszuweisenden Operationen** unterzogen (Intersexuelle Menschen e.V. 2020; Klöppel 2016; Remus 2015), was sowohl körperlich als auch seelisch ernsthafte Konsequenzen wie zum Beispiel Unfruchtbarkeit, Inkontinenz und sexuellen Funktionsverlust nach sich ziehen kann (United Nations for LGBT Equality, Office of the High Commissioner for Human Rights 2018). Die Operationen passieren zu einem Zeitpunkt, zu dem die Kinder noch nicht in der Lage sind, eine informierte Entscheidung zu treffen und ihre Meinung kundzutun. Auch gaben in einer Onlinebefragung der FRA von Inter*Personen 46 Prozent an, dass der erste Eingriff zur Veränderung körperlicher Geschlechtsmerkmale ohne Einwilligung erfolgte (European Union Agency for Fundamental Rights [FRA] 2020). Später haben Betroffene es oft schwer, eine Wiedergutmachung zu erlangen, da ihnen häufig Informationen darüber fehlen, was genau mit ihnen gemacht wurde, und es eine Verjährungsfrist gibt (Amnesty International 2017). Trotz der in den letzten Jahren veränderten Leitlinien zur Behandlung von Personen mit Varianten der Geschlechtsmerkmale ist es nicht zu einem Rückgang geschlechtszuweisender Operationen gekommen, die Zahl lag 2016 bei knapp über 2.000 Prozeduren pro Jahr (Hoenes et al. 2019). Im März 2021 verabschiedete der Bundestag jedoch das „Gesetz zum Schutz von Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung“, welches Inter*Personen vor geschlechtszuweisenden Operationen im Kindesalter schützen soll.

Darüber hinaus erfahren auch Inter*Personen Diskriminierung in der Gesundheitsversorgung durch Nichtberücksichtigung ihrer Lebenssituation, etwa indem gynäkologische sowie urologische Untersuchungen, die aufgrund der Anatomie erforderlich sind, verwehrt werden, wenn diese für das zugewiesene Geschlecht nicht vorgesehen sind (Beigang et al. 2017, Seite 233).

Nach Angaben der Expert*innen führen zudem negative Erfahrungen im Gesundheitssystem aufgrund von fehlendem Fachwissen seitens der Ärzt*innen zu einer verzögerten Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen.

19 Inter*Personen werden mit Variationen der Geschlechtsmerkmale geboren. Der Stern soll die Vielfalt möglicher Geschlechtsidentitäten zum Ausdruck bringen.

Laufende Forschungsprojekte

Das aktuelle Projekt *Gewaltwiderfahrnisse bei der Geburtshilfe*[20] der Hochschule Fulda untersucht mithilfe narrativer Interviews Erfahrungen von Frauen, die bei der professionellen Geburtsbegleitung Gewalt erlebt haben. Daraus sollen Erfahrungstypologien entwickelt werden, die Auskunft über positive und negative Faktoren geben können.

Das derzeit laufende Forschungsprojekt *InTraHealth*[21] der Fachhochschule Dortmund in Kooperation mit der Technischen Hochschule Köln und den Kliniken Köln zielt auf die Verbesserung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung für Inter*- und Trans*Personen durch Abbau von Diskriminierung. Dazu wird eine interaktive Online-Fortbildungsplattform entwickelt, mit der Gesundheitspersonal sensibilisiert und eine verbesserte medizinische Versorgungsqualität und -zufriedenheit für Inter*- und Trans*Personen erreicht werden soll.

Das Projekt *TRANS*KIDS*[22] der Westfälischen Universität Münster und der Georg-August-Universität Göttingen beschäftigt sich mit der Entwicklung von Schulungen zur Förderung eines diskriminierungsfreien Umgangs mit minderjährigen Trans*Personen im Gesundheitswesen.

Die Universität Bielefeld führt darüber hinaus derzeit das Projekt *Gesundheitsversorgung marginalisierter Gruppen als Indikator gesellschaftlichen Zusammenhalts* durch.[23] Neben der Erfassung ausgrenzender Mechanismen und den Erfahrungen von LGBTI-Personen beim Zugang zur gesundheitlichen Versorgung werden unter anderem Strategien zur Überwindung der Barrieren entwickelt, um die gleichberechtigte Teilhabe an Gesundheitsdiensten zu ermöglichen.

Fazit

Insgesamt ergibt eine Auswertung der vorhandenen Literatur einen deutlichen Mangel an Studien zu Diskriminierungsrisiken von Frauen im Gesundheitswesen in Deutschland, insbesondere im Vergleich zur umfangreichen internationalen Forschungsliteratur zu diesem Thema. Dies umfasst sowohl Behandlungsunterschiede zwischen Frauen und Männern als auch Fälle der Gleichbehandlung, in denen jedoch unterschiedliche medizinische Bedürfnisse vorliegen. Hier bedarf es dringend Studien, die untersuchen, inwieweit Diskriminierungsformen, die in Studien aus anderen Ländern bekannt sind, auch in Deutschland auftreten. Dies betrifft beispielsweise die Behandlung in der Notaufnahme und ob Schmerzen bei Frauen und Männern unterschiedlich ernst genommen werden.

Darüber hinaus fehlt es bisher an Untersuchungen mit einem intersektionalen Ansatz. So gibt es aus qualitativen Studien Hinweise darauf, dass etwa bei der Geburt besondere Diskriminierungsrisiken für lesbische Frauen bestehen. Ausländische Studien zeigen auf, dass rassistische Diskriminierung auch bei der Geburt auftreten kann. Zur Behandlung und Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Geburt ist generell wenig bekannt.

20 https://www.hs-fulda.de/pflege-und-gesundheit/forschung/forschungsschwerpunkte/gesundheitsschutz-bei-interpersoneller-gewalt/peko-1 (letzter Zugriff am 07.04.2021)
21 https://www.fh-dortmund.de/intrahealth (letzter Zugriff am 05.07.2021)
22 https://transkids-studie.de/das-projekt/ (letzter Zugriff am 07.04.2021)
23 https://www.fgz-risc.de/forschung/alle-forschungsprojekte/details/BIE_F_10 (letzter Zugriff am 05.03.2021)

Institutionelle Diskriminierung durch Gesetze, etwa im Zusammenhang mit der reproduktiven Autonomie von Frauen oder dem Prozess der Geschlechtsangleichung, ist in der deutschen Literatur belegt. Diskriminierende Effekte organisationsinterner Regeln wurden bisher weit weniger untersucht, wie etwa bei der Zimmerbelegung von Trans*Patient*innen oder der Kostenerstattung von gynäkologischen oder urologischen Behandlungen, die aufgrund der Anatomie erforderlich sind, aber für das zugewiesene Geschlecht nicht vorgesehen sind. Hier bedarf es einer systematischen Überprüfung bestehender Regeln und Handlungsabläufe auf mögliche benachteiligende Auswirkungen für Trans*- und Inter*Personen.

3.1.3 Religion

Für Deutschland liegen bislang nur wenige aussagekräftige Studien vor, die sich explizit mit der Ungleichbehandlung aufgrund der Religion in der gesundheitlichen Versorgung auseinandersetzen. Eine Betroffenenbefragung im Auftrag der Antidiskriminierungsstelle des Bundes belegt, dass bei Diskriminierungserfahrungen aufgrund der Religion der Anteil an sozialen Herabwürdigungen im Gesundheitswesen, im Vergleich zu den anderen im AGG genannten Merkmalen, mit 86 Prozent besonders hoch liegt (Beigang et al. 2017, Seite 231). Neben der Betroffenenperspektive gibt eine Studie, in der spontane Assoziationen von Hausärzt*innen in Deutschland mit muslimischen Patient*innen anhand eines „Brainwriting“[24] erfasst wurden (n=90), Hinweise auf stereotype Zuschreibungen seitens des medizinischen Fachpersonals. So konstatieren die Autor*innen der Studie, dass „aufgrund mangelnden Wissens über kulturelle und religiöse Kontexte“ die muslimischen Patient*innen „wenig reflektiert und vielfach stereotypisierend dargestellt“ werden (Kronenthaler et al. 2014, Seite 435). Beim Themenkomplex Kopftuch zeigten sich zudem diskriminierende Assoziationen wie „Schleiereulen“ (Kronenthaler et al. 2014, Seite 436). Allerdings bleibt offen, ob und inwiefern die stereotypen Zuschreibungen gegenüber muslimischen Patient*innen im Verhalten der deutschen Hausärzt*innen wirksam werden.

Internationale Studien legen den Schluss nahe, dass Diskriminierung aufgrund der Religion in der Gesundheitsversorgung kein seltenes Phänomen darstellt (Samari et al. 2018). Eine Querschnittstudie in den USA, bei der landesweit 227 Erwachsene mit islamischer Religionszugehörigkeit teilnahmen, untersuchte das Ausmaß und die Erscheinungsformen von Diskriminierung gegenüber Muslim*innen im Gesundheitswesen. 27,6 Prozent der Befragten gaben an, schon einmal aufgrund ihrer Religion im Gesundheitswesen diskriminiert worden zu sein. Neben der Erfahrung, ausgeschlossen oder ignoriert zu werden, berichteten die Befragten am häufigsten von Problemen im Zusammenhang mit dem Tragen religiöser Kleidung und beleidigenden oder unsensiblen Äußerungen (Martin 2015, Seite 55). Zudem zeigte sich für Frauen in einer regionalen Befragung in Chicago, dass subjektiv wahrgenommene Diskriminierungserfahrungen aufgrund der Religion einen negativen Einfluss auf die Mammografie-Screeningteilnahme ausüben (Padela et al. 2015) und zu einer verzögerten Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen führen (Vu et al. 2016).

Vergleichbare Studien, die sich explizit mit Diskriminierung aufgrund der Religion im Gesundheitswesen aus der Betroffenenperspektive auseinandersetzen, liegen für Deutschland bislang nicht vor.

Allerdings ist aus Studien zu wahrgenommenen Diskriminierungserfahrungen im Allgemeinen – wie dem Integrationsbarometer des Sachverständigenrats deutscher Stiftungen für Integration und Migration – bekannt, „dass nicht die Zugehörigkeit zu einer Herkunftsgruppe den stärksten Effekt auf das Diskriminierungserleben hat, sondern die Religion“ (Forschungsbereich beim Sachverständigenrat deutscher Stiftun-

24 Die Hausärzt*innen wurden gebeten, auf einem Blatt Papier ihre Gedanken und Erfahrungen zu muslimischen Patient*innen zu notieren.

gen für Integration und Migration 2018, Seite 13). So berichten insbesondere Zugewanderte mit muslimischem Glauben von erfahrener Diskriminierung.

Es bedarf der systematischen Erforschung, inwiefern Benachteiligungen aufgrund der Religion auch im Gesundheitswesen auftreten und ob sich die Diskriminierungserfahrungen nach den einzelnen Religionen unterscheiden.

In einer qualitativen Studie zur Gleichbehandlung in der Pflege wurde deutlich, dass Berührungsängste und Herabwürdigungen gegenüber muslimischen Empfänger*innen gesundheitlicher Leistungen häufig auftreten. Aus den Interviews mit Führungskräften stationärer Pflegeeinrichtungen der Diakonie und Caritas geht ein Othering von als muslimisch wahrgenommenen Patient*innen hervor, welches sich in emotional-kognitiven Barrieren auf Seiten des Pflegepersonals manifestiert und die professionelle Fürsorge beeinflusst. Zudem wurde deutlich, „wie gesellschaftlich einflussreiche rassistische Abwertung, Unwissen oder Geringschätzung gegenüber islamischer Religionszugehörigkeit in den Alltagsroutinen eines Pflegeheims Ausdruck finden“ (Lewicki 2020, Seite 222). Es ist davon auszugehen, dass „abwertende Einstellungen gegenüber Muslim*innen“ (Forschungsbereich beim Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration 2018, Seite 13) nicht nur in Pflegeeinrichtungen, sondern auch im Gesundheitswesen auftreten.

Inwiefern Vorurteile und stereotype Zuschreibungen beim medizinischen und pflegenden Personal im Gesundheitswesen manifestiert sind und zu diskriminierenden Handlungen in der gesundheitlichen Versorgung aufgrund der Religionszugehörigkeit der Patient*innen führen, bedarf jedoch der grundlegenden Erforschung.

Unzureichende Berücksichtigung religiöser Grundpflichten

Die unzureichende Berücksichtigung religiöser Grundpflichten (zum Beispiel spezifische Speisevorschriften) im Gesundheitswesen kann eine Form der institutionellen Diskriminierung darstellen. So sind die Angebote des Gesundheitssystems häufig nicht auf die religiöse Vielfalt der Bevölkerung ausgerichtet, wodurch strukturelle Ausgrenzungs- und Benachteiligungsprozesse begünstigt werden (Ilkilic 2007). Qualitative Studien im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme rehabilitativer Leistungen deuten darauf hin, dass die unzureichende Berücksichtigung religiöser Besonderheiten nicht nur den Zugang zu, sondern auch die Wirksamkeit von Rehabilitationsmaßnahmen erschwert. Insbesondere fehlende gleichgeschlechtliche (Bewegungs-)Therapien überschreiten religiös bedingte Schamgrenzen und erschweren religiösen Frauen die Teilnahme an den Angeboten, wodurch die Qualität der rehabilitativen Versorgung beeinträchtigt wird. Zudem wird berichtet, dass weder Räumlichkeiten für Gebetsrituale zur Verfügung stehen, noch religiöse Speisevorschriften berücksichtigt werden (Brause et al. 2010; Brzoska et al. 2010a). In einer Befragung von orthopädischen Rehabilitationseinrichtungen in Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein (n=55) geben zwar fast drei Viertel (74,6 Prozent) der befragten Einrichtungen an, dass die Möglichkeit zur Behandlung durch gleichgeschlechtliches Personal besteht, jedoch bietet nur etwa ein Drittel (34,6 Prozent) der Einrichtungen Gruppentherapien für Frauen und Männer getrennt an. Ferner berichten lediglich 45,5 Prozent der teilnehmenden Einrichtungen, in ihrer Menüauswahl die religiösen Bedürfnisse zu berücksichtigen. Der Aussage „Es ist wichtig, dass unsere Mitarbeiter*innen an Fortbildungen/Kursen zum Umgang mit kultureller/religiöser Vielfalt teilnehmen“, stimmten lediglich ein Drittel (36,8 Prozent) der befragten Einrichtungen zu (Brzoska et al. 2017b, Seite 846).

Eine repräsentative Befragung von Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland belegt zudem die mangelnde Berücksichtigung religiöser und kultureller Ernährungsgewohnheiten in der stationären Versorgung. Fast ein Viertel (24 Prozent) der teilnehmenden Einrichtungen (n=234) berücksichtigt bislang noch nicht die kulturellen oder religiösen Aspekte bei der Verpflegung (Blum et al. 2017, Seite 60).

Fazit

Insgesamt besteht in Deutschland grundlegender Forschungsbedarf zum Ausmaß und zu den Formen von Diskriminierung aufgrund der Religion im Gesundheitswesen. So liegen bislang keine Erkenntnisse darüber vor, inwiefern sich religionsbezogene Diskriminierungserfahrungen auf den Zugang zu Leistungen des Gesundheitssystems und auf die Qualität der gesundheitlichen Versorgung auswirken. Während einzelne Studien Hinweise auf institutionelle Diskriminierungsrisiken geben, mangelt es an Studien, die die Diskriminierungserfahrungen aus der Perspektive der Betroffenen – unter Berücksichtigung der verschiedenen Religionen – in den einzelnen Versorgungsbereichen des Gesundheitssystems schildern. Darüber hinaus ist für Deutschland bislang nicht untersucht worden, inwiefern abwertende Einstellungen gegenüber religiösen Patient*innen beim medizinischen und pflegenden Gesundheitspersonal manifestiert sind und zu diskriminierendem Verhalten in der gesundheitlichen Versorgung führen. In diesem Zusammenhang gilt es, die möglichen negativen Auswirkungen auf die Behandlungsqualität der Betroffenen ebenfalls zu untersuchen. Dabei sollte zudem die Frage verfolgt werden, ob sich Vorurteile und stereotype Zuschreibungen gegenüber den Patient*innen nach den verschiedenen Religionen unterscheiden.

3.1.4 Behinderung

Hintergrundinformation: Die Behindertenrechtskonvention

Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung stellt fest, dass teilzuhaben und selbstbestimmt zu leben bedeutet, alle Bereiche des eigenen Lebens kontrollieren und gestalten zu können, ohne von anderen Menschen abhängig zu sein. Gemäß der Artikel 25 und 26 der UN-Behindertenrechtskonvention darf niemand aufgrund einer Behinderung einen schlechteren Zugang zum Gesundheitssystem haben, und es sind alle Maßnahmen zu treffen, um das Höchstmaß an Unabhängigkeit und Teilhabe zu gewährleisten. Die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) von 2006 und sein Fakultativprotokoll haben seit dem 26. März 2009 Rechtsverbindlichkeit in Deutschland. Sie ist ein völkerrechtlicher Vertrag im Range eines Bundesgesetzes und konkretisiert Menschenrechte, die den deutschen Grundrechten entsprechen. Wie vom Bundesverfassungsgericht und dem Europäischen Gerichtshof (EuGH) bestätigt wurde, muss nicht nur einfaches, sondern auch Verfassungsrecht konventionskonform ausgelegt werden. Die gleichberechtigte Teilhabe behinderter Menschen an medizinischen Dienstleistungen ist auch aufgrund der durch die Verfassung garantierten Persönlichkeitsrechte und wegen des Benachteiligungsverbots aufgrund einer Behinderung aus Artikel 3 Absatz 2 GG geboten.

Eine im Auftrag der Antidiskriminierungsstelle des Bundes durchgeführte Betroffenenbefragung belegt, dass Diskriminierungserfahrungen aufgrund von Behinderungen, Beeinträchtigungen oder chronischen Erkrankungen im Gesundheitswesen deutlich überrepräsentiert sind (Beigang et al. 2017, Seite 229). Die gleichberechtigte Teilhabe an der gesundheitlichen Versorgung wird Menschen mit Behinderungen durch erhebliche Barrieren beim Zugang zur und der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems erschwert (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2016; Schülle 2016).

Diskriminierungsrisiken durch mangelnde Barrierefreiheit im Zugang zum Gesundheitssystem

Baulich barrierefreie Ärzt*innenpraxen stellen eine wesentliche Voraussetzung für den gleichberechtigten Zugang zur Gesundheitsversorgung von Menschen mit körperlichen Behinderungen und Beeinträchtigungen dar. Allerdings verweisen sowohl eingegangene Beratungsfälle in Antidiskriminierungsstellen (Antidiskriminierungsstelle des Bundes 2017a) als auch vorliegende Studien auf „Defizite in der flächendeckenden Ermöglichung barrierefreien Zugangs zu Leistungsanbieter*innen der medizinischen Versorgung“ (Weber 2015, Seite 277).

Hintergrundinformation: Rechtsgrundlage zur Barrierefreiheit

Im Rahmen des Behindertengleichstellungsgesetzes (BGG) wird Barrierefreiheit definiert als „bauliche und sonstige Anlagen, Verkehrsmittel, technische Gebrauchsgegenstände, Systeme der Informationsverarbeitung, akustische und visuelle Informationsquellen und Kommunikationseinrichtungen sowie andere gestaltete Lebensbereiche, wenn sie für Menschen mit Behinderungen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe auffindbar, zugänglich und nutzbar sind“ (§ 4 BGG). Die Bundesregierung hat Maßnahmen ergriffen, um die Barrierefreiheit im Sinne des BGG im Gesundheitswesen voranzubringen (BT-Drs. 19/21310). Hierzu gehören die Pflegereformen der vergangenen Jahre, die Schaffung von Rechtsgrundlagen für die Behandlung in medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit psychischer Beeinträchtigung oder schweren Mehrfachbehinderungen (§§ 43b, 119c SGB V), das Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) und die im Rahmen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) erfolgten Verbesserungen der Heil- und Hilfsmittelversorgung.

Einen besonderen Fokus legen die Gesetzgebungsorgane hierbei auf die Schaffung von **barrierefreien Praxen**. Dies findet rechtliche Umsetzung im Rahmen des baurechtlichen Genehmigungsverfahrens. Die Kassenärztlichen Vereinigungen wurden mit dem TSVG verpflichtet, bundesweit einheitlich im Internet über den barrierefreien Zugang zur Versorgung zu informieren, § 75 Absatz 1a Satz 2 SGB V. Daraufhin hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung gemeinsam mit den Kassenärztlichen Vereinigungen 2019 Hinweise und weiter gehende Informationen zur bundeseinheitlichen Veröffentlichung von Informationen zur Barrierefreiheit von Ärzt*innenpraxen erarbeitet. § 2 der Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sieht vor, dass in den von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen aufzustellenden Bedarfsplänen von der Richtlinie abgewichen kann. Zu diesen möglichen Abweichungen zählt auch die Barrierefreiheit. Förderung des barrierefreien Zugangs wurde als Kriterium für einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf in § 35 Absatz 5 Satz 5 Nummer 6 BPL-RL aufgenommen. Derzeit werden diese Änderungen in den Bedarfsplänen ausgewiesen.

Meldepflichten an die Kassenärztliche Bundesvereinigung zur Barrierefreiheit existieren nicht; die gesetzliche Aufgabe und Verpflichtung, über die Barrierefreiheit von Ärzt*innenpraxen zu informieren, gilt nur für die Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Frage der Barrierefreiheit für Ärzt*innenpraxen bei Neubau oder Nutzungsänderung wird im Rahmen des baurechtlichen Genehmigungsverfahrens überprüft, nicht jedoch im Rahmen des ärztlichen Zulassungsverfahrens.

Eine bundesweite Abfrage niedergelassener (zahn)ärztlicher und psychotherapeutischer Praxen im Rahmen des Projekts „Barrierefreie Praxis“ der Stiftung Gesundheit belegt, dass lediglich knapp ein Drittel (36,4 Prozent) der verzeichneten Ärzt*innenpraxen mindestens eins von insgesamt zwölf Kriterien der Barrierefreiheit erfüllen (unter anderem barrierefreier Zugang, rollstuhlgerechte Praxis, Orientierungshilfe für Sehbehinderte); 140.000 von 220.000 Ärzt*innenpraxen bieten keine entsprechenden Vorkehrungen der Barrierefreiheit an beziehungsweise liefern dazu keine Angaben (Stiftung Gesundheit 2020). Eine differenzierte Betrachtung zeigt zudem, dass insbesondere behindertengerechte Parkplätze, höhenverstellbare Untersuchungsmöbel, barrierefreie Toiletten und Orientierungshilfen für Sehbehinderte nur in Ausnahmefällen in den Ärzt*innenpraxen gegeben sind (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2016).

Nach dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) sind die Kassenärztlichen Vereinigungen dazu verpflichtet, über die Zugangsmöglichkeiten zur ambulanten Versorgung von Menschen mit Behinderung zu informieren. In einer Antwort der Bundesregierung auf eine kleine Anfrage von Bündnis 90 / Die Grünen zur Umsetzung der Barrierefreiheit in der Gesundheitsversorgung stellt die Kassenärztliche Bundesvereinigung Daten zu lediglich 7 von 17 Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung. Jeweils knapp ein Viertel der hausärztlichen (26,4 Prozent) und fachärztlichen (26,1 Prozent) Praxen verfügen über einen uneingeschränkten barrierefreien Zugang, wobei sich bei einer differenzierten Betrachtung deutliche bundeslandspezifische Unterschiede zeigen. Während 46,2 Prozent der hausärztlichen und 53,6 Prozent der fachärztlichen Praxen in Brandenburg einen uneingeschränkten barrierefreien Zugang ermöglichen, liegt der Anteil beispielsweise in Rheinland-Pfalz bei lediglich 15,9 Prozent beziehungsweise 16,3 Prozent (Deutscher Bundestag 2020, Seite 4). Allerdings bezieht sich der „uneingeschränkt barrierefreie Zugang“ ausschließlich auf die räumliche Zugänglichkeit und Nutzbarkeit der niedergelassenen Ärzt*innenpraxen; es werden keine Informationen zur Berücksichtigung der spezifischen Bedarfe von Menschen mit Sehbehinderungen bereitgestellt. Dass Barrierefreiheit über die baulichen Aspekte hinausgeht und entsprechende Strukturen für jegliche Beeinträchtigungsformen vorhanden sein müssen, wurde auch in den Expert*inneninterviews hervorgehoben. Allerdings fallen „gerade leichte Sprache und Blindenleitsysteme (…) gerne hinten runter“ (Zitat Expert*inneninterview).

Daneben bestehen in der wohnortnahen Versorgung barrierefreier hausärztlicher Praxen deutliche **Stadt-Land-Unterschiede**, insbesondere zum Nachteil der Menschen mit Behinderungen in ländlichen Regionen in Ostdeutschland (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2016). So schränkt die mangelnde physische Barrierefreiheit im ambulanten Versorgungsbereich nicht nur die freie Ärzt*innenwahl (Hasseler 2015a), sondern auch die Wohnortwahl ein (Weber 2015) und stellt eine strukturelle Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen dar. Im Zuge der Evaluation des Behindertengleichstellungsgesetzes zeigte sich, dass 46,7 Prozent der Beschwerden im Gesundheitswesen im Zusammenhang mit der mangelnden Barrierefreiheit auf die fehlende Wahlfreiheit der ärztlichen Versorgung und 44,5 Prozent der Fälle auf bauliche Gegebenheiten zurückzuführen sind (Welti et al. 2014, Seite 239).

Auswertungen der *Studie Gesundheit in Deutschland Aktuell* (GEDA) 2014/2015 belegen zudem, dass sich bei Menschen mit Behinderungen Untersuchungen beziehungsweise Behandlungen aufgrund einer „zu weiten Entfernung oder Probleme, dorthin zu gelangen“ signifikant häufiger verzögern als bei Menschen ohne Behinderungen (Wetzel und Rathmann 2020). Ein weiteres zentrales Studienergebnis stellt der Zusammenhang zwischen dem Behinderungsstatus und dem Warten auf einen Untersuchungstermin dar: So verzögern sich bei Menschen mit Behinderung eher Untersuchungen aufgrund **langer Wartezeiten** auf einen Termin als bei Menschen ohne Behinderung (Wetzel und Rathmann 2020). Verschiedene regionale qualitative Studien weisen ebenfalls auf lange Wartezeiten von Menschen mit geistigen (und mehrfachen) Behinderungen für Termine bei niedergelassenen (Fach-)Ärzt*innen hin (Steffen und Blum 2012; Hasseler 2015a). „Während für Menschen mit körperlichen Behinderungen die physischen Barrieren im Vordergrund stehen und erst danach immaterielle Barrieren, wie die Folgen von Stigmatisierung, deutlich werden, stehen bei Menschen mit geistigen und psychischen Behinderungen die immateriellen, die sozialen

Barrieren im Vordergrund“ (Weber 2015, Seite 275). In einer explorativen qualitativen Studie zur gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung in zwei Hamburger Bezirken (n=33) zeigte sich unter anderem ein Mangel an qualifizierten niedergelassenen Haus- und Fachärzt*innenpraxen als wesentliche Zugangsbarriere für eine adäquate Versorgung. Sowohl eine geringe Bereitschaft zur Aufnahme als auch ein inadäquater Umgang mit Patient*innen mit geistiger Behinderung sind ursächlich für eine oft lange Suche nach neuen Ärzt*innen (Steffen und Blum 2012).

Dass Menschen mit Behinderungen oftmals in der hausärztlichen Versorgung abgewiesen werden, wurde auch in den Expert*inneninterviews geschildert. **Allerdings fehlen bislang empirisch gesicherte Daten, die das Ausmaß der Leistungsverweigerung aufgrund des Vorliegens einer Behinderung unter niedergelassenen (Fach-)Ärzt*innen benennen und die Gründe hierfür systematisch analysieren.**

Insgesamt kann konstatiert werden, dass vorliegende – quantitative sowie qualitative – Studien mögliche Barrieren im Zugang zur gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderungen aufzeigen, die einer gleichberechtigten Teilhabe im Gesundheitssystem entgegenstehen. **Die tatsächlichen Auswirkungen der mangelnden Barrierefreiheit auf die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems von Menschen mit Behinderungen werden jedoch nur selten untersucht.**

Spezifische Barrieren beim Behandlungszugang von Menschen mit psychischen Erkrankungen

Menschen mit psychischen Erkrankungen sind im Gesundheitswesen spezifischen Zugangsbarrieren ausgesetzt. In einer qualitativen Studie wurden 30 Patient*innen mit den Diagnosen Angsterkrankung oder Depression zu den wahrgenommenen Barrieren auf ihren Behandlungswegen befragt. Neben einer verspäteten Diagnosestellung (und der damit einhergehenden verzögerten Therapieeinleitung) wurde unter anderem auf die mangelnde Kommunikation an den Versorgungsschnittstellen und den langen, belastenden Wartezeiten für die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Angebote hingewiesen (Kivelitz et al. 2015). Hausärzt*innen stellen häufig die erste Anlaufstelle von Menschen mit psychischen Erkrankungen dar und nehmen folglich eine Schlüsselrolle für die Erkennung der Diagnose ein. Allerdings verweisen vorliegende Studien auf Defizite in der Diagnosestellung im primären Versorgungssystem, die zu Unter- beziehungsweise Fehlversorgung und einer Verschlechterung des Krankheitsverlaufes führen können (Watzke et al. 2015; Gaebel et al. 2005; Kivelitz et al. 2015). In diesem Zusammenhang berichten Betroffene, dass sie von den Ärzt*innen bei der Schilderung ihrer Beschwerden nicht ernst genommen werden (Gaebel et al. 2005). Zudem stellen das unzureichende psychotherapeutische Angebot, das sich in langen Wartezeiten zum Therapiebeginn äußert, und die fehlenden flächendeckenden psychosozialen Nachsorgeangebote eine wesentliche Versorgungslücke für die Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen dar (Watzke et al. 2015).

Diskriminierungserfahrungen bei der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems

„Die Frage der Barriere beziehungsweise Barrierefreiheit beginnt vielmehr bei einer offenen und wertschätzenden Einstellung gegenüber Menschen mit Behinderungen“ (Seidel 2013, Seite A1548). Allerdings belegen vereinzelte Studien, dass Menschen mit Behinderungen, Beeinträchtigungen oder chronischen Erkrankungen Diskriminierungsrisiken in der Gesundheitsversorgung ausgesetzt sind. So berichten Menschen mit körperlichen oder psychischen Beeinträchtigungen in einer Studie im Auftrag der Antidiskriminierungsstelle des Bundes, dass ihre Symptomatik vom medizinischen und pflegenden Personal **nicht ernst genommen** wird. Bei Personen mit psychischen Beeinträchtigungen werden körperliche Beschwerden auf die psychischen Beeinträchtigungen reduziert; bei Menschen mit körperlicher Behinderung wird zugleich von einer kognitiven Beeinträchtigung ausgegangen (Beigang et al. 2017, Seite 234 f.). In einer quantitativen Querschnittstudie zur medizinischen Versorgung von gehörlosen Menschen (n=841) gaben

41,0 Prozent der Befragten an, „mit ihren Beschwerden von einer Ärztin / einem Arzt nicht ernst genommen worden zu sein“; 20,2 Prozent fanden, dass Ärzt*innen sich nicht genug Zeit nahmen (Höcker 2010, Seite 52). Daneben wird bei gehörlosen älteren Menschen von Benachteiligungen in der ambulanten Gesundheitsversorgung im Hinblick auf die Gründlichkeit der Behandlung (Kaul et al. 2009) und bei Menschen mit geistiger Behinderung von einem „schroffen Umgang“ bei der Inanspruchnahme von niedergelassenen Ärzt*innen berichtet (Steffen und Blum 2012).

Hinweise auf eine **ungleiche Behandlung** gibt zudem eine in Baden-Württemberg durchgeführte Befragung von niedergelassenen Zahnärzt*innen (n=888) und **HIV-positiven Patient*innen** (n=577). 13,0 Prozent der HIV-infizierten Befragten gaben an, sich schlechter als andere Patient*innen behandelt zu fühlen, nachdem ihre HIV-Infektion bekanntgegeben wurde; 22,5 Prozent berichteten von negativen Erfahrungen bei der Zahnärztin / beim Zahnarzt aufgrund ihrer HIV-Infektion (Akarsu et al. 2016, Seite 11). Von den niedergelassenen Zahnärzt*innen stimmten fast ein Viertel (22,1 Prozent) der Aussage zu, dass HIV-positive Patient*innen eine große Belastung für ihre Praxis seien (Akarsu et al. 2016, Seite 8). Darüber hinaus äußert sich die ungleiche Behandlung von HIV-positiven Menschen in der Terminvergabe. Fast die Hälfte (46,6 Prozent) der befragten niedergelassenen Zahnärzt*innen behandeln HIV-positive Patient*innen gesondert an bestimmten Tagen oder Zeiten (Akarsu et al. 2016, Seite 8). Unter den HIV-positiv Befragten berichteten 11,4 Prozent, ihren Termin am Ende des Tages nach allen anderen Patient*innen zu erhalten (Akarsu et al. 2016, Seite 11).

Diese Ungleichbehandlung von HIV-positiven Menschen bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen wird auch in den Expert*inneninterviews geschildert: „(...) aber das sind so wirklich diese klassisch diskriminierenden Fälle (...) HIV-positiver Mensch geht zur Zahnärztin / zum Zahnarzt und bekommt dort dann nur den letzten Termin am Freitagnachmittag zugewiesen (....) auf den letzten Behandlungstermin an den Tag verweisen, damit halt in Anführungsstrichen ja niemand hinterher angesteckt wird oder die Praxis desinfiziert werden kann“ (Zitat Expert*inneninterview).

Inwiefern Menschen mit Behinderungen oder Beeinträchtigungen in der Ärzt*innen-Patient*innen-Interaktion spezifischen Diskriminierungsrisiken ausgesetzt sind und ob diese in einer ungleichen medizinischen oder therapeutischen Behandlung resultieren, bedarf jedoch der systematischen Erforschung.

Insgesamt mangelt es an „Daten zur wahrgenommenen Zufriedenheit bei der Inanspruchnahme, Bedarfsdeckung sowie zur Häufigkeit von Diskriminierungserfahrungen bei der Inanspruchnahme von gesundheitlichen Dienstleistungen“ von Menschen mit Behinderungen (Schülle 2016, Seite 3). Im Rahmen des Projekts *Einschätzung gesundheitlicher und pflegerischer Bedarfe von Menschen mit geistigen und/oder mehrfachen Beeinträchtigungen in stationären und ambulanten Wohneinrichtungen in der Region Braunschweig – Entwicklung und Testung eines Einschätzungsinstruments* wurde ein zielgruppenspezifisches Instrument entwickelt, um die subjektiven Erfahrungen hinsichtlich der Gesundheitsversorgung von Menschen mit geistigen Behinderungen zukünftig erfassen zu können (Stölting und Hasseler 2020).

Diskriminierungserfahrungen in Form der Vorenthaltung von Behandlungen

Nach der im Auftrag der Antidiskriminierungsstelle des Bundes durchgeführten Betroffenenbefragung werden in 41,3 Prozent der Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitswesen aufgrund von Behinderungen, Beeinträchtigungen oder chronischen Erkrankungen den Betroffenen Rechte vorenthalten (Beigang et al. 2017, Seite 246). Eine bundesweite Studie zu Diskriminierungs- und Stigmatisierungserfahrungen von Menschen mit HIV in Deutschland belegt zudem, dass 19 Prozent der Befragten in den letzten zwölf Monaten Gesundheitsleistungen wie Zahnbehandlungen aufgrund ihrer HIV-Infektion verwehrt wurden. Darüber hinaus verzichteten rund 18 Prozent der Befragten, denen eine **Behandlung verweigert** wurde, auf einen eigentlich notwendigen Arztbesuch (Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 2012, Seite 57 f.).

Ein ähnliches Ergebnis zeigt sich in der Befragung von HIV-positiven Patient*innen in Baden-Württemberg, bei der 18,4 Prozent der Befragten angaben, schon einmal von einer Zahnärztin / einem Zahnarzt abgewiesen worden zu sein (Akarsu et al. 2016, Seite 11).

Qualitative Studien deuten zudem darauf hin, dass notwendige diagnostische Untersuchungen zur Erkennung von Erkrankungen und therapeutische Maßnahmen bei Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung sowohl in Akutkrankenhäusern (Roser et al. 2011; Hasseler 2015b) als auch im niedergelassenen Bereich häufig nicht durchgeführt oder verordnet werden (Hasseler 2015a). Der **Mangel an verordneten Leistungen** wird von den niedergelassenen Ärzt*innen mit Hinweisen auf die finanziellen Kapazitäten oder „nicht rehabilitationsfähig" begründet (Hasseler 2015a). Eine in Nordrhein-Westfalen durchgeführte Studie zur Versorgungsqualität unter Brustkrebspatientinnen (n=4.626) belegt, dass sowohl Unterschiede in der Diagnostik als auch in der Behandlungsart nach dem (Nicht-)Vorliegen einer Behinderung bestehen. So wird Brustkrebs bei Frauen mit körperlichen und Sinnesbeeinträchtigungen seltener durch ein Mammografie-Screening diagnostiziert als bei Frauen ohne Behinderung. Zudem erhalten Patientinnen mit körperlichen Beeinträchtigungen seltener eine brusterhaltende Behandlung und eher eine Mastektomie ohne Rekonstruktion als Patientinnen ohne Behinderung (Groß et al. 2020).

Diskriminierungsrisiken durch mangelndes Fachwissen und kommunikative Kompetenzen

Ein weiteres Diskriminierungsrisiko von Menschen mit Behinderungen oder Beeinträchtigungen bei der Inanspruchnahme der ambulanten sowie stationären Gesundheitsversorgung resultiert aus dem mangelnden Fachwissen und den unzureichenden Erfahrungen des Gesundheitspersonals im Umgang mit Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen (Hasseler 2014; Schülle 2016). Die fehlenden Fachkenntnisse behandelnder Ärzt*innen über die spezifischen Besonderheiten von Menschen mit Behinderungen (zum Beispiel im Hinblick auf die atypische Symptomatik) können dabei die Diagnose und folglich auch die Behandlung beeinflussen (Steffen und Blum 2012; Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V. 2020).

Inwiefern mangelndes Fachwissen von Ärzt*innen über behinderungsspezifische Besonderheiten (insbesondere im ambulanten Bereich) tatsächlich zu Fehldiagnosen führt und damit zusammenhängend in einer Fehl-, Über- oder Unterversorgung bei Menschen mit Behinderungen resultiert, bedarf jedoch weiterer Forschung.

Ferner sei das pflegende Personal unzureichend im Umgang mit Menschen mit geistigen (und mehrfachen) Behinderungen geschult (Roser et al. 2011). Eine wesentliche Ursache für die unzureichende Behandlung und Pflege von Menschen mit Behinderungen liegt in der **mangelhaften Berücksichtigung der Spezifika in der Ausbildung** des Gesundheitspersonals (Schmidt 2010).

Auf das mangelnde Fachwissen seitens der Leistungserbringenden und die unzureichende Berücksichtigung von Menschen mit Behinderungen in der medizinischen sowie pflegenden Ausbildung wird in den Expert*inneninterviews ebenfalls explizit verwiesen. So wird unter anderem konstatiert: „Da geht es vor allem um das Fachwissen der Professionellen im Gesundheitswesen (...). Gerade bei Menschen mit geistigen oder Mehrfachbeeinträchtigungen gibt es große Barrieren, auch die sogenannten Barrieren in den Köpfen (...) große Berührungsängste vom ärztlichen Personal, aber auch pflegerischen Personal für diese Personengruppe" (Zitat Expert*inneninterview).

Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen benötigen demnach eine gesundheitliche Versorgung, die die spezifischen Besonderheiten berücksichtigt. Infolge der mangelnden Verbreitung „an Leistungserbringenden mit Erfahrung im Umgang mit Menschen mit Behinderung oder medizinischem Know-how" (Kostka et al. 2019, Seite 1) ist jedoch die adäquate Versorgung für Menschen mit Behinderung nicht flächendeckend sichergestellt. Nach Angaben der interviewten Expert*innen entsteht die **Versor-**

gungslücke insbesondere mit der Vollendung des 18. Lebensjahres: „Bisher war die Lücke in der Versorgung tatsächlich, dass mit dem vollendeten 18. Lebensjahr die Menschen dann in die allgemeine Versorgungslandschaft entlassen wurden (...) die war aber nicht vorbereitet beziehungsweise hat sie diesen Bedarf nicht gedeckt“ (Zitat Expert*inneninterview). Mit der Möglichkeit, medizinische Zentren für Erwachsene mit geistiger und Mehrfachbehinderung (MZEB) zu implementieren, sollen diese Versorgungsdefizite behoben werden (Schülle und Hornberg 2016), in dem sie da ansetzen, „wo das Regelsystem bezüglich einer adäquaten Gesundheitsversorgung für Erwachsene mit geistiger und mehrfacher Behinderung an seine Grenzen stößt“ (Kostka et al. 2019, Seite 2). Derzeit bieten bundesweit 50 Zentren eine spezialisierte Versorgung für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung an (Medizinische Zentren für Erwachsene mit Behinderung 2021). Nach Angaben der interviewten Expert*innen stellt allerdings die Suche nach qualifiziertem Personal eine große Herausforderung bei der Etablierung neuer Zentren dar.

Weiterhin zeigte sich in einer explorativen qualitativen Studie (n=33) in zwei Hamburger Bezirken, dass es „insbesondere in den Bereichen Psychiatrie, Neurologie, Orthopädie und Gynäkologie“ an qualifizierten Ärzt*innen zur Versorgung von Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen fehlt (Steffen und Blum 2012, A861). Der Mangel an qualifizierten Psychotherapeut*innen und Psycholog*innen führt dazu, „dass bei der Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung bevorzugt medikamentöse Therapien und kaum Psycho- oder Verhaltenstherapien eingesetzt würden – auch wenn diese angezeigt und indiziert seien“ (ebenda). Weitere Hinweise für eine Unterversorgung von Menschen mit Behinderungen bestehen im Bereich der „adäquaten wohnortnahen zahnmedizinischen Versorgung“ (Nitschke und Kaschke 2011, Seite 1078) und in der gynäkologischen Versorgung (Pösl et al. 2018).

Die interviewten Expert*innen berichten ebenfalls von Versorgungsdefiziten in den Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung, die häufig nicht für Menschen mit Behinderungen „mitgedacht“ sind. Ferner wird ein Mangel an psychotherapeutischen Angeboten konstatiert: „Wenn wir seelische Beeinträchtigungen als solche nehmen, ja. Aber, wenn es Dopplungen gibt, beispielsweise geistige Beeinträchtigung und psychische Beeinträchtigung. Dann wissen wir, dass fällt oft übereinander und wird ganz selten erkannt in der Diagnostik. Und es gibt dafür eigentlich auch gar kein Angebot, schon gar nicht in der Fläche“ (Zitat Expert*inneninterview).

Die fehlende Erfahrung des medizinischen und pflegenden Personals im Umgang mit Menschen mit Behinderungen kann sich auf die **Kommunikation** und in diesem Zusammenhang auch auf die Betreuungsqualität auswirken (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2016). So wird vielfach davon berichtet, dass Ärzt*innen die Diagnose und Behandlung nicht den Menschen mit Behinderungen erklären, sondern über deren Kopf hinweg ausschließlich mit den Begleitpersonen besprechen (Budroni et al. 2006; Roser et al. 2011; Steffen und Blum 2012; Kaul et al. 2009). Ein strukturelles Defizit bei der Versorgung von gehörlosen Menschen besteht zudem darin, dass keine standardisierten Abläufe zur Kommunikationsabsicherung gegeben sind (Kaul et al. 2009). In einer quantitativen Befragung von gehörlosen Menschen (n=841) berichteten 43,3 Prozent der Teilnehmenden, schon einmal das Gefühl gehabt zu haben, „dass aufgrund von Kommunikationsschwierigkeiten ihre Diagnose nicht korrekt war“ (Höcker 2010, Seite 52). Im Rahmen der Evaluation des Behindertengleichstellungsgesetzes wurde geschildert, dass sich über die Hälfte (56,0 Prozent) der Beschwerden im Gesundheitswesen im Zusammenhang mit der mangelnden Barrierefreiheit auf Kommunikationsschwierigkeiten beziehen (Welti et al. 2014, Seite 239).

Es bedarf grundlegender Forschung zum Ausmaß und zu den Auswirkungen von Verständigungsschwierigkeiten zwischen dem medizinischen sowie pflegenden Gesundheitspersonal und Menschen mit Behinderungen oder Beeinträchtigungen.

Institutionelle Diskriminierungsrisiken in der stationären Gesundheitsversorgung

Allgemein gilt es zu berücksichtigen, „dass das heutige Krankenhaus durch hochgradig standardisierte und beschleunigte Abläufe, durch einen hohen Technisierungsgrad, durch eine sich zuspitzende Personalknappheit und immer weniger Zeit für individuelle Zuwendung zum Patienten gekennzeichnet ist“ (Seidel 2010, Seite 23). Menschen mit Behinderungen weisen jedoch einen – im Vergleich zu Menschen ohne Behinderungen – höheren Unterstützungsbedarf bei der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung auf. Dieser **erhöhte Betreuungsbedarf** von Menschen mit Behinderungen wird aufgrund von Zeit- und Personalmangel sowie infolge der standardisierten und beschleunigten Abläufe in der stationären Gesundheitsversorgung häufig nicht gedeckt (Steffen und Blum 2012; Hasseler 2015b; Seidel 2010; Roser et al. 2011). So wird für Menschen mit Behinderungen insbesondere von **Mängeln in der pflegerischen Versorgung** während des Krankenhausaufenthaltes berichtet (Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V. 2020; Seidel 2009; Habermann-Horstmeier 2019).

Vor dem Hintergrund des Zeit- und Personalmangels für die adäquate pflegerische Betreuung während des Krankenhausaufenthaltes ergeben sich für Menschen mit Behinderungen spezifische Hindernisse beim Zugang zur stationären Gesundheitsversorgung. Dabei wird nicht nur davon berichtet, dass die Aufnahme von Menschen mit geistigen (und mehrfachen) Behinderungen im Krankenhaus nur unter der **Voraussetzung einer ständigen Begleitung durch eine weitere Person** (Familienangehörige, Fachkräfte aus entsprechenden Einrichtungen und so weiter) ermöglicht wird (Lachetta et al. 2011; Seidel 2010; Roser et al. 2011), sondern sogar von abgelehnten Aufnahmen im Krankenhaus (Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V. 2020; Hasseler 2015b). Allerdings besteht kein ausdrücklicher gesetzlicher Anspruch auf eine Begleitung von Assistenzpersonen während des Krankenhausaufenthaltes: „Zwar haben Menschen mit Behinderung gemäß § 113 Abs. 2 Nr. 2 und § 78 SGB IX einen Anspruch auf Assistenzleistungen zur sozialen Teilhabe und man könnte aus diesen Vorschriften auch einen Anspruch auf eine Assistenz während des Krankenhausaufenthaltes herleiten. Es finden sich allerdings nur in wenigen Landesrahmenverträgen beziehungsweise in den Übergangsvereinbarungen, die die nach § 113 Abs. 2 Nr. 2 und § 78 SGB IX zu erbringende Leistung konkretisieren, diesbezügliche Hinweise (Stand 29.09.2020), sodass auch ein – nach dem Recht theoretisch herleitbarer Anspruch – in der Praxis in der Regel leerläuft. Eine ausdrückliche, bundesweite Regelung fehlt somit bislang“ (Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V. 2020, Seite 5 f.).

Aus den Expert*inneninterviews geht in diesem Zusammenhang hervor, dass die an die Aufnahme geknüpfte Bedingung einer Begleitperson von „Krankenhäusern aus der Not heraus“ entsteht (Zitat Expert*inneninterview). So wird dem Pflegepersonal im Krankenhaus kein zusätzliches Zeitkontingent zur Übernahme der besonderen Pflegebedarfe von Patient*innen mit Behinderungen zur Verfügung gestellt. Allerdings werden Assistenzpersonen, die die Komplexeinrichtungen der Eingliederungshilfe für die Betreuung von Menschen mit Behinderungen im Krankenhaus stellen, finanziell nicht unterstützt. „Aber die schreiben damit rote Zahlen. Sie kriegen das nicht finanziert (...). Sie müssen dann ja eine Person aus der Gruppe – also eine Fachperson – abstellen für die Betreuung im Krankenhaus. Die fehlt dann in der Gruppe. Das heißt, sie haben dann einen doppelten Personalaufwand, weil in der Gruppe ja mehr Personen betreut werden könnten“ (Zitat Expert*inneninterview).

Zudem stellt die Situation im Krankenhaus für Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen eine außerordentliche Belastung dar, auf die sie aus Angst und Stress nicht selten mit Verhaltensauffälligkeiten reagieren (Habermann-Horstmeier 2019; Seidel 2009). Dieses Verhalten wird – vor dem Hintergrund der standardisierten Abläufe im fallgruppenbezogenen DRG-Vergütungssystem der stationären Krankenhausleistungen – auf Seiten des Krankenhauspersonals als störend empfunden (Schmidt 2010). Mögliche Reaktionen bestehen in einer frühzeitigen Entlassung oder – wie für Menschen mit geistigen (und mehrfachen) Behinderungen in der Literatur wiederholt beschrieben – in Sedierungen und Fixierungen (Hasseler 2015b; Seidel 2010).

Insgesamt lässt sich festhalten, dass der Mehrbedarf an Betreuung in der stationären Versorgung von Menschen mit Behinderungen im DRG-System der Krankenhausleistungen unzureichend abgebildet ist, woraus spezifische institutionelle Diskriminierungsrisiken resultieren. Neben den unzureichenden pflegerischen Leistungen verweisen verweigerte beziehungsweise an Bedingungen geknüpfte stationäre Aufnahmen und frühzeitige Entlassungen auf eine Rationierung von Krankenhausleistungen für Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen (Seidel 2009).

Diskriminierungsrisiken im Zusammenhang mit COVID-19

Menschen mit Behinderungen können spezifischen Herausforderungen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie gegenüberstehen, die eine diskriminierungsfreie Teilhabe im Gesundheitswesen erschweren können. Das Deutsche Institut für Menschenrechte (2020) identifizierte vier zentrale Bereiche: Neben einem Mangel an barrierefreien gesundheitsrelevanten Informationen zu tagesaktuellen Entwicklungen der Pandemie und Maßnahmen beziehungsweise Hilfsangeboten im Falle einer Ansteckung bestehen für Menschen mit Behinderungen besondere Risiken im gleichberechtigten Zugang zur Gesundheitsversorgung. So müssen auch während der Pandemie Gesundheitsdienste, auf die Menschen mit Behinderungen angewiesen sind, zur Verfügung stehen und im Krankheitsfall (unabhängig von COVID-19) ein barrierefreier Zugang zur stationären Versorgung gewährleistet werden. Die vorhergehenden Ausführungen zeigten jedoch, dass Menschen mit Behinderungen bereits vor der COVID-19-Pandemie von spezifischen Barrieren bei der Aufnahme im Krankenhaus betroffen waren. Zudem muss das „Recht auf Unterstützung und Assistenz“ während der Coronapandemie und der gleichberechtigte „Zugang zu lebensrettenden Maßnahmen, auch wenn die verfügbaren Ressourcen dafür zunehmend knapper werden“, sichergestellt sein (Deutsches Institut für Menschenrechte 2020, Seite 9).

Laufende Forschungsprojekte

Mit der derzeit im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales laufenden *Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung* (2017–2021) wird untersucht, „inwiefern sich Beeinträchtigung und Behinderung auf Möglichkeiten der Teilhabe in verschiedenen Lebensbereichen auswirkt“[25]. Die in den standardisierten Erhebungen gewonnenen Erkenntnisse werden mittels qualitativer Methoden (biografisch-narrative Interviews, problemzentrierte Interviews sowie Fokusgruppendiskussionen) vertieft. Anhand barrierefreier und bedarfsgerechter Erhebungsmethoden werden unter anderem Aspekte zur Gesundheit und Gesundheitsversorgung, einschließlich möglicher Versorgungslücken, erfasst.

Im Rahmen des Kooperationsprojektes *Positive Stimmen 2.0*[26] der Deutschen Aidshilfe und des Instituts für Demokratie und Zivilgesellschaft werden Stigmatisierungs- und Diskriminierungserfahrungen von HIV-positiven Menschen mit dem „People-Living-With-HIV-Stigma-Index“ zum zweiten Mal erhoben (Zeitraum 2020–2021). Neben Peer-to-Peer-Interviews und Fokusgruppendiskussionen wird eine Online-Umfrage durchgeführt. Basierend auf den Erkenntnissen der ersten Umfrage zu den Diskriminierungserfahrungen von Menschen mit HIV im Jahr 2012 können somit mögliche Veränderungen der letzten zehn Jahre skizziert werden.

Fazit

Die vorliegenden Studien verweisen sowohl auf einen ungleichen Zugang zu Leistungen des Gesundheitssystems von Menschen mit Behinderungen als auch auf spezifische Diskriminierungsrisiken bei der Inanspruchnahme der ambulanten sowie stationären Gesundheitsversorgung. Neben strukturell bedingten Benachteiligungen infolge der mangelnden (räumlichen) Barrierefreiheit – den sogenannten „Umwelt-

25 https://www.gemeinsam-einfach-machen.de/GEM/DE/AS/Leuchttuerme/Projekte/2017/Repraesentativbefragung/Repraesentativbefragung_node.html (letzter Zugriff am 11.03.2021)

26 https://hiv-diskriminierung.de/positive-stimmen (letzter Zugriff am 11.03.2021)

barrieren“ (Scheer et al. 2003) – im Zugang zu niedergelassenen Ärzt*innenpraxen zeigen sich Diskriminierungsrisiken hinsichtlich der Bereitschaft, Menschen mit Behinderungen in der ambulanten sowie stationären Gesundheitsversorgung aufzunehmen beziehungsweise zu behandeln. Darüber hinaus erschweren standardisierte Verfahren und Abläufe in Krankenhäusern die Berücksichtigung der spezifischen Bedarfe von Menschen mit Behinderungen. Diskriminierende Kommunikation sowie das mangelnde flächendeckende Angebot an medizinischen Leistungsanbietenden mit Erfahrungen im Umgang mit Menschen mit Behinderungen und dem entsprechenden Fachwissen beeinträchtigen die Möglichkeit einer chancengleichen Gesundheitsversorgung. Die Vorenthaltung von diagnostischen Untersuchungen und medizinischen sowie therapeutischen Behandlungen verweist ebenfalls auf Diskriminierungsrisiken von Menschen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen im Gesundheitssystem. Zusammenfassend kann anhand des Überblicks zum Forschungsstand festgehalten werden, dass für Menschen mit Behinderungen weder ein chancengleicher Zugang zu Leistungen des Gesundheitssystems gewährleistet noch eine diskriminierungsfreie Diagnosestellung und Behandlung gegeben ist.

Aus den Expert*inneninterviews geht ebenfalls hervor, dass es an systematischem Wissen über die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen mangelt und es grundsätzlicher Forschung „zur Erreichbarkeit, Nutzbarkeit, Verfügbarkeit und Erschwinglichkeit“ bedarf (Zitat Expert*inneninterview). So fehlen empirisch fundierte Erkenntnisse über das Ausmaß und die Auswirkungen der mangelnden Barrierefreiheit auf die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems von Menschen mit Behinderungen. Dabei gilt es – über die „Umweltbarrieren“ hinaus – die Barrieren seitens der Leistungsanbietenden gegenüber Menschen mit Behinderungen stärker zu forcieren. Weiterhin sollte die Frage verfolgt werden, inwiefern Unterschiede im diagnostischen Verfahren und bei der Behandlung zwischen Menschen mit und Menschen ohne Behinderung auf Diskriminierung zurückzuführen sind und in welchem Ausmaß Menschen mit Behinderungen dadurch der Unter-, Über- oder Fehlversorgung ausgesetzt sind. Neben dem grundlegenden Forschungsbedarf zu den Diskriminierungsrisiken im Zugang und der Inanspruchnahme der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderungen, zeigten sich Forschungslücken zu intersektionalen Fragestellungen. Zwar liegen einzelne Arbeiten für die Merkmale Alter und Behinderung (Kaul et al. 2017) oder Geschlecht und Behinderung vor (Schildberger et al. 2018), allerdings bedarf es hierzu weiter gehender Forschung. Zudem mangelt es vor allem an Studien, die die gesundheitliche Versorgungssituation von Geflüchteten mit geistigen und mehrfachen Behinderungen adressieren.

3.1.5 Alter

Dass Menschen aufgrund ihres Lebensalters auch im Gesundheitswesen benachteiligt werden, zeigen Daten des *Deutschen Alterssurveys*[27] aus dem Jahr 2014: Während 2,0 Prozent der 40- bis 54-Jährigen in den letzten zwölf Monaten aufgrund ihres Alters in der medizinischen Versorgung benachteiligt wurden, berichteten 7,2 Prozent der 70- bis 85-jährigen Befragten von erfahrener Altersdiskriminierung (Beyer et al. 2017, Seite 338). Demzufolge scheint ein zunehmendes Lebensalter mit einem höheren Diskriminierungsrisiko in der Gesundheitsversorgung einherzugehen. Eine Studie aus Polen, die explizit Altersdiskriminierung in Einrichtungen des Gesundheitswesens untersuchte, kommt zu noch drastischeren Ergebnissen: Insgesamt 30 Prozent der über 65-jährigen Befragten berichteten von erfahrener Diskriminierung aufgrund des Alters. Eine differenzierte Betrachtung zeigt, dass die Altersdiskriminierung in 53,1 Prozent der

27 Der *Deutsche Alterssurvey* (DEAS) ist eine bundesweite repräsentative Quer- und Längsschnittbefragung zur Lebenssituation von Personen in der zweiten Lebenshälfte (ab 40 Jahren) in Deutschland. Für nähere Informationen zum Studiendesign siehe unter anderem Klaus und Engstler 2017.

Fälle von Ärzt*innen, in 18,8 Prozent vom pflegenden Personal und in 9,4 Prozent der Fälle von jüngeren Patient*innen ausging (Dobrowolska et al. 2019, Seite 9).

Insbesondere internationale Studien und Übersichtsarbeiten belegen verschiedene Formen von Altersdiskriminierung im Gesundheitswesen. So konstatieren beispielsweise Wyman et al. (2018): „Ageist stereotypes, prejudice, and discrimination are potential barriers for health equality, in terms of the quantity and quality of care provided to older patients and their health-related outcomes“[28] (Wyman et al. 2018, Seite 194). Inwiefern sich Diskriminierungsrisiken aufgrund des Alters in der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland äußern, wird nachfolgend skizziert. Dabei liegt der Schwerpunkt auf **Diskriminierungsrisiken aufgrund eines höheren Lebensalters**. Für Kinder und Jugendliche bestehen vor allem Diskriminierungsrisiken infolge des zunehmenden Rückgangs der flächendeckenden Versorgung von Kinderkrankenhäusern sowie Kinderabteilungen, woraus Zugangsbarrieren hinsichtlich der Erreichbarkeit der gesundheitlichen Versorgung resultieren (Deutscher Ethikrat 2016).

Diskriminierungsrisiken aufgrund negativer Altersstereotype

Ein wesentliches Diskriminierungsrisiko von älteren Menschen stellen negative Altersbilder dar, die zu systematischen Stereotypisierungen führen und sowohl den Zugang zu medizinischen Leistungen als auch die Qualität der Gesundheitsversorgung beeinflussen können (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2010; Mennig et al. 2020). Dass **negative Einstellungen gegenüber älteren Patient*innen** unter dem medizinischen Personal verbreitet sind, zeigt unter anderem ein internationales Literaturreview (Wyman et al. 2018). Eine in den USA durchgeführte Studie belegt beispielsweise, dass angehende Mediziner*innen die Behandlung von älteren Patient*innen als weniger interessant bewerten, die Interaktion als eher frustrierend wahrnehmen und bei älteren Patient*innen häufiger von einer kognitiven Beeinträchtigung ausgehen (Higashi et al. 2012). Darüber hinaus bestätigt eine Vignettenstudie unter angehenden Psychotherapeut*innen in Deutschland (n=114), dass das Lebensalter einen wesentlichen Einfluss auf die therapeutische Einstellung gegenüber männlichen Patienten ausübt: „Participants showed less favorable attitudes towards the patient in the ‚very-old patient condition' relative to the patient in the ‚middle-aged patient condition', as indicated by more negative affect, less conviction in the treatability of the patient, a poorer prognosis, less interest in treatment provision as well as less subjective treatment competence“[29] (Kessler und Blachetta 2020, Seite 193). Eine weitere Vignettenstudie unter angehenden Psychotherapeut*innen in Deutschland (n=97) findet zwar keine Hinweise auf negative Einstellungen gegenüber älteren Patientinnen im Vergleich zu jüngeren, belegt jedoch ebenfalls den Einfluss des Lebensalters auf den therapeutischen Ansatz. So wird älteren Patientinnen unter anderem eher eine Kurz- als eine Langzeittherapie empfohlen. Zudem werden klärende Techniken, die experimentelle Methoden zur Aktivierung unangenehmer Emotionen und zur Neubewertung dysfunktionaler Einschätzungen beinhalten (zum Beispiel eine Analyse kritischer Lebensereignisse) für ältere Patientinnen als weniger geeignet angesehen. Diese Vermeidungsstrategie kann jedoch die Wirksamkeit der Psychotherapie möglicherweise verringern (Kessler und Schneider 2019).

28 Deutsche Übersetzung: Stereotype, Vorurteile und Diskriminierung gegenüber älteren Menschen sind potenzielle Barrieren der gesundheitlichen Gleichstellung bezüglich der Quantität und Qualität der Versorgung von älteren Patient*innen und ihrer gesundheitsbezogenen Ergebnisse.

29 Deutsche Übersetzung: Die Teilnehmenden zeigten gegenüber Patienten in der höheren Altersgruppe weniger positive Einstellungen im Vergleich zu Patienten in der mittleren Altersgruppe. Dies äußerte sich in stärkeren negativen Affekten, in einer geringeren Einschätzung der Behandelbarkeit des Patienten, einer schlechteren Prognose, einem geringeren Interesse an der Behandlung sowie einer geringeren subjektiven Behandlungskompetenz.

Dass sich negative Altersbilder auf die Anamnese auswirken können und damit einhergehend eine „nicht optimale diagnostische Versorgung oder nicht optimale Therapie angeboten wird“, geht auch aus den Expert*inneninterviews hervor. In diesem Zusammenhang wird geschildert, dass bei älteren Patient*innen seltener nach den Lebensumständen beziehungsweise dem soziokulturellen Kontext gefragt wird. Dieser Aspekt zeigt sich auch in einer experimentell angelegten Studie unter niedergelassenen Allgemeinmediziner*innen und hausärztlich tätigen Internist*innen hinsichtlich der Diagnose einer depressiven Erkrankung. So stellten Ärzt*innen den älteren Patient*innen signifikant seltener Fragen zu ihrem sozialen Umfeld als jüngeren Patient*innen (Knesebeck et al. 2010).

Inwieweit defizitorientierte Altersbilder in der stationären und ambulanten Gesundheitsversorgung verbreitet sind und die adäquate Behandlung älterer Menschen möglicherweise beeinflussen, stellt eine wesentliche Forschungslücke dar.

Ein weiteres Diskriminierungsrisiko aufgrund eines höheren Lebensalters besteht darin, dass Krankheitssymptome auf den biologischen Alternsprozess statt auf behandlungsbedürftige Erkrankungen zurückgeführt werden. Dadurch bleibt eine fundierte Diagnostik und damit eine adäquate Behandlung aus (Klein und Stahlmann 2019; Mennig et al. 2020; Voss und Rothermund 2019; Mayer und Rothermund 2009).

Diskriminierende Kommunikation

Eine weitere Form der Diskriminierung im Zusammenhang mit spezifischen Altersbildern zeigt sich bei der Kommunikation: So weisen insbesondere internationale Studien darauf hin, dass Ärzt*innen gegenüber älteren Patient*innen zum sogenannten „Elderspeak“ – lautere, langsamere und bevormundende Sprechweise – neigen (Schroyen et al. 2018). Daneben belegt eine qualitative Studie aus Israel, dass das medizinische Personal ältere Patient*innen bei der Kommunikation nicht berücksichtigt und sich nur an jüngere Familienmitglieder wendet („Absent-present“-Umgang) oder Entscheidungen ohne Rücksprache mit den Patient*innen trifft (Ben-Harush et al. 2017). Das „Elderspeak“ und der „Absent-present“-Umgang (Ben-Harush et al. 2017) mit älteren Patient*innen wurden auch in den Expert*inneninterviews geschildert und in Beziehung zu den Einstellungen des medizinischen Personals gegenüber Menschen im höheren Lebensalter gesetzt: „Und da finden Sie solche Beispiele wie Elderspeak (...) oder [dass] gar nicht mit den älteren Patient*innen selber [gesprochen wird], sondern mit den jüngeren Angehörigen, weil man irgendwie per se davon ausgeht, dass diese ältere Person das nicht mehr versteht, dass es besser ist, mit der Tochter zu sprechen“ (Zitat Expert*inneninterview). Diese diskriminierende Kommunikation führe nicht nur dazu, dass Patient*innen uninformiert bleiben, sondern beeinflusse auch deren Symptombeschreibung, wodurch das Ziel einer adäquaten Versorgung beeinträchtigt wird.

Inwiefern eine diskriminierende Kommunikation des medizinischen Personals mit älteren Patient*innen die gesundheitliche Versorgung beeinflusst, bedarf jedoch der weiteren Erforschung.

Diskriminierungsrisiken aufgrund von Altersrationierung

Ein weiteres Diskriminierungsrisiko im Zusammenhang mit defizitorientierten Altersbildern stellt die „Nichtgewährung von Versorgungsleistungen“ dar, „etwa in dem Sinne, dass eine kostenintensive Behandlung eines alten Menschen nicht geboten sei, weil diese im Alter keine positiven Effekte habe“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2016, Seite 148). So legen einzelne Studien den Schluss nahe, dass ältere Menschen von Rationierungstendenzen in der Gesundheitsversorgung in Form der **Vorenthaltung medizinischer Leistungen oder Behandlungen** betroffen sind (Esslinger et al. 2007; Klein und Stahlmann 2019; Nowakowski 2009; Walter und Krugmann 2013). Eine Auswertung von Krankenkassendaten zur stationären Versorgung zeigte in diesem Zusammenhang, dass ältere Patient*innen – insbesondere ältere Frauen – eine kostengünstigere Behandlung erhalten als jüngere Patient*innen bei gleicher Erkrankung (Brockmann 2002). In einer Befragung von Mitgliedseinrichtungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Klinisch-Geriatrischer Einrichtungen (n=138) gaben mehr als die Hälfte (52,2 Prozent) der Teilneh-

menden an, dass jüngere Patient*innen in vergleichbaren Situationen mehr Leistungen erhalten als ältere Patient*innen. Der Aussage „In der Behandlung alter Menschen existiert ein höheres Einsparpotenzial als bei jüngeren Menschen“ stimmten fast ein Viertel (23,2 Prozent) der Befragten zu (Esslinger et al. 2008, Seite 279 f.). Dabei wurde unter anderem als Begründung genannt, dass „die Nähe zum Tod das Sparen rechtfertige“ (Esslinger et al. 2008, Seite 279). Darüber hinaus berichteten ältere Patientinnen in einer Studie zur Versorgungssituation in einer gynäkologischen Klinik in Berlin von spezifischen Diskriminierungserfahrungen bei der Entscheidung über therapeutische Maßnahmen aufgrund ihres Alters beziehungsweise ihrer Reproduktionsfähigkeit (Borde 2002). Als „klassisches Beispiel“ bezüglich der Vorenthaltung medizinischer Leistungen wurde in den Expert*inneninterviews auf Brustamputationen statt rekonstruktiver Operationen bei älteren Frauen verwiesen.

Insbesondere bei psychischen Erkrankungen liegen für ältere Patient*innen zudem nicht nur vergleichsweise niedrige Diagnoseraten und Überweisungsquoten an entsprechende Fachärzt*innenpraxen vor, sondern auch Hinweise auf eine therapeutische Unterversorgung (Winter et al. 2006; Saß et al. 2009). Zudem zeigten Knesebeck et al. (2010) anhand eines experimentellen Studiendesigns, dass jüngere Patient*innen häufiger eine Überweisung zu Psychiater*innen erhielten und seltener angewiesen wurden, Antidepressiva zu nehmen als ältere Patient*innen (Knesebeck et al. 2010).

Neben Unterschieden in der Diagnostik und der Behandlungsform nach dem Lebensalter haben ältere Menschen einen **erschwerten Zugang zu (geriatrischen) Rehabilitationseinrichtungen**, unter anderem aufgrund der restriktiven Genehmigungspraxis der Kostenträger und der insgesamt defizitären Versorgungsstruktur mit geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland (Walter und Krugmann 2013; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2016). Die bereits genannte Studie von Esslinger et al. (2008) belegt die restriktive Genehmigung von Leistungen für ältere Patient*innen durch Kostenträger. So gaben 61,1 Prozent der befragten Mitgliedseinrichtungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Klinisch-Geriatrischer Einrichtungen an, dass oft eine längere Behandlungs- beziehungsweise Rehabilitationszeit notwendig wäre, „die aber vom Kostenträger nicht bewilligt beziehungsweise finanziert wird“ (Esslinger et al. 2008, Seite 280).

In Fachgesprächen zur Diskriminierung, Vernachlässigung und Gewalt gegenüber älteren Menschen, die vom Deutschen Institut für Menschenrechte (DIMR) veranstaltetet wurden, berichteten Expert*innen aus Wissenschaft und Praxis ebenfalls sowohl von verweigerten Operationen aufgrund des Lebensalters als auch vom Ausschluss älterer Menschen von Rehabilitationsleistungen aufgrund eines defizitären Altersbildes. In diesem Kontext wurde explizit auf den Mangel an validen Daten und den daraus resultierenden Forschungsbedarf hingewiesen (Deutsches Institut für Menschenrechte 2017).

Demzufolge mangelt es an belastbaren Erkenntnissen über das Ausmaß der Vorenthaltung medizinischer Leistungen aufgrund eines höheren Lebensalters und deren Auswirkungen auf die Qualität der gesundheitlichen Versorgung von älteren Patient*innen.

Institutionelle und strukturelle Diskriminierungsrisiken aufgrund des höheren Lebensalters

Die unzureichende Diagnostik und Behandlung von älteren Menschen ist nicht nur auf spezifische Altersbilder, sondern auch auf **Defizite im geriatrischen Fachwissen** zurückzuführen. Diese Defizite resultieren aus der ungenügenden Berücksichtigung geriatriespezifischer Themen in der medizinischen Ausbildung und dem insgesamt mangelnden Interesse von angehenden Mediziner*innen, sich mit der geriatrischen Versorgung auseinanderzusetzen oder sich darauf zu spezialisieren (Klein und Stahlmann 2019; Mayer und Rothermund 2009; Naegele 2009). Die unzureichende Verbreitung geriatrischen Fachwissens und die damit einhergehende Fehlversorgung belegt eine Befragung von Mitgliedseinrichtungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Klinisch-Geriatrischer Einrichtungen (n=138). 46 Prozent der befragten Kliniken gaben

an, dass ihre Patient*innen bei der Vorbehandlung (ambulant/stationär) nicht mit allem medizinisch Notwendigen versorgt wurden. Die Autor*innen führen das Ergebnis darauf zurück, dass außerhalb geriatrischer Einrichtungen ein defizitäres Fachwissen bestehe, welches sich in einer ungenügenden Berücksichtigung von Behandlungsbedarfen älterer Menschen niederschlägt (Esslinger et al. 2008, Seite 280).

In den Expert*inneninterviews wurde die mangelnde geriatrische Versorgung als Form der Altersdiskriminierung auf struktureller Ebene ebenfalls thematisiert. „Im Ergebnis [der geringen Anteile geriatrischer Themen in der medizinischen Ausbildung] haben wir dann (...) nicht nur grundsätzlich viel zu wenig Angebot, gerade auch auf den ländlichen Raum bezogen, von Expert*innen von altersbedingten Erkrankungen. Sondern halt auch einfach wenig junge Ärzt*innen, die sich sozusagen in dieses Thema (...) hineinbegeben und sozusagen dann auch eine adäquate Versorgung garantieren können“ (Zitat Expert*inneninterview).

Insgesamt begründe das mangelnde geriatrische Fachwissen und die unzureichende Sensibilität im Umgang mit älteren Patient*innen eine „sowohl professionelle als auch systembedingte Vernachlässigung beziehungsweise Behinderung unterstützender präventiver, verhaltensbezogener wie auch rehabilitativer Ansätze“ (Walter und Krugmann 2013, Seite 278).

Des Weiteren sind es insbesondere auch **institutionelle Rahmenbedingungen**, die zu einer Ungleichbehandlung älterer Menschen in der Gesundheitsversorgung führen können, wie der zunehmende Zeit- und Effizienzdruck des medizinischen Personals: „Erst in einer Situation, in der begrenzte Ressourcen [Zeit, Zuwendung, teure Behandlungsmethoden] zu verteilen sind (...), und in denen etwa durch äußeren Druck oder durch bestehende strukturelle Bedingungen Engpässe in der Versorgung entstehen (...), wirken sich Altersbilder und altersbezogene Vorurteile auf das Verhalten aus“ (Voss und Rothermund 2019, Seite 527). In Fokusgruppendiskussionen mit medizinischem und pflegendem Personal in Israel wurde deutlich, dass strukturelle Bedingungen, wie Zeitmangel, ursächlich für die unangemessene Pflege von älteren Patient*innen sind (Ben-Harush et al. 2017). Basierend auf einer internationalen Übersichtsarbeit zur Altersdiskriminierung im Gesundheitswesen schlussfolgern Kydd und Fleming in diesem Zusammenhang: „Thus people, usually those with complex needs, who require longer periods of recuperation and rehabilitation following an episode of ill health, are troublesome to staff working in a system geared up for early discharges“[30] (Kydd und Fleming 2015, Seite 432).

Allerdings liegen für Deutschland bislang keine empirisch fundierten Studien vor, die sich explizit mit den Formen und Auswirkungen institutioneller Diskriminierung aufgrund eines höheren Lebensalters auseinandersetzen.

Diskriminierungsrisiken aufgrund eines höheren Lebensalters resultieren auf struktureller Ebene auch daraus, dass es an klinischen Studien mangelt, die die Wirksamkeit von Medikamenten und Behandlungsmethoden bei älteren Menschen untersuchen (Brockmann 2002; Voss und Rothermund 2019; Wyman et al. 2018). In den Expert*inneninterviews wird ebenfalls die notwendige Einbeziehung älterer Menschen in „Studien zu experimentellen, neuen Behandlungswegen“ empfohlen (Zitat Expert*inneninterview).

30 Deutsche Übersetzung: In einem auf frühzeitige Entlassungen ausgerichtetem System sind Menschen mit komplexen Bedürfnissen, die nach einer Krankheit längere Erholungs- und Rehabilitationszeit benötigen, für das Personal störend.

Unterschiede in der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems

Während mit zunehmendem Alter die Inanspruchnahme von allgemeinärztlichen Leistungen steigt, sinkt die Teilnahme an präventiven Angeboten, wie der Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (Saß et al. 2009) sowie von zahnmedizinischen und gynäkologischen Leistungen (Krause et al. 2020a; Rattay et al. 2013). Bislang liegen jedoch keine fundierten Studien zu den Gründen für die **geringere Teilnahme an Präventionsleistungen** unter älteren Menschen vor.

Der Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit (Lampert et al. 2016) setzt sich zudem auch im höheren Lebensalter fort. Auswertungen des *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (SHARE)[31] belegen, dass ältere Menschen mit einem hohen sozialen Status eher an Vorsorgeuntersuchungen (Mammografie, Darmspiegelung, Augenuntersuchung) teilnehmen als Gleichaltrige mit einem niedrigem sozialen Status (Knesebeck und Mielck 2009).

Allgemein wird auf Defizite hinsichtlich der bedarfsgerechten gesundheitlichen Versorgung von älteren Menschen in Deutschland hingewiesen (Kuhlmey 2011; Naegele 2009). Die in den Expert*inneninterviews thematisierte „Unterversorgung für geriatrische Krankheitsbilder, Krankheitsverläufe“ im ländlichen Raum verweist auf **strukturelle Lücken in der gesundheitlichen Versorgung** von älteren Menschen. Insbesondere in ländlichen Regionen wird der Zugang zu medizinischen Leistungen – neben der unzureichenden Anzahl an geriatrisch geschulten Ärzt*innen – durch geografische Barrieren und eine mangelnde Infrastruktur von öffentlichen Verkehrsmitteln erschwert (Wyman et al. 2018). Im Zuge des demografischen Wandels wird jedoch der Bedarf an geriatrischer Versorgung weiter steigen, wobei insbesondere „hinsichtlich der gerontopsychiatrischen Versorgungsstrukturen im ambulanten wie im stationären Bereich von einer beträchtlichen Unter- und Fehlversorgung auszugehen“ ist (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2016, Seite 155).

Diskriminierungsrisiken im Zusammenhang mit COVID-19

Ältere Menschen werden im medialen und gesellschaftlichen Diskurs im Zusammenhang mit COVID-19 – trotz der Heterogenität dieser Bevölkerungsgruppe hinsichtlich des Gesundheitszustandes – als Risikogruppe dargestellt: „with the pandemic there has been a parallel outbreak of ageism“[32] (Ayalon et al. 2020, Seite 1). So weisen mehrere aktuelle Publikationen darauf hin, dass diese pauschalisierende Zuschreibung eines defizitären Altersbildes zu einer zunehmenden Diskriminierung älterer Menschen (Kessler und Gellert 2020; Kricheldorff 2020; Spuling et al. 2020) im Sinne eines *Covid ageism* (Kessler und Bowen 2020) führen könne. Insbesondere mit Blick auf die medizinische Versorgung wächst die Sorge vor einer Triage, die allein das chronologische Alter als Kriterium zugrunde legt, als eine spezifische Form der Altersdiskriminierung im Gesundheitssystem (Ayalon et al. 2020; Kessler und Bowen 2020; Spuling et al. 2020). Im Rahmen des derzeit laufenden interdisziplinären Forschungsprojekts *IM/AGE-19 – WIE SCHÜTZEN WIR DIE SCHWACHEN? – Altersbilder in deutschen Medien während der COVID-19-Pandemie* (Projektleitung: Prof. Dr. Eva-Marie Kessler, Medical School Berlin)[33] wird analysiert, wie sich mediale Altersdiskurse seit der COVID-19-Pandemie entwickelt haben.

Darüber hinaus wird befürchtet, dass ältere Menschen bei chronischen oder fortgeschrittenen Erkrankungen keine erforderliche adäquate Behandlung während der Coronapandemie erhalten könnten aufgrund der personellen Auslastung des medizinischen Personals (Kessler et al. 2020; Kricheldorff 2020).

---

31 Der *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (SHARE) ist eine repräsentative Befragung der Bevölkerung ab 50 Jahren, der in regelmäßigen Abständen in verschiedenen europäischen Ländern und Israel durchgeführt wird. Für nähere Informationen siehe unter anderem Börsch-Supan et al. 2013.

32 Deutsche Übersetzung: Mit der Pandemie gab es einen parallelen Ausbruch von Altersdiskriminierung.

33 https://www.image-19.de/ (letzter Zugriff am 11.03.2021)

Fazit

Diskriminierungsrisiken im Gesundheitssystem aufgrund eines höheren Lebensalters können mehrere Erscheinungsformen aufweisen. So legen die Ausführungen den Schluss nahe, dass – entsprechend dem mehrdimensionalen Konzept *Ageism* (Marques et al. 2020) – Vorurteile beziehungsweise negative Altersbilder, diskriminierendes Verhalten seitens des medizinischen Personals und institutionelle Praktiken beziehungsweise Abläufe zu einer ungleichen Behandlung von älteren Menschen führen. Defizitorientierte Altersbilder und mangelndes geriatrisches Fachwissen beeinflussen nicht nur die Diagnose, sondern auch den Zugang zu medizinischen und therapeutischen Behandlungsformen.

Die Ausführungen haben jedoch auch gezeigt, dass es an aktuellen und nach Versorgungsbereichen differenzierten (ambulante versus stationäre Gesundheitsversorgung, Rehabilitation) Studien hinsichtlich der systematischen Erfassung von Ungleichbehandlung aufgrund eines höheren Lebensalters und der Erscheinungsformen mangelt. Neben dem grundlegenden Forschungsbedarf zum Ausmaß und zu den Formen von Altersdiskriminierung wurden im Rahmen der Expert*inneninterviews weitere spezifische Forschungslücken benannt. So ist für Deutschland bislang nicht systematisch untersucht worden, worauf das mangelnde Interesse von jungen Ärzt*innen gegenüber älteren Patient*innen zurückzuführen ist (negative Altersbilder, geringeres Genesungspotenzial älterer Menschen). Zudem gibt es keine Studien darüber, ob Unterschiede im Umgang mit älteren Patient*innen zwischen dem medizinischen und pflegenden Personal bestehen und, falls ja, worin diese begründet liegen. Abschließend mangelt es bislang an Erkenntnissen über mögliche Diskriminierungserfahrungen im Entlassungsmanagement nach dem Krankenhaus- und Rehabilitationsaufenthalt aufgrund eines höheren Lebensalters.

3.1.6 Sexuelle Identität

Diskriminierungserfahrungen anhand der sexuellen Identität beeinflussen die Inanspruchnahme und Qualität der Gesundheitsversorgung. So berichten lesbische und bisexuelle Personen in einer Befragung nicht nur von herablassendem Verhalten, sondern auch von Verweigerungen medizinischer Behandlungen. Zudem gaben jeweils drei Prozent „eine Verschlechterung der medizinischen Behandlung oder physische Aggressionen in Form unnötig grober oder schmerzhafter Behandlung an, zum Beispiel bei gynäkologischen Untersuchungen“ (Dennert und Wolf 2009, Seite 51). Diese Diskriminierungserfahrungen können sowohl zur einer verringerten Inanspruchnahme konventioneller Leistungen der Gesundheitsversorgung als auch zum Verschweigen der sexuellen Identität bei Gesundheitsdiensten führen (Dennert und Wolf 2009). In diesem Zusammenhang wurde in den Expert*inneninterviews berichtet, dass sich die Offenlegung der sexuellen Identität nachteilig auf die Interaktion zwischen Ärzt*innen und Patient*innen auswirken kann und zum Beispiel mit dem Abbruch von Krebsbehandlungen bei lesbischen Frauen einhergeht.

Institutionelle Diskriminierung

Weitere Diskriminierungsrisiken aufgrund der sexuellen Identität stellen die Verweigerung künstlicher Befruchtungen bei lesbischen Paaren sowie der Ausschluss von homosexuellen Männern von der Blutspende dar (Kalkum und Otto 2017, Seite 59–61). Die Orientierung an **zweigeschlechtlichen und heterosexuellen Normen** in der Gesundheitsversorgung ist demzufolge vornehmlich ursächlich für spezifische Benachteiligungen aufgrund der geschlechtlichen sowie sexuellen Identität (Pöge et al. 2020).

Mit einer **Kinderwunschbehandlung** können sich Personen, die schwanger werden können, einen Kinderwunsch erfüllen, jedoch steht dieser Weg lesbischen Paaren nur unter erschwerten Bedingungen offen. Auch wenn die Bundesärztekammer dies seit der Veröffentlichung der neuen „Richtlinie zur Entnahme und Übertragung von menschlichen Keimzellen im Rahmen der assistierten Reproduktion“ [99 66] im Jahr 2018 nicht mehr untersagt, sind Reproduktionsärzt*innen häufig nicht zu einer Kinderwunschbehandlung bei lesbischen Paaren bereit, weil sie rechtliche Folgen befürchten (Lesben- und Schwulenverband in Deutschland [LSVD] e.V. 2021). Daher besteht insofern Regelungsbedarf, als dass die Gesetzgebungsorgane durch Bundesgesetz festlegen sollten, dass assistierte Reproduktion allen Menschen unabhängig von ihrer sexuellen beziehungsweise geschlechtlichen Identität offensteht.

Forschungsbedarf besteht bezüglich der Rechtsstellung von lesbischen Paaren im Vergleich mit heterosexuellen und schwulen Paaren sowie Trans*- und Inter*Personen mit Kinderwunsch.

Männer, die mit Männern Sex haben, werden als Risikogruppe für bestimmte Infektionskrankheiten für zwölf Monate von der **Blutspende** zurückgestellt (Bundesärztekammer 2017). Nach der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs sind befristete Rückstellungen von Gruppen mit einem erhöhten HIV-Infektionsrisiko zulässig. Dieser Ausschluss sexuell aktiver schwuler und bisexueller Männer von der Blutspende wird jedoch häufig als ungerechtfertigt und diskriminierend empfunden (Kalkum und Otto 2017, Seite 59; Lesben- und Schwulenverband in Deutschland (LSVD) e.V. o. J.), da er pauschal und ungeachtet des tatsächlichen Sexualverhaltens vorgenommen wird.

Seit 2020 hat die Debatte um das Blutspendeverbot für Männer, die mit Männern Sex haben, in Deutschland erneut an Aktualität gewonnen, da das Mitte Mai 2020 beschlossene Zweite Bevölkerungsschutzgesetz auch eine entsprechende Änderung des Transfusionsgesetzes enthält. Darin heißt es, dass die Rückstellung ganzer Gruppen von Menschen regelmäßig daraufhin überprüft werden müsse, ob die wissenschaftlichen Erkenntnisse noch aktuell seien oder ob es nach dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft und Technik gleich geeignete, weniger belastende Verfahren gibt, um ein hohes Gesundheitsschutzniveau von Empfänger*innen von Blutspenden sicherzustellen. Die korrekte Erfassung so sensibler Informationen stellt zwar eine Herausforderung dar, jedoch wird die Zulassung zur Blutspende in manchen anderen Ländern stärker auf Basis individuellen Verhaltens entschieden (Sturrock und Mucklow 2018).

Weitere Diskriminierungsformen

Aus den Expert*inneninterviews ergaben sich zusätzlich Hinweise auf spezifische Diskriminierungsformen, denen lesbische und bisexuelle Frauen ausgesetzt sind. Teilweise würde Partnerinnen von Frauen während der Geburt ihres Kindes der Zugang zum Kreißsaal verwehrt oder Eingriffe mit zu wenig Schmerzmitteln vorgenommen. Außerdem fehlten häufig Wissen beim Gesundheitspersonal beziehungsweise Fortbildungsangebote zu sexueller Übertragung von Erkrankungen unter Frauen.

Fazit

Während einige spezifische Formen der Benachteiligung wie das Blutspendeverbot in der Forschung vergleichsweise gut dokumentiert sind, bleiben andere Aspekte bisher unbeleuchtet, wie etwa die Berichte von als unnötig grob oder schmerzhaft wahrgenommenen Behandlungen nach der Offenbarung der sexuellen Identität. Hier werden Studien benötigt, die solche Erlebnisse systematisch erfassen und auch in der Lage sind, Aussagen über die Häufigkeit solcher Erfahrungen zu machen. Besonders wichtig sind hier Behandlungsverhältnisse, in denen die sexuelle Identität für die Behandlung relevant ist und daher von Seiten der Patient*innen offengelegt werden muss. Darüber hinaus bedarf es insbesondere intersektionaler Ansätze, um unterschiedliche Erfahrungen verschiedener Gruppen aufzudecken, beispielsweise von Lesben und Schwulen.

3.1.7 Sozioökonomischer Status

Forschung zu Diskriminierung im Gesundheitsbereich auf Basis des sozioökonomischen Status gibt es bisher kaum; Ungleichheiten im gesundheitlichen Zustand sind jedoch gut dokumentiert. Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status, also niedrigem Einkommen, Bildungsniveau und Berufsprestige, haben eine geringere Lebenserwartung, erleben häufiger körperliche und psychische Krankheiten und Beschwerden und schätzen ihre Gesundheit schlechter ein als Personen mit höherem sozioökonomischem Status (Lampert et al. 2016). Daraus ergeben sich sowohl deutliche Unterschiede nach sozioökonomischem Status in der Lebenserwartung als auch in der Anzahl der in guter Gesundheit gelebten Jahre (gesunde Lebenserwartung). Gesundheitliche Unterschiede nach sozioökonomischem Status zeigen sich bereits bei Kindern. Erklärungsfaktoren hierfür umfassen unterschiedliche Lebensstile, unterschiedliches Wissen um gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und Handlungsstrategien bei Belastungen, Arbeits- und Wohnbedingungen sowie mangelnde Ressourcen (finanzielle, zeitliche et cetera) durch ökonomische Ungleichheit. Vorsorgeangebote werden von Menschen mit niedrigerem sozioökonomischem Status seltener wahrgenommen (Klein et al. 2014; Robert Koch-Institut 2015). In den Expert*inneninterviews wird zudem hervorgehoben, dass die Unterschiede in der Inanspruchnahme nach dem jeweiligen Versorgungsbereich variieren. Menschen mit niedrigerem sozioökonomischen Status nehmen seltener Leistungen von Fachärzt*innen und häufiger Leistungen von Allgemeinärzt*innen in Anspruch als Personen mit höherem sozioökonomischen Status.

Diese Ergebnisse zeigen, dass Gesundheit und Mortalität vom sozioökonomischen Status einer Person abhängig sind. Inwieweit dies auf Diskriminierung anhand des sozioökonomischen Status zurückzuführen ist, wurde in Deutschland bisher nicht erforscht. Hinweise darauf ergeben sich jedoch aus Studien in anderen Ländern. So zeigte eine experimentelle Studie aus Kanada (Olah et al. 2013), dass ein*e Anrufer*in mit hohem sozioökonomischen Status eher einen Termin angeboten bekam als jemand mit niedrigem sozioökonomischen Status. Eine Studie aus den USA ergab, dass der sozioökonomische Status die Patient*innenwahrnehmung beeinflusst (van Ryn und Burke 2000). Einer Metastudie zufolge wirkt dieser sich auch auf die Kommunikation der Ärzt*innen mit den Patient*innen aus, sodass Patient*innen mit einem geringeren sozioökonomischen Status weniger aktiv kommunizieren und von Ärzt*innen weniger Informationen erhalten (Willems et al. 2005). Darüber hinaus wurden für Personen mit niedrigerem sozioökonomischem Status längere Wartezeiten festgestellt in Krankenhäusern in Australien (Johar et al. 2013), aber nicht in Norwegen (Kaarboe und Carlsen 2014).

Studien aus Deutschland belegen, dass sowohl Personen mit niedrigerem sozioökonomischem Status als auch gesetzlich Versicherte sowohl längere Wartezeiten in Kauf nehmen müssen als auch auf Behandlungen verzichten, wenn Zuzahlungen erforderlich sind (Klein und Knesebeck 2016; Schneider und Schneider 2012; Schwierz et al. 2011). Darüber hinaus wird das Ärzt*innen-Patient*innen-Verhältnis von gesetzlich Versicherten schlechter bewertet als von privat versicherten Personen (Klein und Knesebeck 2016). In den Expert*inneninterviews zeigte sich, dass auch Personen mit niedrigerem sozioökonomischem Status die Interaktion mit Ärzt*innen negativer bewerten.

Das am Wissenschaftszentrum Berlin (WZB) angesiedelte Forschungsprojekt *Soziale und ethnische Ungleichheiten beim Zugang zur Gesundheitsversorgung: ein Feldexperiment*[34] untersucht mit einem experimentellen Ansatz Unterschiede bei der Behandlung nach sozioökonomischem Status, Versicherungsstatus und Migrationshintergrund.

34 https://www.wzb.eu/de/forschung/dynamiken-sozialer-ungleichheiten/gesundheit-und-soziale-ungleichheit/projekte/social-and-ethnic-inequalities-in-health-care-access-a-field-experiment (letzter Zugriff am 07.04.2021)

Insgesamt ergibt sich ein umfassender Forschungsbedarf zu Diskriminierung im Gesundheitsbereich anhand des sozioökonomischen Status. In Deutschland gibt es zwar Hinweise auf eine unterschiedliche Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Personen mit unterschiedlichem sozioökonomischem Status, jedoch gibt es kaum Forschung dazu, inwieweit diese mit interpersonaler und insbesondere institutioneller Diskriminierung im Zusammenhang stehen. Hier fehlen Analysen institutioneller Praktiken oder ähnliche, die in der Benachteiligung von Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status resultieren könnten. Da der sozioökonomische Status nicht vom AGG erfasst wird, ergibt sich in diesem Bereich gesetzlicher Regelungsbedarf.

3.1.8 Gewicht

Studien zeigen, dass dicke Menschen in Deutschland häufig mit negativen Zuschreibungen seitens des ärztlichen und pflegenden Personals konfrontiert sind, die in einer schlechteren Versorgung resultieren können; mit mangelnder Barrierefreiheit in der Ausstattung von Praxen; sowie dem Zurückführen jeglicher Beschwerden auf das Gewicht, ohne weitere Untersuchungen durchzuführen, sodass Personen keine Diagnose und somit keine angemessene Behandlung erhalten (Beigang et al. 2017, Seite 235; Jung et al. 2016; Sikorski et al. 2013). Die internationale Forschung belegt, dass ungleiche Behandlung und erfahrene Stigmatisierung im Zusammenhang mit dem Körpergewicht dazu führen können, dass Vorsorgeuntersuchungen nicht oder verspätet in Anspruch genommen werden (Phelan et al. 2015; Puhl und Heuer 2009).

Die Forschungslage zu Gewichtsdiskriminierung im Gesundheitswesen in Deutschland ist damit sehr dürftig. **Unklar bleibt insbesondere, über welche Mechanismen sich negative Zuschreibungen des Personals im Gesundheitswesen auswirken und welche Folgen diese konkret haben. Auch zum Ausmaß und zu den konkreten Formen von Diskriminierung ist nur wenig bekannt.**

Infolge der Coronapandemie sind dicke Menschen in einen besonderen Fokus geraten. Menschen mit hohem Gewicht sorgen sich darum, dass sie im Falle einer Triage und bei der medizinischen Versorgung aufgrund ihres hohen Gewichts schlechter berücksichtigt würden (#NoBodyIsDisposable 2020). Diskriminierung anhand des Gewichts ist noch nicht von den Merkmalen des AGG umfasst. Im Bereich von Diskriminierung aufgrund des Körpergewichts besteht Forschungs- und Regelungsbedarf in Deutschland und Europa.

3.2 Das Gesundheitswesen als Arbeitgeber

Das Verbot der Diskriminierung im Gesundheitswesen gilt nicht nur für die Patient*innen. Auch für Beschäftigte im Gesundheitssektor gilt ein Diskriminierungsverbot. Die rechtlichen Rahmenbedingungen hierfür ergeben sich aus dem Bürgerlichen Gesetzbuch in Verbindung mit dem AGG, das für jede*n Arbeitgeber*in unabhängig von der Betriebsgröße gilt. Arbeitgeber*innen müssen die erforderlichen Maßnahmen zum Schutz vor Benachteiligung aus rassistischen Gründen, aus Gründen der ethnischen Herkunft, des Geschlechts, der Religion, der Weltanschauung, der Behinderung, des Alters und der sexuellen Identität treffen.

3.2.1 Ethnische Herkunft

Personen mit Migrationshintergrund machen einen wichtigen Anteil der Beschäftigten im Gesundheitswesen in Deutschland aus (Khalil et al. 2020). Dabei erfahren sie auch Diskriminierung, sowohl beim Arbeitsmarktzugang als auch im Beruf. Dies betrifft etwa die Verfahren zur **Anerkennung ausländischer Abschlüsse**, die langwierig und oft erfolglos sind, als intransparent und willkürlich wahrgenommen werden und bei denen es teilweise zu Diskriminierungserfahrungen in der Interaktion mit Behörden kommt (Loss et al. 2017; Loss et al. 2020; Mihali et al. 2012; Müller und Ayan 2019; Peppler 2016; prognos 2015). Weiterhin berichten insbesondere muslimische Frauen mit Kopftuch von Diskriminierung bei der Arbeitsplatzsuche (Loss et al. 2020).

In den Expert*inneninterviews wird außerdem das „Öffnen und Schließen von Türen mit rechtlichen Rahmenbedingungen in diesem Beruf [Ärzt*innen], der ja staatlich extrem stark reguliert ist", benannt. So würden bei einem Mangel an Ärzt*innen die gesetzlichen Regelungen für ausländisches Gesundheitspersonal gelockert; „in dem Moment, wo wieder genügend einheimische Ärzt*innen auf den Arbeitsmarkt kommen", würden Exklusionsmechanismen in Kraft treten, in dem „die Türen wieder geschlossen werden. (...) Also diese gesetzlichen Rahmenbedingungen, die den Ärzt*innen im Moment ihren Zugang erleichtern (...) können jederzeit wieder nachgeregelt werden und das ist eine maßgebliche Form von Diskriminierung" (Zitat Expert*inneninterviews). Zudem wird darauf hingewiesen, dass es bei Ärzt*innen in Abhängigkeit ihrer Herkunft zu spezifischen **Verteilungsmechanismen** kommt: „Dass also Ärzt*innen türkischer Herkunft eher dort Chancen haben, eine Anstellung zu finden, wo mehr Patient*innen türkischer Herkunft behandelt werden. Also sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich (...) also das bedeutet auch, dass zum Beispiel Ärzt*innen, die aus Ländern kommen, wo nicht so viele Patient*innen herkommen. Die bekommen dann eher die marginalisierten Arbeitsplätze. Also wenn die nicht aufgrund ihrer Herkunft gebraucht werden, weil die Patient*innen die gleiche Herkunft haben, dann landen die sehr häufig auf dem Land. Oder in Arbeitsbereichen, die nicht so attraktiv sind für Deutsche oder nichtmigrierte Mediziner*innen" (Zitat Expert*inneninterviews).

Am Arbeitsplatz berichten zugewanderte Ärzt*innen von Diskriminierung durch Kolleg*innen und Patient*innen, etwa in Form beleidigender Witze (Hohmann et al. 2018; Klingler und Marckmann 2016). Auch das Personal der ambulanten Pflege ist bei der Arbeit Diskriminierung anhand der Herkunft ausgesetzt; Mitarbeiterinnen berichteten außerdem von sexueller Belästigung durch Patient*innen (Schilgen et al. 2019).

In den Expert*inneninterviews wird in diesem Zusammenhang geschildert, dass zugewanderte Ärzt*innen seltener offene Beleidigungen im Alltag erleben, sondern vor allem von anderen unbeabsichtigte negative Erfahrungen machen. So werden zugewanderte Ärzt*innen häufig nicht aufgrund ihres medizinischen Fachwissens von Kolleg*innen konsultiert, sondern aufgrund ihrer Sprachkenntnisse. Das Reduzieren auf die Herkunft führt zu Kränkungserfahrungen und dem Gefühl, hinsichtlich der beruflichen Expertise nicht anerkannt zu werden, sodass „diese Ärzt*innen sich dann nicht mehr als Ärzte oder Ärztinnen wertgeschätzt, sondern nur noch als Türk*innen wahrgenommen fühlen" (Zitat Expert*inneninterviews).

Zwei aktuelle Projekte beschäftigen sich mit der beruflichen Integration nach Deutschland migrierten Gesundheitspersonals: das *STIR*-Projekt[35] der Alice-Salomon-Hochschule Berlin zur Entwicklung und Evaluation von Maßnahmen der strukturierten Transition und Integration migrierter Ärzt*innen in deutsche

35 https://www.ash-berlin.eu/forschung/forschungsprojekte-a-z/stir/ (letzter Zugriff am 07.04.2021)

Rehakliniken sowie das *IntIP*-Projekt[36] der Hochschule Fulda zur Integration internationaler Pflegekräfte in regionale Einrichtungen der Kranken- und Altenpflege, in dem Integrationskonzepte entwickelt, umgesetzt und evaluiert werden.

3.2.2 Geschlecht und Geschlechtsidentität

Trotz des hohen Anteils von Frauen unter den Medizinstudierenden (über die letzten zehn Jahre lag der Anteil der Frauen im Studienfach Allgemeinmedizin bei rund 60 Prozent [Statistisches Bundesamt 2020b]) stehen Frauen in Gesundheitsberufen weiterhin schlechter da als Männer. Sie sind in höheren Positionen immer noch unterrepräsentiert, in Pflegeberufen haben sie ein geringeres Einkommen als Männer, und Ärztinnen mit Kindern verdienen weniger als Ärzte mit Kindern (Bispinck et al. 2013; Hofmeister et al. 2010; Lüftner und Freund 2014). Als mögliche Ursachen hierfür werden in der Literatur vor allem männlich dominierte Hierarchien und Gender-Stereotypen sowie Schwierigkeiten mit der Vereinbarkeit von Familie und Beruf diskutiert (Beschoner et al. 2016; Sosa y Fink 2019).

Vereinbarkeit von Familie und Beruf

Tatsächlich finden sich bezüglich der Vereinbarkeit von Familie und Beruf beachtenswerte Unterschiede. Eine Studie zur Situation von Ärzt*innen in der Hämatologie und Onkologie ergab, dass 74 Prozent der Ärztinnen, aber nur fünf Prozent der Ärzte ihre Berufstätigkeit wegen Kindern unterbrochen hatten. 80 Prozent der Ärzte berichteten, dass ihr*e Partner*in die Berufstätigkeit wegen Kindern unterbrochen hat, dies war aber nur bei fünf Prozent der Ärztinnen der Fall (Lüftner und Freund 2014). In einer anderen Studie gaben 74 Prozent der Ärztinnen und neun Prozent der Ärzte an, für die Kinderbetreuung ihre Weiterbildung unterbrochen zu haben (Gensch 2010).

Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf wird in vielen Publikationen **als weibliches Problem verhandelt**, auch weil Ärzt*innen dies teilweise selbst so beschreiben (Reimann und Alfermann 2014; Reimann et al. 2017; Rothe et al. 2016). Auch kann bei Ärztinnen eine höhere psychische Belastung im Zusammenhang mit der Kindererziehung nachgewiesen werden (Richter et al. 2014). Während vordergründig ein gleichberechtigtes Beziehungsmodell vertreten wird, wird die Kinderbetreuung jedoch sowohl von Ärztinnen als auch Ärzten als Aufgabe der Frau beschrieben, die sie selbst mit ihrer Berufstätigkeit in Einklang bringen muss. Möglichkeiten einer gleichberechtigteren Aufgabenteilung werden generell begrüßt, jedoch sind diese aus unterschiedlichen Gründen in der eigenen Beziehung nicht umsetzbar. Die Autor*innen interpretieren dies als rationalisierende Rechtfertigung für die Divergenz zwischen dem Selbstbild als moderne, selbstbestimmte Frau und der faktischen Rollenverteilung innerhalb der eigenen Beziehung (Rothe et al. 2016). Einen ähnlichen Prozess beschreiben Rothe et al. (2013), die die Diskussion um die Vereinbarkeit von Familie und Beruf für verkürzt halten und aufzeigen, dass der scheinbar freiwillige Verzicht von Ärztinnen auf eine Karriere zugunsten der Familie teilweise aus nachträglich umgedeuteten Diskriminierungserfahrungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Mutterschaft resultiert. Solche Diskriminierungserfahrungen können sich auf vielerlei Art äußern: Fragen im Vorstellungsgespräch dazu, wer denn die Kinderbetreuung übernehmen würde, keine Verlängerung der Verträge schwangerer Ärztinnen, als Mutter nur Verträge mit kurzer Laufzeit angeboten zu bekommen oder von Aufgaben ausgeschlossen zu werden, die essenziell für die Qualifizierung der Ärztinnen sind (Engelmann et al. 2015; Reimann und Alfermann 2018).

36 https://www.hs-fulda.de/forschen/wissens-und-technologietransfer/rigl-fulda/intip/ (letzter Zugriff am 07.04.2021)

Sexuelle Belästigung und Mobbing

Weitere Probleme in Gesundheitsberufen sind sexuelle Belästigung und Mobbing. Laut den wenigen vorliegenden Studien wird beides häufiger von Frauen erfahren, ist aber sowohl für Frauen als auch für Männer relevant (Drygalla 2010; Esslinger und Schilk 2014; Prügl 2019). In beiden Studien zu sexueller Belästigung wird explizit auch deren Einsatz als strategisches Instrument zur Machtausübung hervorgehoben. Beide Studien konzentrieren sich außerdem auf Ärzt*innen, sodass gerade im Pflegebereich wissenschaftlich gestützte Erkenntnisse zu sexueller Belästigung fehlen, auch wenn gerade hier Übergriffe sowohl von Vorgesetzten und Kollegen als auch von Patient*innen dokumentiert sind (Smith 2019).

Studien zur Diskriminierung von Trans*- oder Inter*Personen, die im Gesundheitswesen in Deutschland beschäftigt sind, fehlen bisher.

3.2.3 Weitere Merkmale

Religion und sexuelle Identität

Die **Kirchen** genießen in Deutschland ein in Artikel 9 des AGG festgeschriebenes **Diskriminierungsprivileg** (Lewicki 2020, Seite 219), welches ihnen gestattet, Personen anhand ihrer Religionszugehörigkeit oder sexuellen Identität zu benachteiligen. Dies ist besonders problematisch, da es sich bei den Kirchen nach dem öffentlichen Dienst um den zweitgrößten Arbeitgeber in Deutschland handelt. Das kirchliche Arbeitsrecht gilt für ca. 1,3 Millionen Mitarbeitende. Davon sind 375.000 in Krankenhäusern beschäftigt, hinzu kommen 32.000 Auszubildende (Christliche Krankenhäuser in Deutschland 2021). Benachteiligung findet insbesondere statt, wenn Personen wegen ihrer Konfessionsfreiheit oder nichtchristlichen Religionszugehörigkeit oder ihrer offen homosexuellen Lebensweise nicht eingestellt werden oder ihnen gekündigt wird. Auch wenn diese Regeln in den Einrichtungen unterschiedlich gehandhabt werden, führt die bevorzugte Einstellung sowie die Reservierung von Führungspositionen für Personen mit christlicher Religionszugehörigkeit dazu, dass Personen anderer Weltanschauungen in prekäre Beschäftigungsformen gedrängt werden (Lewicki 2021, 2017). Als Reaktion auf dieses Risiko verheimlichen manche ihre sexuelle Identität am Arbeitsplatz, was mit Belastungen einhergeht, die auch gesundheitliche Auswirkungen haben können (Frohn 2007, Seite 38).

Hintergrundinformation: Kirchliches Diskriminierungsprivileg

In einem Urteil des Europäischen Gerichtshofs im September 2018 (Az: C-68/17) stellte das Gericht fest, dass kirchliche Anforderungen im Sinne der kirchlichen Loyalitätserwartungen eine Ungleichbehandlung zwischen Beschäftigten nur dann rechtfertigten, wenn diese im konkreten Fall eine berufliche Anforderung darstellen, die angesichts des Ethos der in Rede stehenden Kirche oder Organisation wesentlich, rechtmäßig und gerechtfertigt ist und dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit entspricht. Dieser Einschätzung schloss sich auch das Bundesarbeitsgericht an und sah die Kündigung eines geschiedenen Chefarztes als unwirksam an. Dies wurde insbesondere damit begründet, dass das Sakrament der Ehe für die Tätigkeit als Chefärzt*in keine wesentliche, rechtmäßige und gerechtfertigte berufliche Anforderung darstelle.

Dies ist für den Diskriminierungsschutz von Arbeitnehmer*innen in Einrichtungen in kirchlicher Trägerschaft positiv zu bewerten, da kirchliche Vorgaben nun am Maßstab der „wesentlichen, rechtmäßigen und gerechtfertigten beruflichen Anforderung“ geprüft werden.

Zudem wird in den Expert*inneninterviews geschildert, dass medizinisches oder pflegendes Personal mit einem Kopftuch sowohl von Patient*innen als auch von Arbeitgeber*innen Diskriminierungsrisiken ausgesetzt ist.

Alter

Zum Merkmal **Alter** zeigen Galatsch et al. (2012) in einer altersdifferenzierten Längsschnittbetrachtung des allgemeinen Gesundheitszustands des Pflegepersonals, dass ältere Pflegekräfte einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen als jüngere. Die Autor*innen schlussfolgern, dass Maßnahmen mit dem Ziel, den allgemeinen Gesundheitszustand des gesamten Pflegepersonals möglichst lange auf hohem Niveau zu halten, altersdifferenziert implementiert werden sollten, was im untersuchten Zeitraum noch unzureichend erfolgt ist. Im Rahmen einer Repräsentativbefragung deutscher Allgemeinkrankenhäuser über alter(n)sgerechte Arbeitsweisen im Pflegebereich zeigen auch Löffert und Golisch (2013), dass in den Krankenhäusern dem Alter entsprechende Maßnahmen insbesondere für ältere Beschäftigte bislang wenig etabliert sind. Dies umfasst Personalentwicklungsmaßnahmen speziell für Beschäftigte über 40 Jahre, die regelmäßige Überprüfung auf Überlastungsgefährdungen für ältere Mitarbeitende sowie die Möglichkeit eines Wechsels an einen anderen Arbeitsplatz zur Vermeidung von Überlastung. Ein Ausstieg aus der Schichtarbeit oder eine längere berufliche Pause (Sabbatical) älterer Beschäftigter werden von Arbeitgeber*innen kaum unterstützt.

Behinderung

Zum Thema **Behinderung** liegen ausschließlich ausländische Studien vor. US-amerikanische Studien (Meeks et al. 2018; Neal-Boylan und Miller 2017, 2020) zeigen auf, dass notwendige Maßnahmen zur Barrierefreiheit für angehendes Pflegepersonal oft nicht vorgenommen und die Möglichkeiten von unterstützender Technik nicht ausgeschöpft werden. Zudem wird von Ablehnung seitens der Ausbilder*innen oder Arbeitgeber*innen berichtet. Ähnliche Studien fehlen in Deutschland bisher, sodass unklar ist, mit welchen Barrieren Ausbildung und Karriere von ärztlichem und pflegendem Personal mit einer Behinderung in Deutschland einhergehen.

Sozioökonomischer Status

Ungleichheiten unter Beschäftigten im Gesundheitsbereich auf Basis ihres **sozioökonomischen Status** wurden in einer Studie zu Personal- und Stellenabbau in den Jahren 1996–2006 im Rahmen der Ökonomisierung von Krankenhäusern untersucht (Simon 2014). Dabei wurde aufgezeigt, dass der Stellenabbau vor allem in unteren Einkommens- und Statusgruppen und damit in hohem Maße sozial ungleich verteilt erfolgte. Der auf den Krankenhäusern lastende wirtschaftliche Druck führte häufig zu einem Stellenabbau insbesondere im Pflegedienst, aber auch zu einer internen Umverteilung von Ressourcen zugunsten des ärztlichen Dienstes. Dies sei auf den ungleich verteilten Zugang zu Machtressourcen und Managemententscheidungen zurückzuführen, die es Personen mit höherem Status ermöglichen, die eigene Position ausbauen und die Umverteilung zum eigenen Vorteil zu nutzen.

Gewicht

Zu Benachteiligungen von Beschäftigten im Gesundheitsbereich anhand des Körpergewichts liegen bisher keinerlei Studien vor.

3.2.4 Fazit: Diskriminierung im Gesundheitswesen als Arbeitgeber

Die Anhaltspunkte für verschiedene Diskriminierungsrisiken für Beschäftigte im Gesundheitsbereich sind im Wesentlichen nicht spezifisch für den Gesundheitsbereich. Vielmehr sind Arbeitnehmer*innen Diskriminierung auf dieselbe oder ähnliche Weise auch in anderen Bereichen ausgesetzt. Als besondere Diskriminierungsrisiken des Gesundheitssystems können das kirchliche Diskriminierungsprivileg sowie der enge Kontakt mit Patient*innen und damit einhergehend das Risiko, auch von dieser Seite Diskriminierung zu erleben, insbesondere in Form von sexueller Belästigung, betrachtet werden.

Weitere Forschung wäre insbesondere in Bezug auf mögliche weitere für den Gesundheitsbereich relativ spezifische Diskriminierungsrisiken sinnvoll. Hier wäre beispielsweise von Interesse, ob es bei der Anerkennung von Abschlüssen oder beim Zugang zu Fortbildungen zu Diskriminierung kommt. Auch die Auswirkungen der Ökonomisierung von Krankenhäusern auf unterschiedliche Beschäftigtengruppen könnten hier relevant sein.

In Bezug auf Trans*- und Inter*Personen, die Merkmale Alter und Behinderung sowie nicht im AGG geschützte Merkmale liegen bisher wenig bis keine Erkenntnisse zur Diskriminierung von Beschäftigten vor.

3.3 Zusammenfassung

Mit der vorliegenden Expertise wurde ein Überblick zum derzeitigen Forschungsstand zu den Diskriminierungsrisiken im Gesundheitswesen sowohl für Patient*innen als auch für Beschäftigte des Gesundheitssystems gegeben. Anhand der Bestandsaufnahme zur sozial- und rechtswissenschaftlichen Literatur sind zudem Forschungslücken identifiziert worden. Dabei wurden nicht nur die im AGG genannten Merkmale (ethnische Herkunft, Geschlecht, Religion oder Weltanschauung, Behinderung, Alter, sexuelle Identität) einbezogen, sondern auch weitere relevante Merkmale betrachtet, wie das Körpergewicht oder der sozioökonomische Status. Ergänzend zur Literaturübersicht sind Expert*inneninterviews durchgeführt worden, um den bisherigen Wissensstand einzuordnen und weiteren Forschungsbedarf aufzudecken.

Der Zugang zu Leistungen des Gesundheitssystems stellt ein Menschenrecht dar. Allerdings zeigte sich, dass Diskriminierungsrisiken sowohl im Zugang als auch in der Inanspruchnahme (Diagnosestellung, Behandlung, Rehabilitation) der gesundheitlichen Versorgung für alle betrachteten Merkmale bestehen. Neben Vorurteilen und negativen Zuschreibungen gibt die vorliegende Expertise Hinweise auf diskriminierendes Verhalten seitens des medizinischen Personals und institutionelle Praktiken beziehungsweise Abläufe, die zu einer ungleichen Behandlung von Patient*innengruppen führen. Gleichzeitig wurde jedoch auch deutlich, dass es insgesamt an fundierter Forschung zum Ausmaß, zu den Formen sowie den Auswirkungen von Diskriminierung im Gesundheitswesen – differenziert nach den einzelnen Versorgungsbereichen (ambulante versus stationäre Gesundheitsversorgung, Rehabilitation) – mangelt.

Weitgehender Konsens besteht darin, dass die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems nach den einzelnen Versorgungsbereichen und den betrachteten Merkmalen variiert. Inwiefern die unterschiedliche Teilhabe auf mögliche Zugangsbarrieren zurückzuführen ist und diese zu einer ungleichen Versorgung führen, bleibt dabei jedoch größtenteils offen. So wird in den vorliegenden Studien nur selten empirisch die Frage verfolgt, welche Faktoren – unterschiedliche Bedarfe, Präferenzen für eine Versorgungsform (Allgemein- versus Fachärzt*innen), Grad der Informiertheit, Zugangsbarrieren, Angst vor Diskriminierung – ursächlich für Variationen in der Inanspruchnahme sind. Dass für einzelne AGG-Merkmale jedoch spezifische Barrieren im Zugang zum Gesundheitssystem existieren, wurde im Rahmen der Literaturanalyse und anhand der Expert*inneninterviews deutlich.

Diskriminierungsrisiken durch mangelnde Barrierefreiheit im Gesundheitssystem

Anhand des Literaturüberblicks wurde belegt, dass einzelne Gruppen von Patient*innen von spezifischen Barrieren im Zugang zur gesundheitlichen Versorgung betroffen sind, die eine gleichberechtigte Teilhabe am Gesundheitssystem erschweren. So zeigen sich für Menschen mit Behinderungen nicht nur strukturell bedingte Benachteiligungen infolge der **mangelnden (räumlichen) Barrierefreiheit** („Umweltbarrieren“), sondern auch spezifische Diskriminierungsrisiken hinsichtlich der Bereitschaft, Menschen mit Behinderungen in der ambulanten sowie stationären Gesundheitsversorgung aufzunehmen beziehungsweise zu

behandeln. Darüber hinaus stellen sowohl für Menschen mit Behinderungen als auch für Menschen mit geringen deutschen Sprachkenntnissen **Verständigungsschwierigkeiten** eine wesentliche Barriere im Zugang zur gesundheitlichen Versorgung und der Qualität der Behandlung dar. Allerdings mangelt es an sozial- und gesundheitswissenschaftlichen Studien, die die strukturellen Benachteiligungs- und Ausgrenzungsprozesse infolge der spezifischen Barrieren näher analysieren. So wird beispielsweise nur selten die Frage verfolgt, inwieweit sich Verständigungsschwierigkeiten auf die Diagnosestellung und Behandlungsqualität auswirken und möglicherweise zu einer Fehlversorgung führen.

Diskriminierungsrisiken in der Interaktion zwischen dem Gesundheitspersonal und den Patient*innen

Diskriminierungsrisiken im Gesundheitssystem resultieren insbesondere aus der **Kommunikations- und Interaktionsebene**: So wird merkmalsübergreifend geschildert, dass sich Patient*innen vom medizinischen Personal nicht ernst genommen oder nicht respektiert fühlen. Zudem wird insbesondere bei den Merkmalen ethnische Herkunft und sexuelle Identität von verbalen Übergriffen und abwertenden Bemerkungen berichtet. Diskriminierende Kommunikation äußert sich jedoch auch in der Nichtberücksichtigung der Patient*innen und der reinen Ansprache der Begleitperson (vor allem bei älteren Patient*innen und Menschen mit Behinderungen).

Die Kommunikationsebene wird dabei maßgeblich durch **negative Zuschreibungen, Vorurteile und Stereotypisierungen gegenüber bestimmten Patient*innengruppen** beeinflusst, die sich auf die Behandlungsqualität auswirken können. Im Hinblick auf Patient*innen mit einem höheren Lebensalter zeigte sich beispielsweise, dass defizitäre Altersbilder zu systematischen Stereotypisierungen führen und sowohl den Zugang zu medizinischen Leistungen als auch die Qualität der Gesundheitsversorgung beeinträchtigen können. So verweisen einzelne Studien auf Rationierungstendenzen in Form der Vorenthaltung beziehungsweise Verweigerung medizinischer Leistungen aufgrund der sexuellen Identität oder eines höheren Lebensalters. Insgesamt ist für die einzelnen im AGG genannten Merkmale jedoch bislang nicht systematisch erforscht worden, inwiefern Vorurteile und stereotype Zuschreibungen beim Gesundheitspersonal der jeweiligen Versorgungsbereiche manifestiert sind und zu diskriminierenden Handlungen in der gesundheitlichen Versorgung führen.

Diskriminierungsrisiken aufgrund mangelnden Fachwissens

Ein weiteres Diskriminierungsrisiko im Gesundheitssystem resultiert aus dem **mangelnden Fachwissen und der unzureichenden Sensibilisierung** des medizinischen und pflegenden Gesundheitspersonals für die teilweise spezifischen Bedürfnisse der Patient*innen. Der Literaturüberblick gibt diesbezüglich insbesondere Hinweise für eine fehlende flächendeckende Verbreitung des geriatrischen Fachwissens und des medizinischen Know-hows für behinderungsspezifische Besonderheiten. Ferner zeigten sich Mängel im Hinblick auf spezifische Trans*- und Inter*-Gesundheitsthemen und die Verbreitung von Erkrankungen, die außerhalb von Deutschland häufig auftreten. Inwiefern das unzureichende Fachwissen über die spezifischen Besonderheiten einzelner Patient*innengruppen die Qualität der Gesundheitsversorgung beeinträchtigt, bedarf jedoch der systematischen Erforschung.

Institutionelle Diskriminierungsrisiken

Darüber hinaus deuten die vorliegenden Studien auf institutionelle Diskriminierungsrisiken hin, die aus den standardisierten Abläufen und Routinen der Einrichtungen beziehungsweise niedergelassenen Praxen und dem damit verbundenen **Zeit- und Effizienzdruck** des medizinischen und pflegenden Personals resultieren. Mit der Einführung des leistungsorientierten, diagnosebezogenen Vergütungssystems nach Fallgruppen (Diagnosis Related Groups – DRG) in der stationären Gesundheitsversorgung „nimmt die Orientierung an wirtschaftlichen Zielen weiter zu“, was sich „negativ auf die Patient*innenversorgung und auf den Arbeitsalltag der Ärztinnen und Ärzte“ auswirkt (Flintrop 2006, Seite A 3082). So führt die

Ökonomisierung der Gesundheitsversorgung insbesondere zu Benachteiligungen bei Patient*innen mit besonderen Bedarfen (Deutscher Ethikrat 2016).

Der Literaturüberblick zeigte, dass die institutionellen Rahmenbedingungen der stationären Versorgung – wie der zunehmende Zeit- und Effizienzdruck des Gesundheitspersonals – zu einer Ungleichbehandlung von älteren Patient*innen führen kann. Zudem wurde belegt, dass die spezifischen Bedarfe von Menschen mit Behinderungen im DRG-System unzureichend abgebildet sind, woraus spezifische Formen der Benachteiligungen resultieren können. **Institutionelle Diskriminierungsrisiken infolge der Ökonomisierung des Gesundheitssystems** entstehen jedoch auch für Patient*innen mit geringen deutschen Sprachkenntnissen aufgrund fehlender zeitlicher Ressourcen für eine angemessene Kommunikation im klinischen Alltag. Weiterhin ist das Fallpauschalensystem ursächlich für die Ökonomisierung der Geburtshilfe, beispielsweise in Form des deutlichen Anstiegs der Kaiserschnittrate.

Eine weitere Form der institutionellen Diskriminierung stellt die mangelnde diversitätsorientierte Ausrichtung der Angebote des Gesundheitssystems dar, die strukturelle Ausgrenzungs- und Benachteiligungsprozesse begünstigen. Diskriminierungsrisiken im Zusammenhang mit Fragen der Kostenübernahme durch Krankenkassen und deren Abrechnungspraxis waren nicht Gegenstand dieser Expertise; sind jedoch ebenfalls von hoher Bedeutung. Zudem schränken **rechtliche Regelungen** – wie das Asylbewerberleistungsgesetz – sowohl den Zugang zur gesundheitlichen Versorgung als auch den Umfang der medizinischen Leistungen ein.

Für Deutschland liegen bislang keine empirisch fundierten Studien vor, die sich explizit mit den Formen und Auswirkungen von institutioneller Diskriminierung auf die Qualität der gesundheitlichen Versorgung auseinandersetzen.

Überblick zu den identifizierten Forschungslücken

Die skizzierten Diskriminierungsrisiken, die hier als Beispiele dienen und keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben, können sowohl zu Unterschieden in der Diagnose als auch der Behandlung führen und damit eine adäquate gesundheitliche Versorgung beeinträchtigen. Es mangelt jedoch insbesondere an Studien, die mögliche Unterschiede in der Qualität der Gesundheitsversorgung nach den einzelnen Merkmalen in den jeweiligen Versorgungsbereichen (ambulante sowie stationäre Gesundheitsversorgung, Rehabilitation) systematisch untersuchen. Während eine Vielzahl an Studien eine unterschiedliche Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems aufzeigt, setzen sich bislang nur wenige explizit mit Diskriminierung auseinander. Diese fokussieren größtenteils die Interaktionen zwischen Ärzt*innen und Patient*innen aus Sicht der Betroffenen. Sozial- oder gesundheitswissenschaftlichen Studien, die die Prozesse innerhalb der Institutionen näher untersuchen und in Bezug zu weiteren Teilsystemen des Gesundheitswesens (rechtliche Rahmenbedingungen, Krankenkassen und so weiter) setzen, liegen bislang kaum vor.

Während für einige der im AGG genannten Merkmale mögliche Erscheinungsformen von Diskriminierung im Gesundheitswesen vereinzelt untersucht wurden, mangelt es insbesondere an Erkenntnissen zu möglichen Benachteiligungen aufgrund des Geschlechts, der sexuellen Identität und der Religionszugehörigkeit.

Insgesamt lassen sich aus der Bestandsaufnahme der bisherigen Forschung und den Expert*inneninterviews folgende **merkmalsübergreifende Forschungsbedarfe zu den Diskriminierungsrisiken im Gesundheitswesen** identifizieren:

- Es bedarf einer **theoriegeleiteten**, konzeptionell fundierten Forschung zu Diskriminierung im Gesundheitswesen, die nicht nur Unterschiede zwischen Gruppen aufzeigt, sondern auch die zugrunde liegenden Mechanismen einer ungleichen Gesundheitsversorgung beleuchtet.

- Es bedarf der systematischen Erforschung, inwiefern die skizzierten Unterschiede in der Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung auf Diskriminierungsrisiken in Form von **Zugangsbarrieren** zurückzuführen sind. Hierzu sind Studien erforderlich, die den unterschiedlichen Bedarf im Hinblick auf den Gesundheitszustand berücksichtigen. In diesem Zusammenhang stellt sich zudem die Frage nach der Gesundheitsrelevanz der Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem (wie der Einfluss längerer Wartezeiten auf die Gesundheit).

- Es bedarf der systematischen Erfassung der Formen und Auswirkungen von **interpersonaler Diskriminierung** auf den Zugang zur gesundheitlichen Versorgung, der Diagnose und Behandlung in den einzelnen Versorgungsbereichen sowohl für Patient*innen als auch für Beschäftigte des Gesundheitssystems. Zudem gilt es zu untersuchen, inwiefern Vorurteile und negative Zuschreibungen gegenüber bestimmten Patient*innengruppen beim medizinischen und pflegenden Personal manifestiert sind und zu diskriminierenden Handlungen in der gesundheitlichen Versorgung führen.

- Es bedarf der systematischen Erfassung von **institutionellen Diskriminierungsrisiken** in der stationären Gesundheitsversorgung (insbesondere im Hinblick auf routinierte Abläufe, Alltagsnormen und Regelungen). Hierbei gilt es auch die Wechselwirkungen/Zusammenhänge zwischen diesen Institutionen und den rechtlichen Rahmenbedingungen zu untersuchen.

- Es bedarf der systematischen Erfassung, inwiefern Diskriminierung die **Qualität der Versorgung** und damit auch die Gesundheitsoutcomes beeinflusst. Hierzu sind Längsschnittstudien erforderlich.

- Es bedarf der verstärkten Berücksichtigung **intersektionaler** Diskriminierungsrisiken im Gesundheitswesen. So gibt es beispielsweise bislang keine Erkenntnisse zu den Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitswesen von LGBT mit Behinderung.

- Es sind **Subgruppenanalysen** innerhalb der einzelnen im AGG genannten Merkmale erforderlich, die eine differenzierte Betrachtung der Diskriminierungsrisiken und deren Einfluss auf die gesundheitliche Versorgungssituation ermöglichen.

- Neben den im AGG genannten Merkmalen sowie dem Körpergewicht und sozioökonomischen Status sind **weitere Personengruppen** (zum Beispiel wohnungslose Menschen) bei der Betrachtung von Diskriminierungsrisiken im Gesundheitswesen zu berücksichtigen. Zudem stellt die Gesundheitskompetenz (**Health Literacy**) ein zentrales Diskriminierungsrisiko im Zusammenhang mit dem Zugang zum Gesundheitssystem dar, welches sich nicht nur auf die Systemkenntnis, sondern auch auf die Rechtskenntnis der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland bezieht.

- Es bedarf der systematischen Erforschung von Diskriminierung mithilfe verschiedener **methodischer Zugänge**, beispielsweise der direkten Beobachtung von Abläufen und anhand von experimentellen Designs.

- Weiterhin bestehen Forschungsbedarfe in der systematischen Untersuchung der Nutzungshäufigkeit und Effektivität der unterschiedlichen und vielfältigen **Beschwerdesysteme** für Patient*innen, die Diskriminierungserfahrungen im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung erlebt haben.

4. Danksagung

Wir danken ganz besonders den Interviewpartner*innen für ihre Expertise:

Prof. Dr. Gabriele Dennert	Angewandte Sozialwissenschaften – Fachhochschule Dortmund
Dr. Ernst Girth	Menschenrechts- und Rassismusbeauftragter der Landesärztekammer Hessen
Dr. Jens Klein	Institut für Medizinische Soziologie – Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)
Dr. Laura Naegele	Institut für Gerontologie – Universität Vechta
Dr. Johannes Schenkel	Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)
Mirjam Schülle (M. Sc. Public Health)	Institut für Sozialwesen – Universität Kassel
Dr. Lisa Peppler	Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité Berlin

5. Literaturverzeichnis

#NoBodyIsDisposable (2020): #NoBodyIsDisposable Campaign Against Discrimination in Triage. Online verfügbar unter https://nobodyisdisposable.org/campaign/, zuletzt geprüft am 02.07.2021.

Adamietz, Laura; Bager, Katharina (2017): Gutachten: Regelungs- und Reformbedarf für transgeschlechtliche Menschen. Begleitmaterial zur Interministeriellen Arbeitsgruppe Inter- & Transsexualität. Hg. v. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin. Online verfügbar unter https://www.bmfsfj.de/blob/114064/460f9e28e5456f6cf2ebdb73a966f0c4/imag-band-7-regelungs--und-reformbedarf-fuer-transgeschlechtliche-menschen---band-7-data.pdf, zuletzt geprüft am 04.01.2021.

aerzteblatt.de (2018): Jede dritte Geburtsklinik musste Schwangere abweisen. Online verfügbar unter https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/88780/Jede-dritte-Geburtsklinik-musste-Schwangere-abweisen, zuletzt geprüft am 15.02.2021.

Akarsu, Merve; Kratzer, Wolfgang; Geibel, Margrit-Ann; Usadel, S.; Ulmer, Albrecht; Härter, Georg; Grüner, Beate (2016): Behandlungssituation HIV-positiver Patienten in Zahnarztpraxen. In: *Das Deutsche Zahnärzteblatt* 125 (1+2), Seite 6–12.

Akbulut, N.; Zick, A.; Razum, O. (2020): Conceptualization of Othering in public health. In: *European Journal of Public Health* 30 (5), ckaa165.1175.

Alabas, Oras A.; Gale, Chris P.; Hall, Marlous; Rutherford, Mark J.; Szummer, Karolina; Lawesson, Sofia Sederholm et al. (2017): Sex Differences in Treatments, Relative Survival, and Excess Mortality Following Acute Myocardial Infarction: National Cohort Study Using the SWEDEHEART Registry. In: *Journal of the American Heart Association* 6 (12), Seite 1–12. DOI: 10.1161/JAHA.117.007123.

Albrecht, Martin; Loos, Stefan; der Heiden, Iris an; Temizdemir, Ender; Ochmann, Richard; Sander, Monika; Bock, Hendrik (2019): Stationäre Hebammenversorgung. IGES Institut GmbH. Berlin. Online verfügbar unter https://www.iges.com/sites/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e24893/e24894/e24895/e24897/attr_objs24976/IGES_stationaere_Hebammenversorgung_092019_ger.pdf, zuletzt geprüft am 15.02.2021.

Albrecht, Martin; Loos, Stefan; Sander, Monika; Schliwen, Anke; Wolfschütz, Alina (2012): Versorgungs- und Vergütungssituation in der außerklinischen Hebammenhilfe. IGES Institut GmbH. Berlin. Online verfügbar unter https://hebammenrecht.de/igesgutachten.pdf, zuletzt geprüft am 11.11.2020.

Amnesty International (2017): Zum Wohle des Kindes? Für die Rechte von Kindern mit Variationen der Geschlechtsmerkmale in Dänemark und Deutschland. London. Online verfügbar unter https://www.amnesty.org/download/Documents/EUR0160862017GERMAN.PDF, zuletzt geprüft am 07.12.2020.

Antidiskriminierungsstelle des Bundes (2017a): Diskriminierung in Deutschland. Dritter gemeinsamer Bericht der Antidiskriminierungsstelle des Bundes und der in ihrem Zuständigkeitsbereich betroffenen Beauftragten der Bundesregierung und des Deutschen Bundestages. Berlin.

Antidiskriminierungsstelle des Bundes (2017b): „Handbuch Rechtlicher Diskriminierungsschutz“. Berlin.

Antidiskriminierungsstelle des Bundes (2018): Erhebung von subjektiven Diskriminierungserfahrungen. Erste Ergebnisse von Testfragen in der SOEP Innovations-Stichprobe 2016. Berlin. Online verfügbar unter https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/Expertisen/erhebung_von_subjektiven_diskr_erfahrungen_soep_innovations_stichprobe.pdf?__blob=publicationFile&v=3, zuletzt geprüft am 05.07.2021.

Antidiskriminierungsstelle des Bundes (2020a): Diskriminierungserfahrungen im Zusammenhang mit der Corona-Krise. Berlin. Online verfügbar unter https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/Dokumente_ohne_anzeige_in_Publikationen/20200504_Infopapier_zu_Coronakrise.pdf?__blob=publicationFile&v=1, zuletzt geprüft am 05.07.2021.

Antidiskriminierungsstelle des Bundes (2020b): Ist das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz auf medizinische Behandlungsverträge anwendbar? Berlin (Standpunkte, 01–09/2020). Online verfügbar unter https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/Standpunkte/01_Behandlungsvertraege.pdf?__blob=publicationFile&v=4, zuletzt geprüft am 05.07.2021.

Antidiskriminierungsstelle des Bundes (2020c): Jahresbericht 2019. Online verfügbar unter https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/Jahresberichte/2019.pdf?__blob=publicationFile&v=3, zuletzt geprüft am 05.07.2021.

Arabi, Ghazal; Reißmann, Daniel; Heydecke, Guido; Farhan, Daniel; Kofahl, Christopher (2013): Die Mundgesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland – eine kritische Betrachtung der vorliegenden Studien. In: *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift (DZZ)* 68, Seite 280–287.

Aronson, Elliot; Wilson, Timothy D.; Akert, Robin M. (2008): Sozialpsychologie. 6. aktualisierte Auflage München, Boston [u.a.]: Pearson Studium (Psychologie). Online verfügbar unter http://deposit.d-nb.de/cgi-bin/dokserv?id=3057665&prov=M&dok_var=1&dok_ext=htm, zuletzt geprüft am 02.07.2021.

Arslanian-Engoren, Cynthia (2001): Gender and age differences in nurses' triage decisions using vignette patients. In: *Nursing Research* 50 (1), Seite 61–66. DOI: 10.1097/00006199-200101000-00009.

Ayalon, Liat; Chasteen, Alison; Diehl, Manfred; Levy, Becca; Neupert, Shevaun D.; Rothermund, Klaus et al. (2020): Aging in Times of the COVID-19 Pandemic: Avoiding Ageism and Fostering Intergenerational Solidarity. In: *The Journals of Gerontology Series B Psychological Sciences and Social Sciences 76* (7), Seite 1–4. DOI: 10.1093/geronb/gbaa051.

Babitsch, Birgit; Braun, Tanja; Borde, Theda; David, Matthias (2008): Doctor's perception of doctor-patient relationships in emergency departments: What roles do gender and ethnicity play? In: *BMC Health Services Research* 8, Seite 82. DOI: 10.1186/1472-6963-8-82.

Backström, Bo; Schulte Hemming, Andreas (o.J.): Gender Bias/Unconscious Bias in Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft. Erkennen und Vermeiden – ein Handbuch für Klinikleitungen. Online verfügbar unter https://www.ampaq.de/html/img/pool/Handbuch_Klinikleiter.pdf, zuletzt geprüft am 12.10.2020.

Baier, Alicia (2019): Schwangerschaftsabbruch – das Tabu in der medizinischen Ausbildung. In: *profamilia magazin* 2, Seite 19–20.

Batz, F.; Becker, J.; Alba-Alejandre, I.; Thaler, C. J.; Rogenhofer, N. (2020): Mangelnde gynäkologische Versorgung nach geschlechtsangleichender Therapien bei Transidentität. In: Kongressabstracts zur Tagung 2020 der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG). Kongressabstracts zur Tagung 2020 der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG). München, 10/7/2020–10/10/2020: © 2020. Thieme. All rights reserved (Geburtshilfe und Frauenheilkunde).

Bauhoff, Sebastian; Göpffarth, Dirk (2018): Asylum-seekers in Germany differ from regularly insured in their morbidity, utilizations and costs of care. In: *PloS one* 13 (5), 1-11. DOI: 10.1371/journal.pone.0197881.

Baumann, Anne-Luise; Egenberger, Vera; Supik, Linda (2018): Erhebung von Antidiskriminierungsdaten in repräsentativen Wiederholungsbefragungen. Bestandsaufnahme und Entwicklungsmöglichkeiten. Hg. v. Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Berlin.

Beigang, Steffen; Fetz, Karolina; Kalkum, Dorina; Otto, Magdalena (2017): Diskriminierungserfahrungen in Deutschland. Ergebnisse einer Repräsentativ- und einer Betroffenenbefragung. Baden-Baden: Nomos.

Ben-Harush, Aya; Shiovitz-Ezra, Sharon; Doron, Israel; Alon, Sara; Leibovitz, Arthur; Golander, Hava et al. (2017): Ageism among physicians, nurses, and social workers: findings from a qualitative study. In: *European journal of ageing* 14 (1), Seite 39–48. DOI: 10.1007/s10433-016-0389-9.

Berens, Eva-Maria; Stahl, Lisa; Yilmaz-Aslan, Yüce; Sauzet, Odile; Spallek, Jacob; Razum, Oliver (2014): Participation in breast cancer screening among women of Turkish origin in Germany – a register-based study. In: *BMC Women's Health* 14 (24).

Berens, Eva-Maria; Yilmaz-Aslan, Yüce; Spallek, Jacob; Razum, Oliver (2016): Determinants of mammography screening participation among Turkish immigrant women in Germany – a qualitative study reflecting key informants' and women's perspectives. In: *European Journal of Cancer Care* 25 (1), Seite 38–48.

Bermejo, Isaac; Hölzel, Lars P.; Kriston, Levente; Härter, Martin (2012): Subjektiv erlebte Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 55 (8), Seite 944–953.

Beschoner, Petra; Braun, Maxi; Schönfeldt-Lecuona, Carlos; Freudenmann, Roland W.; Wietersheim, Jörn von (2016): Gender-Aspekte bei Ärztinnen und Ärzten: Berufsleben und psychosoziale Belastungen. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 59 (10), Seite 1343–1350. DOI: 10.1007/s00103-016-2431-7.

Bess, Carol (1995): Gender Bias in Health: A Life or Death Issue for Woman with Coronary Heart Disease. In: *Hastings Women's Law Journal* 6 (1), Seite 41–66. Online verfügbar unter https://repository.uchastings.edu/hwlj/vol6/iss1/3, zuletzt geprüft am 02.02.2021.

Beyer, Anne-Kristin; Wurm, Susanne; Wolff, Julia Katharina (2017): Älter werden-Gewinn oder Verlust? Individuelle Altersbilder und Altersdiskriminierung. In: Katharina Mahne, Julia Katharina Wolff, Julia Simonson und Clemens Tesch-Römer (Hg.): Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS). Wiesbaden: Springer VS, Seite 329–343.

Binder-Fritz, Christine; Rieder, Anita (2014): Zur Verflechtung von Geschlecht, sozioökonomischen Status und Ethnizität im Kontext von Gesundheit und Migration. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 57 (9), Seite 1031–1037.

Bispinck, Reinhard; Dribbusch, Heiner; Öz, Fikret; Stoll, Evelyn (2013): Einkommens- und Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. Eine Analyse auf Basis der WSI-Lohnspiegel-Datenbank. Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut. Düsseldorf. Online verfügbar unter https://www.boeckler.de/pdf/ta_lohnspiegel_2013_21_pflegeberufe.pdf, zuletzt geprüft am 05.07.2021.

Bloembergen, Wendy E.; Mauger, Elizabeth A.; Wolfe, Robert A.; Port, Friedrich K. (1997): Association of gender and access to cadaveric renal transplantation. In: *American Journal of Kidney Diseases* 30 (6), Seite 733–738. DOI: 10.1016/S0272-6386(97)90076-7.

Blum, Karl; Löffert, Sabine; Offermanns, Matthias; Steffen, Petra (2017): Krankenhausbarometer. Umfrage 2017. Deutsches Krankenhausinstitut. Düsseldorf.

Borde, Theda (2002): Patientinnenorientierung im Kontext der soziokulturellen Vielfalt im Krankenhaus. Vergleich der Erfahrungen und Wahrnehmungen deutscher und türkischsprachiger Patientinnen sowie des Klinikpersonals zur Versorgungssituation in der Gynäkologie. Berlin.

Borde, Theda (2018): Kommunikation und Sprache. In: *Gynäkologische Endokrinologie* 16 (1), Seite 3–9. DOI: 10.1007/s10304-017-0167-6.

Borde, Theda; Braun, Tanja; David, Matthias (2003): Gibt es Besonderheiten bei der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch Migrantinnen und Migranten? In: Theda Borde und Matthias David (Hg.): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt am Main: Marbuse-Verlag, Seite 43–81.

Borde, Theda; David, Matthias; Kentenich, Heribert (2002): Erwartungen und Zufriedenheit deutscher und türkischsprachiger Patientinnen im Krankenhaus – eine vergleichende Befragung in einer Berliner Frauenklinik. In: *Gesundheitswesen* 64 (8/9), Seite 476–485.

Börsch-Supan, Axel; Brandt, Martina; Hunkler, Christian; Kneip, Thorsten; Korbmacher, Julie; Malter, Frederick et al. (2013): Data Resource Profile: the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). In: *International Journal of Epidemiology* 42 (4), Seite 992–1001.

Bozorgmehr, Kayvan; Nöst, Stefan; Thaiss, Heidrun M.; Razum, Oliver (2016): Die gesundheitliche Versorgungssituation von Asylsuchenden: Bundesweite Bestandsaufnahme über die Gesundheitsämter. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 59 (5), Seite 545–555. DOI: 10.1007/s00103-016-2329-4.

Brand, T.; Kleer, D.; Samkange-Zeeb, F.; Zeeb, H. (2015a): Prävention bei Menschen mit Migrationshintergrund. Teilnahme, migrationssensible Strategien und Angebotscharakteristika. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 58 (6), Seite 584–592. Online verfügbar unter https://www.springermedizin.de/praevention-bei-menschen-mit-migrationshintergrund/8013488, zuletzt geprüft am 02.07.2021.

Brand, Tilman; Kleer, Daniela; Samkange-Zeeb, Florence; Zeeb, Hajo (2015b): Prävention bei Menschen mit Migrationshintergrund. Teilnahme, migrationssensible Strategien und Angebotscharakteristika. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 58 (6), Seite 584–592. DOI: 10.1007/s00103-015-2149-y.

Braun, Gracia; Zeeb, Hajo (2021): Gesundheitliche Dimensionen von Rassismus und Diskriminierung. In: Jacob Spallek und Hajo Zeeb (Hg.): Handbuch Migration und Gesundheit. Grundlagen, Perspektiven und Strategien. Bern: Hogrefe, Seite 389–396.

Brause, Michaela; Reutin, Barbara; Razum, Oliver; Schott, Thomas (2012): Rehabilitationserfolg bei Menschen mit türkischem Migrationshintergrund. Eine Auswertung von Routinedaten der Deutschen Rentenversicherungen Rheinland und Westfalen. In: *Die Rehabilitation* 51 (5), Seite 282–288. DOI: 10.1055/s-0031-1295448.

Brause, Michaela; Reutin, Barbara; Schott, Thomas; Yilmaz-Aslan, Yüce (2010): Migration und gesundheitliche Ungleichheit in der Rehabilitation. Versorgungsbedarf und subjektive Bedürfnisse türkischer und türkischstämmiger Migrant(inn)en im System der medizinischen Rehabilitation. Abschlussbericht. Bielefeld.

Brenne, Silke; David, Matthias; Borde, Theda; Breckenkamp, Jürgen; Razum, Oliver (2015): Werden Frauen mit und ohne Migrationshintergrund von den Gesundheitsdiensten gleich gut erreicht? Das Beispiel Schwangerenvorsorge in Berlin. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 58 (6), Seite 569–576. DOI: 10.1007/s00103-015-2141-6.

Brockmann, Hilke (2002): Why is less money spent on health care for the elderly than for the rest of the population? Health care rationing in German hospitals. In: *Social Science & Medicine* 55 (4), Seite 593–608. DOI: 10.1016/S0277-9536(01)00190-3.

Brücker, Herbert; Rother, Nina; Schupp, Jürgen (2016): IAB-BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten: Überblick und erste Ergebnisse. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW). Berlin (Politikberatung kompakt, 16).

Brucks, Ursula; Wahl, Wulf-Bodo (2003): Über-, Unter-, Fehlversorgung? Bedarfslücken und Strukturprobleme in der ambulanten Gesundheitsversorgung für Migrantinnen und Migranten. In: Theda Borde und Matthias David (Hg.): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt am Main: Marbuse-Verlag, Seite 15–33.

Brzoska, Patrick; Razum, Oliver (2014): Versorgungsprobleme und mögliche Lösungsstrategien bei Menschen mit Migrationshintergrund. Beispiel medizinische Rehabilitation. In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 139 (38), Seite 1895–1897. DOI: 10.1055/s-0034-1387238.

Brzoska, Patrick; Razum, Oliver (2015): Erreichbarkeit und Ergebnisqualität rehabilitativer Versorgung bei Menschen mit Migrationshintergrund. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 58 (6), Seite 553–559. DOI: 10.1007/s00103-015-2144-3.

Brzoska, Patrick; Razum, Oliver (2017): Herausforderungen einer diversitätssensiblen Versorgung in der medizinischen Rehabilitation. In: *Die Rehabilitation* 56 (5), Seite 299–304. DOI: 10.1055/s-0043-100014.

Brzoska, Patrick; Razum, Oliver (2019): Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation im Vorfeld der Erwerbsminderungsrente. Vergleich ausländischer und deutscher Staatsangehöriger unter besonderer Berücksichtigung von (Spät-)Aussiedler/-innen. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 52 (Suppl 1), Seite 70–77. DOI: 10.1007/s00391-018-1448-y.

Brzoska, Patrick; Sauzet, Odile; Yilmaz-Aslan, Yüce; Widera, Teresia; Razum, Oliver (2016): Self-rated treatment outcomes in medical rehabilitation among German and non-German nationals residing in Germany: an exploratory cross-sectional study. In: *BMC Health Services Research* 16 (1), Seite 105. DOI: 10.1186/s12913-016-1348-z.

Brzoska, Patrick; Sauzet, Odile; Yilmaz-Aslan, Yüce; Widera, Teresia; Razum, Oliver (2017a): Satisfaction with rehabilitative health care services among German and non-German nationals residing in Germany: a cross-sectional study. In: *BMJ open* 7 (8), e015520. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-015520.

Brzoska, Patrick; Spanier, Katja; Bethge, Matthias (2019): Potenziale des Dritten Sozialmedizinischen Panels für Erwerbspersonen (SPE-III) für die Forschung im Bereich Migration und Rehabilitation: Das Beispiel der Inanspruchnahme rehabilitativer Versorgung. In: *Die Rehabilitation* 58 (6), Seite 385–391. DOI: 10.1055/a-0847-3234.

Brzoska, Patrick; Voigtländer, Sven; Reutin, Barbara; Yilmaz-Aslan, Yüce; Barz, Irina; Starikow, Klara et al. (2010a): Rehabilitative Versorgung und gesundheitsbedingte Frühberentung von Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Abschlussbericht. Universität Bielefeld. Fakultät für Gesundheitswissenschaften. Bielefeld.

Brzoska, Patrick; Voigtländer, Sven; Spallek, Jacob; Razum, Oliver (2010b): Utilization and effectiveness of medical rehabilitation in foreign nationals residing in Germany. In: *European journal of epidemiology* 25 (9), Seite 651–660. DOI: 10.1007/s10654-010-9468-y.

Brzoska, Patrick; Yilmaz-Aslan, Yüce; Aksakal, Tugba; Razum, Oliver; Deck, Ruth; Langbrandtner, Jana (2017b): Migrationssensible Versorgungsstrategien in der orthopädischen Rehabilitation: Eine postalische Befragung in Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 60 (8), Seite 841–848. DOI: 10.1007/s00103-017-2572-3.

Budroni, Helmut; Dümke, Katrin; Dürdodt, Anke; Fringer, André; Pössenbacher, Winfried (2006): Behinderte Pflegewelten. In: *Pflege aktuell* (3), Seite 122–127.

Bundesärztekammer (2017): Richtlinie zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Richtlinie Hämotherapie). Aufgestellt gemäß §§ 12a und18 Transfusionsgesetz von der Bundesärztekammer im Einvernehmen mit dem Paul-Ehrlich-Institut. Online verfügbar unter https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MuE/Richtlinie_Haemotherapie_E_A_2019.pdf, zuletzt geprüft am 05.10.2020.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2011): Schreiben des BMAS vom 21. Februar 2011 an die Präsidentin der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V. Online verfügbar unter http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/reader_krankenhilfe_asylblg_sgb12.pdf, zuletzt geprüft am 09.03.2021.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2016): Zweiter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. Berlin.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2010): Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Altersbilder in der Gesellschaft und Stellungnahme der Bundesregierung. Berlin (Drucksache / Deutscher Bundestag, 17/3815).

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2016): Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften und Stellungnahme der Bundesregierung. Berlin (Drucksache 18/10210).

Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V. (2020): Gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderung verbessern! Positionspapier. Marburg.

Carrero, Juan-Jesus; Hecking, Manfred; Ulasi, Ifeoma; Sola, Laura; Thomas, Bernadette (2017): Chronic Kidney Disease, Gender, and Access to Care: A Global Perspective. In: *Seminars in nephrology* 37 (3), Seite 296–308. DOI: 10.1016/j.semnephrol.2017.02.009.

Chakkalakal, Rosette J.; Higgins, Stacy M.; Bernstein, Lisa B.; Lundberg, Kristina L.; Wu, Victor; Green, Jacqueline et al. (2013): Does patient gender impact resident physicians' approach to the cardiac exam? In: *Journal of General Internal Medicine* 28 (4), Seite 561–566. DOI: 10.1007/s11606-012-2256-5.

Chang, Anna Marie; Mumma, Bryn; Sease, Keara L.; Robey, Jennifer L.; Shofer, Frances S.; Hollander, Judd E. (2007): Gender bias in cardiovascular testing persists after adjustment for presenting characteristics and cardiac risk. In: *Academic Emergency Medicine* 14 (7), Seite 599–605. DOI: 10.1197/j.aem.2007.03.1355.

Chen, Esther H.; Shofer, Frances S.; Dean, Anthony J.; Hollander, Judd E.; Baxt, William G.; Robey, Jennifer L. et al. (2008): Gender disparity in analgesic treatment of emergency department patients with acute abdominal pain. In: *Academic Emergency Medicine* 15 (5), Seite 414–418. DOI: 10.1111/j.1553-2712.2008.00100.x.

Cholongitas, Evangelos; Marelli, Laura; Kerry, Andrew; Goodier, David W.; Nair, Devakir; Thomas, Montois et al. (2007): Female liver transplant recipients with the same GFR as male recipients have lower MELD scores--a systematic bias. In: *American Journal of Transplantation* 7 (3), Seite 685–692. DOI: 10.1111/j.1600-6143.2007.01666.x.

Christliche Krankenhäuser in Deutschland (2021): Wer wir sind. Online verfügbar unter https://christliche-krankenhaeuser.de/#/wer-wir-sind, zuletzt geprüft am 19.02.2021.

Clerc Liaudat, Christelle; Vaucher, Paul; Francesco, Tommaso de; Jaunin-Stalder, Nicole; Herzig, Lilli; Verdon, François et al. (2018): Sex/gender bias in the management of chest pain in ambulatory care. In: *Women's Health* 14, 1745506518805641. DOI: 10.1177/1745506518805641.

Darden, Michael; Parker, Geoff; Anderson, Edward; Buell, Joseph F. (2020): Persistent sex disparity in liver transplantation rates. In: *Surgery*. DOI: 10.1016/j.surg.2020.06.028.

David, Matthias; Braun, Tanja; Borde, Theda (2006): (Fehl-)Inanspruchnahme von klinischen Rettungsstellen. In: *Notfall + Rettungsmedizin* 9 (8), Seite 673–678. DOI: 10.1007/s10049-006-0865-4.

Davis, Dána-Ain (2019): Obstetric Racism: The Racial Politics of Pregnancy, Labor, and Birthing. In: *Medical Anthropology* 38 (7), Seite 560–573. DOI: 10.1080/01459740.2018.1549389.

Dennert, Gabriele; Wolf, Gisela (2009): Gesundheit lesbischer und bisexueller Frauen. Zugangsbarrieren im Versorgungssystem als gesundheitspolitische Herausforderung. In: *Femina Politica* (1), Seite 48–58.

Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (2012): positive stimmen verschaffen sich gehör! Die Umsetzung des PLHIV Stigma Index in Deutschland. 1. Auflage Hg. v. Deutsche AIDS-Hilfe e.V. Berlin.

Deutscher Bundestag (2020): Umsetzung einer barrierefreien Gesundheitsversorgung. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Corinna Rüffer, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Drucksache 19/23214.

Deutscher Ethikrat (2016): Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus. Stellungnahme. Berlin.

Deutscher Hebammenverband; Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (2020): Gemeinsame Stellungnahme des Deutschen Hebammenverbands (DHV) und der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG) zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Versorgungsverbesserungsgesetz – GPVG). Berlin. Online verfügbar unter https://www.hebammenverband.de/index.php?eID=tx_securedownloads&p=5479&u=0&g=0&t=1633332686&hash=42c597b763ac822949a62b66209801206535feb1&file=/fileadmin/user_upload/pdf/Stellungnahmen/24200820_DHV_DGGG_Stellungnahme_Versorgungsverbesserungsgesetz.pdf, zuletzt geprüft am 05.07.2021.

Deutsches Institut für Menschenrechte (2017): Altersdiskriminierung und das Recht Älterer auf Freiheit von Gewalt, Misshandlung und Vernachlässigung. Fachgespräche zur Vorbereitung der 8. Sitzung der UN Open Ended Working Group on Ageing (OEWG-A). Dokumentation. Berlin.

Deutsches Institut für Menschenrechte (2020): Das Recht auf gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen in der Corona-Pandemie. Stellungnahme. Berlin.

Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2016): 11. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration – Teilhabe, Chancengleichheit und Rechtsentwicklung in der Einwanderungsgesellschaft Deutschland. Berlin.

Dobrowolska, Beata; Jędrzejkiewicz, Bernadeta; Pilewska-Kozak, Anna; Zarzycka, Danuta; Ślusarska, Barbara; Deluga, Alina et al. (2019): Age discrimination in healthcare institutions perceived by seniors and students. In: *Nursing ethics* 26 (2), Seite 443–459. DOI: 10.1177/0969733017718392.

Drewniak, Daniel; Krones, Tanja; Wild, Verina (2017): Do attitudes and behavior of health care professionals exacerbate health care disparities among immigrant and ethnic minority groups? An integrative literature review. In: *International Journal of Nursing Studies* 70, Seite 89–98. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2017.02.015.

Drygalla, Jeannette (2010): Theoretische und empirische Perspektiven auf Mobbing im Berufsalltag Pflegender in Universitätsklinika. Dissertation. Martin-Luther-Universität, Halle-Wittenberg. Online verfügbar unter https://opendata.uni-halle.de/bitstream/1981185920/6950/1/Theoretische%20und%20empirische%20Perspektiven%20auf%20Mobbing%20im%20Berufsalltag%20Pflegender%20in%20Universit%C3%A4tsklinika.pdf, zuletzt geprüft am 19.11.2020.

Eichenhofer, Eberhard (2013): Gesundheitsleistungen für Flüchtlinge. In: *ZAR*, Seite 169–175.

Elsuni, Sarah (2013): Diskriminierung im Gesundheitswesen. Landesstelle für Gleichbehandlung – gegen Diskriminierung. Berlin.

Engelmann, Carsten; Grote, Gudela; Miemietz, Bärbel; Vaske, Bernhard; Geyer, Siegfried (2015): Weggegangen – Platz vergangen? Karriereaussichten universitären Gesundheitspersonals nach Rückkehr aus einer Elternzeit: Befragung und Beobachtungsstudie. In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 140 (4), Seite 28–35. DOI: 10.1055/s-0041-100305.

Epping, J.; Tetzlaff, J.; Geyer, S. (2017): Haben besser verdienende Männer höhere Chancen auf eine Spenderniere? Geschlechter- und Einkommensunterschiede in der Nierentransplantation. In: Gemeinsame Jahrestagung – der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie e.V. (DGEpi), – der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie e.V. (DGMS) und – der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention e.V. (DGSMP). Gemeinsam forschen – gemeinsam handeln. Lübeck, 9/5/2017–9/8/2017: Georg Thieme Verlag KG (Das Gesundheitswesen).

Esslinger, Adelheid S.; Schilk, Stefanie (2014): Feminisierung des Ärzteberufes und die Konsequenzen im Krankenhaus. In: Ricarda B. Bouncken, Mario A. Pfannstiel und Andreas J. Reuschl (Hg.): Dienstleistungsmanagement im Krankenhaus II. Prozesse, Produktivität, Diversität, Bd. 108. Wiesbaden: Springer Gabler, Seite 429–452.

Esslinger, Adelheid Susanne; Franke, S.; Heppner, Hans Jürgen (2007): Altersabhängige Priorisierung von Gesundheitsleistungen-Perspektiven für das deutsche Gesundheitswesen. In: *Gesundheitswesen* 69 (1), Seite 11–17. DOI: 10.1055/s-2007-960490.

Esslinger, Adelheid Susanne; Hajek, S.; Schöffski, Oliver; Heppner, Hans Jürgen (2008): Rationierung von Gesundheitsleistungen im Alter – theoretische Reflexion und praktische Relevanz. In: *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 13 (05), Seite 276–282. DOI: 10.1055/s-2008-1027363.

European Union Agency for Fundamental Rights (FRA) (2014): Being trans in the European Union. Comparative analysis of EU LGBT survery data. Europäische Union. Luxembourg (Equality).

European Union Agency for Fundamental Rights (FRA) (2020): Intersex specific questions – Provision of informed consent to medical treatment or intervention to modify sex characteristics. Wien. Online verfügbar unter https://fra.europa.eu/en/data-and-maps/2020/lgbti-survey-data-explorer, zuletzt geprüft am 19.03.2021.

Fachkommission der Bundesregierung zu den Rahmenbedingungen der Integrationsfähigkeit (2020): Gemeinsam die Einwanderungsgesellschaft gestalten. Berlin.

Flintrop, Jens (2006): Auswirkungen der DRG-Einführung: Die ökonomische Logik wird zum Maß der Dinge. In: *Deutsches Ärzteblatt* 103 (46), A 3082-A 3085.

Forschungsbereich beim Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration (2018): „Wo kommen Sie eigentlich ursprünglich her?“ Diskriminierungserfahrungen und phänotypische Differenz in Deutschland. Berlin.

Frank, Laura; Yesil-Jürgens, Rahsan; Born, Sabine; Hoffmann, Robert; Santos-Hövener, Claudia; Lampert, Thomas (2018): Maßnahmen zur verbesserten Einbindung und Beteiligung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in KiGGS Welle 2. In: *Journal of Health Monitoring* 3 (1), Seite 134–151.

Frank, Laura; Yesil-Jürgens, Rahsan; Razum, Oliver; Bozorgmehr, Kayvan; Schenk, Liane; Gilsdorf, Andreas et al. (2017): Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland. In: *Journal of Health Monitoring* 2 (1), Seite 24–47. DOI: 10.17886/RKI-GBE-2017-005.

Franke, Bernhard; Schlichtmann, Gisbert (2018): § 19. In: Wolfgang Däubler und Martin Bertzbach (Hg.): Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz. 4. Auflage. Baden-Baden: Nomos.

Franzen, Jannik; Sauer, Arn (2010): Benachteiligung von Trans*Personen, insbesondere im Arbeitsleben: Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Online verfügbar unter https://static1.squarespace.com/static/572347337da24f738c352ec7/t/588e15708419c2ec3fdbfbc7/1485706613853/benachteiligung_von_trans_personen_insbesondere_im_arbeitsleben.pdf, zuletzt geprüft am 02.07.2021.

Frohn, Dominic (2007): Out im Office?! Sexuelle Identität, (Anti-)Diskriminierung und Diversity am Arbeitsplatz. Hg. v. Schwules Netzwerk NRW, LAG Lesben in NRW und Schwules Forum Niedersachsen. Köln, Düsseldorf, Hannover.

Fuchs, W.; Ghattas, D.C., Reinert, D., Widmann, C. (2012): Studie zur Lebenssituation von Transsexuellen in Nordrhein-Westfalen. Hg. v. Lesben- und Schwulenverband in Deutschland (LSVD) e.V. Online verfügbar unter https://www.lsvd.de/fileadmin/pics/Dokumente/TSG/Studie_NRW.pdf, zuletzt geprüft am 19.03.2021.

Gaebel, Wolfgang; Baumann, Anja; Zäske, Harald (2005): Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch Erkrankter als Herausforderung für die Gesundheitsversorgung in Deutschland. In: Mathias Berger, Jürgen Fritze, Christa Roth-Sackenheim und Ulrich Voderholzer (Hg.): Die Versorgung psychischer Erkrankungen in Deutschland. Aktuelle Stellungnahmen der DGPPN 2003–2004. Berlin, Heidelberg: Springer, Seite 21–26.

Galatsch, Michael; Iskenius, Mario; Müller, Bernd Hans; Hasselhorn, Hans Martin (2012): Vergleich der Gesundheit und Identifizierung von Prädiktoren der Gesundheit in verschiedenen Altersgruppen Pflegender in Deutschland. In: *Pflege* 25 (1), Seite 23–32. DOI: 10.1024/1012-5302/a000167.

Galvão, Taís Freire; Tiguman, Gustavo Magno Baldin; Da Costa Filho, Douglas Borges; Silva, Marcus Tolentino (2020): Waiting time and medical consultation length in the Manaus metropolitan region, Brazil: a cross-sectional, population-based study. In: *Epidemiologia e servicos de saude : revista do Sistema Unico de Saude do Brasil* 29 (4), e2020026. DOI: 10.5123/s1679-49742020000400014.

Gargano, Julia Warner; Wehner, Susan; Reeves, Mathew J. (2009): Do presenting symptoms explain sex differences in emergency department delays among patients with acute stroke? In: *Stroke* 40 (4), Seite 1114–1120. DOI: 10.1161/STROKEAHA.108.543116.

Gensch, Kristina (2010): Berufsentscheidung junger Ärztinnen und Ärzte: Auswirkungen auf das ärztliche Versorgungsangebot. In: Friedrich Wilhelm Schwartz und Peter Angerer (Hg.): Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten. Befunde und Interventionen. [Kommunikation, persönliche Ressourcen, Arbeitsbedingungen, ökonomische Rahmenbedingungen; ... Symposium „Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten – Befunde und Intervention“ am 10. Februar 2009 in Berlin]. Köln: Dt. Ärzte-Verl. (Report Versorgungsforschung, 2), Seite 127–136.

Gerlach, Heli; Abholz, Heinz-Harald; Koc, Güllü; Yilmaz, Mustafa; Becker, Nicole (2012): „Ich möchte als Migrant auch nicht anders behandelt werden“. Fokusgruppen zu Erfahrungen von Patienten mit Migrationshintergrund aus der Türkei. In: *Z Allg Med* 88 (2), Seite 77–85.

Gerlach, Heli; Becker, Nicole; Abholz, Heinz-Harald (2008a): Welche Erfahrungen haben deutsche Hausärzte mit Patienten mit Migrationshintergrund? Ergebnisse einer Fokusgruppendiskussion mit Hausärzten. In: *Z Allg Med* 84 (10), Seite 428–435. DOI: 10.1055/s-0028-1087184.

Gerlach, Heli; Becker, Nicole; Fuchs, Angela; Wollny, Anja; Abholz, Heinz-Harald (2008b): Diskriminierung von Schwarzen aufgrund ihrer Hautfarbe? Ergebnisse von Fokusgruppendiskussionen mit Betroffenen im deutschen Gesundheitswesen. In: *Gesundheitswesen* 70 (1), Seite 47–53. DOI: 10.1055/s-2007-1022524.

Geschäftsstelle der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten (2020): Leitfaden für Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher an Krankenhäusern.

Gesundheit für Geflüchtete. Informationsportal von Medibüros/Medinetzen: Gesundheitskarte. Online verfügbar unter http://gesundheit-gefluechtete.info/gesundheitskarte/, zuletzt geprüft am 03.02.2021.

Glaesmer, Heide; Wittig, Ulla; Braehler, Elmar; Martin, Alexandra; Mewes, Ricarda; Rief, Winfried (2011): Health care utilization among first and second generation immigrants and native-born Germans: a population-based study in Germany. In: *International Journal of Public Health* 56 (5), Seite 541–548. DOI: 10.1007/s00038-010-0205-9.

Göpffarth, Dirk; Bauhoff, Sebastian (2017): Gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden – Untersuchungen anhand von Abrechnungsdaten der BARMER. In: Repschläger Uwe, Schulte Claudia und Osterkamp Nicole (Hg.): BARMER GEK Gesundheitswesen Aktuell 2017. Beiträge und Analysen, Seite 32–65.

Grande, Gesine; Leppin, Anja; Romppel, Matthias; Altenhöner, Thomas; Mannebach, Hermann (2002): Frauen und Männer nach Herzinfarkt: Gibt es in Deutschland geschlechtsspezifische Unterschiede in der Inanspruchnahme rehabilitativer Leistungen? In: *Die Rehabilitation* 41 (5), Seite 320–328. DOI: 10.1055/s-2002-34569.

Greenwood, Brad N.; Carnahan, Seth; Huang, Laura (2018): Patient-physician gender concordance and increased mortality among female heart attack patients. In: *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 115 (34), Seite 8569–8574. DOI: 10.1073/pnas.1800097115.

Groß, Sophie E.; Pfaff, Holger; Swora, Michael; Ansmann, Lena; Albert, Ute-Susann; Groß-Kunkel, Anke (2020): Health disparities among breast cancer patients with/without disabilities in Germany. In: *Disability and health journal* 13 (2), Seite 100873. DOI: 10.1016/j.dhjo.2019.100873.

Habermann-Horstmeier, Lotte (2019): Menschen mit geistiger Behinderung im Krankenhaus. In: *Pflege Zeitschrift* 72 (4).

Haji Loueian, Elnaz; Lange, D. R.; Borde, Theda; David, Matthias; Babitsch, Birgit (2012): Werden klinische Notfallambulanzen angemessen genutzt? In: *Notfall + Rettungsmedizin* 15 (8), Seite 683–689. DOI: 10.1007/s10049-012-1603-8.

Hamberg, Katarina; Risberg, Gunilla; Johansson, Eva E.; Westman, Göran (2002): Gender bias in physicians' management of neck pain: a study of the answers in a Swedish national examination. In: *Journal of Women's Health & Gender-based Medicine* 11 (7), Seite 653–666. DOI: 10.1089/152460902760360595.

Hasseler, Martina (2014): Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen als vulnerable Bevölkerungsgruppe in gesundheitlicher Versorgung. In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 139 (40), Seite 2030–2034. DOI: 10.1055/s-0034-1387334.

Hasseler, Martina (2015a): Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen als vulnerable Bevölkerungsgruppe in der gesundheitlichen Versorgung. Ausgewählte Ergebnisse einer qualitativ-explorierenden Untersuchung mit dem Fokus auf defizitären Erfahrungen. In: *Die Rehabilitation* 54 (6), Seite 369–374. DOI: 10.1055/s-0041-108468.

Hasseler, Martina (2015b): Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen in der akut-stationären Versorgung. Ausgewählte Ergebnisse einer qualitativ-explorativen Untersuchung. In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 140 (21), e217–e223.

Heston, Thomas F.; Lewis, Lawrence M. (1992): Gender bias in the evaluation and management of acute nontraumatic chest pain. In: *Family Practice Research Journal* 12 (4), Seite 383–389.

Higashi, Robin T.; Tillack, Allison A.; Steinman, Michael; Harper, Michael; Johnston, C. Bree (2012): Elder care as "frustrating" and "boring": understanding the persistence of negative attitudes toward older patients among physicians-in-training. In: *Journal of aging studies* 26 (4), Seite 476–483. DOI: 10.1016/j.jaging.2012.06.007.

Höcker, Johannes Till (2010): Sozialmedizinische Aspekte der medizinischen Versorgung gehörloser Menschen in Deutschland. Entwicklung und Durchführung einer internetbasierten Umfrage mit Gebärdensprachvideos. Mainz.

Hoenes, Josch; Januschke, Eugen; Klöppel, Ulrike (2019): Häufigkeit normangleichender Operationen „uneindeutiger" Genitalien im Kindesalter. Follow-up-Studie. Ruhr Universität Bochum. Bochum. Online verfügbar unter https://www.bmfsfj.de/resource/blob/136860/54ea839a1a2894a58ba75db04c7be43b/studie-zu-normangleichenden-operationen-uneindeutiger-genitalien-im-kindesalter-data.pdf, zuletzt geprüft am 19.03.2021.

Hoffmann, Diane E.; Tarzian, Anita J. (2001): The girl who cried pain: a bias against women in the treatment of pain. In: *The Journal of Law, Medicine & Ethics* 29 (1), Seite 13–27. DOI: 10.1111/j.1748-720x.2001.tb00037.x.

Hofmeister, Dirk; Rothe, Katharina; Alfermann, Dorothee; Brähler, Elmar (2010): Ärztemangel selbst gemacht! Über berufliche Belastungen, Gratifikationskrisen und das Geschlechterverhältnis von Berufsanfängern in der Medizin. In: Friedrich Wilhelm Schwartz und Peter Angerer (Hg.): Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten. Befunde und Interventionen. [Kommunikation, persönliche Ressourcen, Arbeitsbedingungen, ökonomische Rahmenbedingungen; ... Symposium „Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten – Befunde und Intervention" am 10. Februar 2009 in Berlin]. Köln: Dt. Ärzte-Verl. (Report Versorgungsforschung, 2), Seite 159–173.

Hohmann, Isabel; Glaesmer, Heide; Nesterko, Yuriy (2018): Zugewanderte Ärzte: Chancen und Herausforderungen im deutschen Klinikalltag. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 68 (12), Seite 506–515. DOI: 10.1055/s-0043-121635.

Holdcroft, Anita (2007): Gender bias in research: how does it affect evidence based medicine? In: *Journal of the Royal Society of Medicine* 100 (1), Seite 2–3. DOI: 10.1177/014107680710000102.

Hollederer, Alfons (2020): Die Gewährleistung von Krankheitshilfen bei asylsuchenden Menschen: Zweiklassenmedizin in Deutschland? In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 63 (10), Seite 1203–1218. DOI: 10.1007/s00103-020-03215-7.

Ilkilic, Ilhan (2007): Medizinethische Aspekte im Umgang mit muslimischen Patienten. In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 132 (30), Seite 1587–1590. DOI: 10.1055/s-2007-984940.

Ilkilic, Ilhan (2021): Kommunikation und Ethik in interkulturellen Behandlungssituationen. In: Jacob Spallek und Hajo Zeeb (Hg.): Handbuch Migration und Gesundheit. Grundlagen, Perspektiven und Strategien. Bern: Hogrefe, Seite 67–76.

Initiative für eine gerechte Geburtshilfe in Deutschland (o.J.): Gewalt in der Geburtshilfe. Online verfügbar unter https://www.gerechte-geburt.de/wissen/gewalt-in-der-geburtshilfe/, zuletzt geprüft am 07.01.2021.

Intersexuelle Menschen e.V. (2020): Fakten zu Intergeschlechtlichkeit. Hauptforderung: Genitalverändernde Operationen an intergeschlechtlich geborenen Kindern verbieten. Online verfügbar unter https://www.selbstverstaendlich-vielfalt.de/wp-content/uploads/2020/09/faktenpapier-2-imev.pdf, zuletzt geprüft am 07.12.2020.

Jaschke, Philipp; Kosyakova, Yuliya (2021): Does Facilitated and Early Access to the Healthcare System Improve Refugees' Health Outcomes? Evidence from a Natural Experiment in Germany. In: *International Migration Review*, 1-31. DOI: 10.1177/0197918320980413.

Johar, Meliyanni; Jones, Glenn; Keane, Micheal P.; Savage, Elizabeth; Stavrunova, Olena (2013): Discrimination in a universal health system: explaining socioeconomic waiting time gaps. In: *Journal of Health Economics* 32 (1), Seite 181–194. DOI: 10.1016/j.jhealeco.2012.09.004.

Johnston, Nina; Bornefalk-Hermansson, Anna; Schenck-Gustafsson, Karin; Held, Claes; Goodman, Shaun G.; Yan, Andrew T.; Bierman, Arlene S. (2013): Do clinical factors explain persistent sex disparities in the use of acute reperfusion therapy in STEMI in Sweden and Canada? In: *European Heart Journal. Acute Cardiovascular Care* 2 (4), Seite 350–358. DOI: 10.1177/2048872613496940.

Jung, Franziska U. C. E.; Luck-Sikorski, Claudia; König, Hans-Helmut; Riedel-Heller, Steffi G. (2016): Stigma and Knowledge as Determinants of Recommendation and Referral Behavior of General Practitioners and Internists. In: *Obesity Surgery* 26 (10), Seite 2393–2401. DOI: 10.1007/s11695-016-2104-5.

Jung, Tina (2017): Die „gute Geburt" – Ergebnis richtiger Entscheidungen? Zur Kritik des gegenwärtigen Selbstbestimmungsdiskurses vor dem Hintergrund der Ökonomisierung des Geburtshilfesystems. In: *GENDER* 9 (2), Seite 30–45. Online verfügbar unter https://elibrary.utb.de/doi/epdf/10.3224/gender.v9i2.03, zuletzt geprüft am 15.02.2021.

Jungehulsing, Gerhard Jan; Rossnagel, Karin; Nolte, Christian H.; Müller-Nordhorn, Jacqueline; Roll, Stephanie; Klein, Michael et al. (2006): Emergency department delays in acute stroke – analysis of time between ED arrival and imaging. In: *European Journal of Neurology* 13 (3), Seite 225–232. DOI: 10.1111/j.1468-1331.2006.01170.x.

Kaarboe, Oddvar; Carlsen, Fredrik (2014): Waiting times and socioeconomic status. Evidence from Norway. In: *Health Economics* 23 (1), Seite 93–107. DOI: 10.1002/hec.2904.

Kalkum, Dorina; Otto, Magdalena (2017): Diskriminierungserfahrungen in Deutschland anhand der sexuellen Identität. Ergebnisse einer quantitativen Betroffenenbefragung und qualitativer Interviews: Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Online verfügbar unter https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/Expertisen/expertise_diskrimerfahrungen_in_de_anhand_der_sex_identitaet.pdf?__blob=publicationFile&v=3, zuletzt geprüft am 05.07.2021.

Kaul, Thomas; Büchler, Nele; Gelhardt, Anne (2017): Gehörlose Menschen im Alter – Herausforderungen in der gesundheitlichen Versorgung. In: *Public Health Forum* 25 (4), Seite 324–236.

Kaul, Thomas; Gelhardt, Anne; Klinner, Susanne; Menzel, Frank (2009): Zur Situation gehörloser Menschen im Alter (SIGMA). Abschlussbericht der wissenschaftlichen Untersuchung. Universität zu Köln.

Kessler, Eva-Marie; Blachetta, Christin (2020): Age cues in patients' [9] descriptions influence treatment attitudes. In: *Aging & mental health* 24 (1), Seite 193–196. DOI: 10.1080/13607863.2018.1515889.

Kessler, Eva-Marie; Bowen, Catherine E. (2020): COVID ageism as a public mental health concern. In: *The Lancet. Healthy Longevity* 1 (1), e12.

Kessler, Eva-Marie; Gellert, Paul (2020): Öffentliche Kommunikation und Berichterstattung zu „Corona & Alter". Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG), Sektion III (Sozial- und Verhaltenswissenschaftliche Gerontologie). Online verfügbar unter https://www.dggg-online.de/fileadmin/aktuelles/covid-19/20200401_Paper-Kommunikation-Alter-und-Corona-SektionIII.pdf, zuletzt geprüft am 02.07.2021.

Kessler, Eva-Marie; Schneider, Teresa (2019): Do Treatment Attitudes and Decisions of Psychotherapists-in-Training Depend on a Patient's Age? In: *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences* 74 (4), Seite 620–624. DOI: 10.1093/geronb/gbx078.

Kessler, Eva-Marie; Strumpen, Sarina; Kricheldorff, Cornelia; Franke, Annette; Pantel, Johannes; Gellert, Paul (2020): Partizipation und soziale Teilhabe älterer Menschen trotz Corona-Pandemie ermöglichen. Gemeinsames Statement der Sektionen für Geriatrische Medizin (II), Sozial- und Verhaltenswissenschaftliche Gerontologie (III), Soziale Gerontologie und Altenhilfe (IV) der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG e.V.). Online verfügbar unter https://www.dggg-online.de/fileadmin/aktuelles/covid-19/20200424_DGGG_Statement_Sektionen_II_III_IV_Soziale_Teilhabe_und_Partizipation.pdf, zuletzt geprüft am 02.07.2021.

Khalil, Samir; Lietz, Almuth; Mayer, Sabrina J. (2020): Systemrelevant und prekär beschäftigt: Wie Migrant*innen unser Gemeinwesen aufrecht erhalten. Berlin. Online verfügbar unter https://dezim-institut.de/fileadmin/Publikationen/Research_Notes/DRN_3_Systemrelevante__Berufe/ResearchNotes_03_200525_web.pdf, zuletzt geprüft am 01.08.2020.

Kivelitz, Laura; Watzke, Birgit; Schulz, Holger; Härter, Martin; Melchior, Hanne (2015): Versorgungsbarrieren auf den Behandlungswegen von Patienten mit Angst- und depressiven Erkrankungen. Eine qualitative Interviewstudie. In: *Psychiatr Prax* 42 (8), Seite 424–429.

Klaus, Daniela; Engstler, Heribert (2017): Daten und Methoden des Deutschen Alterssurveys. In: Katharina Mahne, Julia Katharina Wolff, Julia Simonson und Clemens Tesch-Römer (Hg.): Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS). Wiesbaden: Springer VS, Seite 29–45.

Klein, Jens; Hofreuter-Gätgens, Kerstin; Knesebeck, Olaf von dem (2014): Socioeconomic Status and the Utilization of Health Services in Germany: A Systematic Review. In: Christian Janssen, Enno Swart und Thomas von Lengerke (Hg.): Health Care Utilization in Germany. Theory, Methodology, and Results. Auflage 2014. New York, NY: Springer New York, Seite 117–143.

Klein, Jens; Knesebeck, Olaf von dem (2016): Soziale Unterschiede in der ambulanten und stationären Versorgung: Ein Überblick über aktuelle Befunde aus Deutschland. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 59 (2), Seite 238–244. DOI: 10.1007/s00103-015-2283-6.

Klein, Jens; Knesebeck, Olaf von dem (2018): Inequalities in health care utilization among migrants and non-migrants in Germany: a systematic review. In: *International Journal for Equity in Health* 17 (1), Seite 160. DOI: 10.1186/s12939-018-0876-z.

Klein, Ludger; Stahlmann, Anne (2019): „ICH? Zu alt?" Diskriminierung älterer Menschen. Abschlussbericht eines Praxisforschungsprojektes. Hg. v. Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. Frankfurt am Main (ISS-aktuell, 01).

Klimke, Romy (2020): „Du sollst mit Schmerzen Kinder gebären" – Obstetrische Gewalt in deutschen Kreißsälen. In: *Kritische Justiz* 53 (4), Seite 513–528. DOI: 10.5771/0023-4834-2020-4-513.

Klingler, Corinna; Marckmann, Georg (2016): Difficulties experienced by migrant physicians working in German hospitals: a qualitative interview study. In: *Human resources for health* 14 (1), Seite 57. DOI: 10.1186/s12960-016-0153-4.

Klöppel, Ulrike (2016): Zur Aktualität kosmetischer Operationen „uneindeutiger" Genitalien im Kindesalter. Zentrum für transdisziplinäre Geschlechterstudien (Bulletin Texte, 42). Online verfügbar unter https://www.gender.hu-berlin.de/de/publikationen/gender-bulletin-broschueren/bulletin-texte/texte-42/kloeppel-2016_zur-aktualitaet-kosmetischer-genitaloperationen, zuletzt geprüft am 11.02.2021.

Knesebeck, Olaf von dem; Bönte, Markus; Siegrist, Johannes; Marceau, Lisa; Link, Carol; McKinlay, John (2010): Diagnose und Therapie einer Depression im höheren Lebensalter – Einflüsse von Patienten- und Arztmerkmalen. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 60 (3–4), Seite 98–103. DOI: 10.1055/s-0029-1202270.

Knesebeck, Olaf von dem; Mielck, Andreas (2009): Soziale Ungleichheit und gesundheitliche Versorgung im höheren Lebensalter. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 42 (1), Seite 39–46. DOI: 10.1007/s00391-008-0522-2.

Koch, Eckhardt; Hartkamp, Norbert; Siefen, Georg; Schouler-Ocak, Meryam (2008): Patienten mit Migrationshintergrund in stationär-psychiatrischen Einrichtungen. Pilotstudie der Arbeitsgruppe „Psychiatrie und Migration" der Bundesdirektorenkonferenz. In: *Nervenarzt* 79 (3), Seite 328–339.

Kostka, Jacqueline; Olukcu, Sema; Rathmann, Katharina (2019): Medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderung. Aktuelle Herausforderungen. Online verfügbar unter https://www.armut-und-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Kongress/, zuletzt geprüft am 11.03.2021.

Krause, Laura; Dini, Lorena; Prütz, Franziska (2020a): Inanspruchnahme gynäkologischer und allgemeinärztlicher Leistungen durch Frauen ab 50 Jahren. In: *Journal of Health Monitoring* 5 (2), Seite 15–26.

Krause, Laura; Frenzel Baudisch, Nicolas; Bartig, Susanne; Kuntz, Benjamin (2020b): Inanspruchnahme einer Zahnvorsorgeuntersuchung durch Erwachsene in Deutschland. Ergebnisse der GEDA-Studie 2009, 2010, 2012. In: *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift* 75 (6).

Krause, Laura; Kuntz, Benjamin; Schenk, Liane; Knopf, Hildtraud (2018): Mundgesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. In: *Journal of Health Monitoring* 3 (4), Seite 3–21. DOI: 10.17886/RKI-GBE-2018-089.

Kricheldorff, Cornelia (2020): Gesundheitsversorgung und Pflege für ältere Menschen in der Zukunft. Erkenntnisse aus der Corona-Pandemie. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 53 (8), Seite 742–748. DOI: 10.1007/s00391-020-01809-z.

Kronenthaler, Andrea; Hiltner, Hanna; Eissler, Manfred (2014): Assoziationen zu muslimischen Patienten in der Hausarztpraxis. Eine Befragung deutscher Allgemeinmediziner. In: *Gesundheitswesen* 76 (7), Seite 434–439. DOI: 10.1055/s-0034-1367007.

Kuhlmey, Adelheid (2011): Versorgungsforschung zur angemessenen Gesundheitsversorgung im Alter. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 54 (8), Seite 915–921. DOI: 10.1007/s00103-011-1314-1.

Kukura, Elizabeth (2017): Obstetric Violence. In: *Georgetown Law Journal* 106, Seite 721. Online verfügbar unter https://heinonline.org/HOL/Page?handle=hein.journals/glj106&id=729&div=&collection=, zuletzt geprüft am 02.07.2021.

Kydd, Angela; Fleming, Anne (2015): Ageism and age discrimination in health care: Fact or fiction? A narrative review of the literature. In: *Maturitas* 81 (4), Seite 432–438. DOI: 10.1016/j.maturitas.2015.05.002.

Lachetta, Raphael; Tacke, Doris; Doerscheln, Iris; Schulz, Michael (2011): Erleben von Menschen mit geistiger Behinderung während eines akutstationären Aufenthaltes. Eine systematische Literaturübersicht. In: *Pflegewissenschaft* 14 (3), Seite 139–148.

Lammers, Hendrik (2015): Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen – zur gesetzlich festgelegten Zweiklassenversorgung. In: *Public Health Forum* 23 (2), Seite 93–94. DOI: 10.1515/pubhef-2015-0034.

Lampert, Thomas; Richter, Matthias; Schneider, Sven; Spallek, Jacob; Dragano, Nico (2016): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Stand und Perspektiven der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 59 (2), Seite 153–165. DOI: 10.1007/s00103-015-2275-6.

Langer, Thorsten; Zapf, T.; Wirth, Stefan; Meyer, Bernd; Wiegand, A.; Timmen, H. et al. (2017): Wie sind Kinder- und Jugendkliniken in Nordrhein-Westfalen auf die Überwindung von Sprachbarrieren vorbereitet? – Eine Pilotstudie zur Strukturqualität in der stationären Gesundheitsversorgung. In: *Gesundheitswesen* 79 (7), Seite 535–541. DOI: 10.1055/s-0042-102349.

Lembke, Ulrike (2017): Staatliche Schutzpflichten gegen „Gehsteigbelästigung". In: djbZ 20 (1), Seite 11–12. DOI: 10.5771/1866-377X-2017-1-11.

LeResche, Linda (2011): Defining gender disparities in pain management. In: *Clinical Orthopaedics and Related Research* 469 (7), Seite 1871–1877. DOI: 10.1007/s11999-010-1759-9.

Lesben- und Schwulenverband in Deutschland (LSVD) e.V. (o. J.): Ausschluss schwuler und bisexueller Männer von der Blutspende. Sicherheit von Blutkonserven lässt sich auch ohne Diskriminierung gewährleisten. Online verfügbar unter https://www.lsvd.de/de/ct/1321-Ausschluss-schwuler-und-bisexueller-Maenner-von-der-Blutspende, zuletzt geprüft am 23.11.2020.

Lesben- und Schwulenverband in Deutschland (LSVD) e.V. (2021): Ratgeber: Künstliche Befruchtung bei gleichgeschlechtlichen Paaren. Rechtsratgeber zur Familiengründung durch heterologe Insemination bei gleichgeschlechtlichen Paaren. Online verfügbar unter https://www.lsvd.de/de/ct/1372-Ratgeber-Kuenstliche-Befruchtung-bei-gleichgeschlechtlichen-Paaren#zulaessigkeit, zuletzt geprüft am 18.03.2021.

Lewicki, Aleksandra (2017): Christliche Wohlfahrtsverbände. Vielfalt und Diskriminierung in der Seniorenpflege. Mediendienst Integration. Berlin. Online verfügbar unter https://mediendienst-integration.de/fileadmin/Dateien/Expertise_Vielfalt_und_Diskriminierung_in_der_Seniorenpflege.pdf, zuletzt geprüft am 02.07.2021.

Lewicki, Aleksandra (2020): Gleichbehandlung in der Pflege? In: Olivia Dibelius und Gudrun Piechotta-Henze (Hg.): Menschenrechtsbasierte Pflege. Plädoyer für die Achtung und Anwendung von Menschenrechten in der Pflege. Göttingen: Hogrefe, Seite 215–226.

Lewicki, Aleksandra (2021): The Christian Politics of Identity and the Making of Race in the German Welfare State. In: Sociology. DOI: 10.1177/00380385211008368.

Löffert, Sabine; Golisch, Anne (2013): Alter(n)sgerechtes Arbeiten im Krankenhaus. Stand und Perspektiven einer langfristigen Bindung von Pflegekräften. Eine Studie im Auftrag der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). Hg. v. Deutsches Krankenhausinstitut e.V. Online verfügbar unter https://www.dki.de/sites/default/files/2019-05/alternsgerechtes_arbeiten.pdf, zuletzt geprüft am 02.07.2021.

Loss, Julika; Aldoughle, Yamen; Sauter, Alexandra (2017): Erfahrungen von immigrierten syrischen Ärzten zu beruflicher Anerkennung und Arbeitsalltag. Ergebnisse einer qualitativen Studie. In: *Gesundheitswesen* 79 (08/09), Seite 656–804. DOI: 10.1055/s-0037-1605694.

Loss, Julika; Aldoughle, Yamen; Sauter, Alexandra; Sommoggy, Julia von (2020): „Wait and wait, that is the only thing they can say“: a qualitative study exploring experiences of immigrated Syrian doctors applying for medical license in Germany. In: *BMC Health Services Research* 20 (1), Seite 342. DOI: 10.1186/s12913-020-05209-2.

Ludwig, Angelique; Miani, Céline; Breckenkamp, Jürgen; Sauzet, Odile; Borde, Theda; Doyle, Ina-Merle et al. (2020): Are Social Status and Migration Background Associated with Utilization of Non-medical Antenatal Care? Analyses from Two German Studies. In: *Maternal and child health journal* 24 (7), Seite 943–952. DOI: 10.1007/s10995-020-02937-z.

Ludwig, Sabine; Dettmer, Susanne; Peters, Harm; Kaczmarczyk, Gabriele (2016): Noch in den Kinderschuhen. Geschlechtsspezifische Medizin in der Lehre. In: *Deutsches Ärzteblatt* 113 (51-52), A2364-A2366.

Lüftner, Diana; Freund, Mathias (Hg.) (2014): Die berufliche Situation von Frauen in der Hämatologie und Onkologie. Fakten und Forderungen. Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie. Stand: September 2014. Berlin: DGHO (Gesundheitspolitische Schriftenreihe der DGHO, 5).

Marques, Sibila; Mariano, João; Mendonça, Joana; Tavernier, Wouter de; Hess, Moritz; Naegele, Laura et al. (2020): Determinants of Ageism against Older Adults: A Systematic Review. In: *International journal of environmental research and public health* 17 (7), Seite 2560. DOI: 10.3390/ijerph17072560.

Martin, Mary Brigid (2015): Perceived Discrimination of Muslims in Health Care. In: *Journal of Muslim Mental Health* 9 (2), Seite 41–69.

Mayer, Anne-Kathrin; Rothermund, Klaus (2009): Altersdiskriminierung. In: Andreas Beelmann und Kai J. Jonas (Hg.): Diskriminierung und Toleranz. Psychologische Grundlagen und Anwendungsperspektiven. 1. Auflage Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss, Seite 215–240.

Medizinische Zentren für Erwachsene mit Behinderung (2021): Wer wir sind. Online verfügbar unter https://bagmzeb.de/, zuletzt geprüft am 03.02.2021.

Meeks, Lisa M.; Herzer, Kurt; Jain, Neera R. (2018): Removing Barriers and Facilitating Access: Increasing the Number of Physicians With Disabilities. In: *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges* 93 (4), Seite 540–543. DOI: 10.1097/ACM.0000000000002112.

Mennig, Eva; Wurm, Susanne; Thomas, Christine (2020): Altersdiskriminierung in der Medizin. Sicht auf ältere Menschen hinterfragen. In: *Deutsches Ärzteblatt* 117 (40), A1876-A1877.

Mihali, Lucia; Müller, Eva M.; Ayan, Türkan (2012): Erwerbsverläufe von Migrantinnen im Sozial- und Gesundheitswesen. Welche Implikationen ergeben sich für eine migrationsspezifische Beratung? In: *BIOS – Zeitschrift für Biographieforschung, Oral History und Lebensverlaufsanalysen* 25 (2), Seite 228–242. Online verfügbar unter https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/39245, zuletzt geprüft am 02.07.2021.

Möller-Leimkühler, A. M. (2010): Depression bei Männern. Eine Einführung. In: *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychatrie* 11 (3), Seite 11–20.

Mondschein, Susana; Quinteros, Maria; Yankovic, Natalia (2020): Gender bias in the Chilean public health system: Do we all wait the same? In: *PloS one* 15 (9), e0239445. DOI: 10.1371/journal.pone.0239445.

Mösko, Mike Oliver (2021): Mehrsprachigkeit in der Gesundheitsversorgung. In: Jacob Spallek und Hajo Zeeb (Hg.): Handbuch Migration und Gesundheit. Grundlagen, Perspektiven und Strategien. Bern: Hogrefe, Seite 233–258.

Mösko, Mike-Oliver; Pradel, Simon; Schulz, Holger (2011): Die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in der psychosomatischen Rehabilitation. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 54 (4), Seite 465–474. DOI: 10.1007/s00103-011-1245-x.

Müller, Eva M.; Ayan, Türkan (2019): Die Anerkennung im Ausland erworbener Qualifikationen im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine hypothesengenerierende Pilotstudie unter Migranten. In: Türkan Ayan (Hg.): Einsteigen, Umsteigen, Aufsteigen. Personenbezogene und strukturelle Rahmenbedingungen für Berufe und Bildungschancen im Sozial- und Gesundheitssektor. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden (Edition KWV), Seite 1–40.

Naamany, Eviatar; Reis, Daniel; Zuker-Herman, Rona; Drescher, Michael; Glezerman, Marek; Shiber, Shachaf (2019): Is There Gender Discrimination in Acute Renal Colic Pain Management? A Retrospective Analysis in an Emergency Department Setting. In: *Pain Management Nursing* 20 (6), Seite 633–638. DOI: 10.1016/j.pmn.2019.03.004.

Naegele, Gerhard (2009): Perspektiven einer fachlich angemessenen, bedarfs- und bedürfnisgerechten gesundheitlichen Versorgung für ältere Menschen. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 42 (6), Seite 432–440. DOI: 10.1007/s00391-009-0070-4.

Neal-Boylan, Leslie; Miller, Michelle (2017): Treat Me Like Everyone Else: The Experience of Nurses Who Had Disabilities While in School. In: *Nurse educator* 42 (4), Seite 176–180. DOI: 10.1097/NNE.0000000000000348.

Neal-Boylan, Leslie; Miller, Michelle (2020): How inclusive are we, really? In: *Teaching and learning in nursing: official journal of the National Organization for Assciate Degree Nursing* 15 (4), Seite 237–240. DOI: 10.1016/j.teln.2020.04.006.

Nitschke, Ina; Kaschke, Imke (2011): Zahnmedizinische Betreuung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 54 (9), Seite 1073–1082. DOI: 10.1007/s00103-011-1341-y.

Nowakowski, Günter (2009): Altersdiskriminierung in einer alternden Gesellschaft. Formen – Ursachen – Alternativen. Philipps-Universität Marburg.

Nyberg, Filippa; Osika, Ingrid; Evengård, Birgitta (2008): „The Laundry Bag Project"--unequal distribution of dermatological healthcare resources for male and female psoriatic patients in Sweden. In: *International Journal of Dermatology* 47 (2), Seite 144–149. DOI: 10.1111/j.1365-4632.2008.03485.x.

Olah, Michelle E.; Gaisano, Gregory; Hwang, Stephen W. (2013): The effect of socioeconomic status on access to primary care: an audit study. In: *Canadian Medical Association Journal* 185 (6), E263-E269. DOI: 10.1503/cmaj.121383.

Padela, Aasim I.; Murrar, Sohad; Adviento, Brigid; Liao, Chuanhong; Hosseinian, Zahra; Peek, Monica; Curlin, Farr (2015): Associations between religion-related factors and breast cancer screening among American Muslims. In: *Journal of immigrant and minority health* 17 (3), Seite 660–669. DOI: 10.1007/s10903-014-0014-y.

Paradies, Yin; Truong, Mandy; Priest, Naomi (2014): A systematic review of the extent and measurement of healthcare provider racism. In: *Journal of General Internal Medicine* 29 (2), Seite 364–387. DOI: 10.1007/s11606-013-2583-1.

Penka, Simone; Faißt, Hanna; Vardar, Azra; Borde, Theda; Mösko, Mike Oliver; Dingoyan, Demet et al. (2015): Der Stand der interkulturellen Öffnung in der psychosozialen Versorgung – Ergebnisse einer Studie in einem innerstädtischen Berliner Bezirk. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 65 (9-10), Seite 353–362. DOI: 10.1055/s-0035-1549961.

Peppler, Lisa (2016): Medizin und Migration. Deutsche Ärztinnen und Ärzte türkischer Herkunft – eine soziokulturelle Mikroskopie. Göttingen: Wallstein Verlag (Göttinger Studien zur Generationsforschung, v.23). Online verfügbar unter http://gbv.eblib.com/patron/FullRecord.aspx?p=4718235, zuletzt geprüft am 02.07.2021.

Phelan, S. M.; Burgess, D. J.; Yeazel, M. W.; Hellerstedt, W. L.; Griffin, J. M.; van Ryn, M. (2015): Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. In: *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity* 16 (4), Seite 319–326. DOI: 10.1111/obr.12266.

Pierik, Jorien G. J.; Ijzerman, Maarten J.; Gaakeer, Menno I.; Vollenbroek-Hutten, Miriam M. R.; Doggen, Carine J. M. (2017): Painful Discrimination in the Emergency Department: Risk Factors for Underassessment of Patients' Pain by Nurses. In: *Journal of Emergency Nursing* 43 (3), Seite 228–238. DOI: 10.1016/j.jen.2016.10.007.

Pöge, Kathleen; Dennert, Gabriele; Koppe, Uwe; Güldenring, Annette; Matthigack, Ev B.; Rommel, Alexander (2020): Die gesundheitliche Lage von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie trans- und intergeschlechtlichen Menschen. In: *Journal of Health Monitoring* 5 (S1).

Pösl, Nora Feline; Wattenberg, Ivonne; Hornberg, Claudia (2018): Behandlungsdefizite, Barrieren, Bedarfe. Die gynäkologische Versorgung von Frauen mit Behinderungen in Deutschland mit besonderem Fokus auf Nordrhein-Westfalen. Faktenblatt. Hg. v. Kompetenz Zentrum Frauen & Gesundheit NRW. Bochum.

pro familia (2018): 8 Fakten zum Schwangerschaftsabbruch in Deutschland. Frankfurt (pro familia factsheet). Online verfügbar unter https://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/Fachpublikationen/Schwangerschaftsabbruch/8_Fakten_zum_Schwangerschaftsabbruch.pdf, zuletzt geprüft am 18.02.2021.

prognos (2015): Ausländische Beschäftigte im Gesundheitswesen nach Herkunftsländern. Unter Mitarbeit von Sabrina Schmutz und Gwendolyn Huschik. Hg. v. prognos. München, Freiburg. Online verfügbar unter https://www.prognos.com/de/projekt/auslaendische-beschaeftigte-im-gesundheitswesen-nach-herkunftslaendern, zuletzt geprüft am 05.07.2021.

Prügl, Judith (2019): Formen, Inzidenz und Ursachen von sexueller Belästigung im klinischen Umfeld. Ergebnisse einer Querschnittstudie an der Charité-Universitätsmedizin Berlin. Dissertation. Charité-Universitätsmedizin, Berlin. Institut für Rechtsmedizin der Medizinischen Fakultät. Online verfügbar unter https://refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/24037/diss_j.pruegl.pdf?sequence=3&isAllowed=y, zuletzt geprüft am 02.07.2021.

Puhl, Rebecca M.; Heuer, Chelsea A. (2009): The stigma of obesity: a review and update. In: *Obesity (Silver Spring, Md.)* 17 (5), Seite 941–964. DOI: 10.1038/oby.2008.636.

Quaas, Michael; Zuck, Rüdiger; Clemens, Thomas (2018): Medizinrecht. Öffentliches Medizinrecht, Pflegeversicherungsrecht, Arzthaftpflichtrecht, Arztstrafrecht. 4., vollständig neu bearbeitete Auflage München: C. H. Beck (NJW Praxis, Bd. 72). Online verfügbar unter https://beck-online.beck.de/?vpath=bibdata%2Fkomm%2FQuaZuckKoMedR_4%2Fcont%2FQuaZuckKoMedR%2Ehtm, zuletzt geprüft am 02.07.2021.

Rathore, Saif S.; Wang, Yongfei; Krumholz, Harlan M. (2002): Sex-based differences in the effect of digoxin for the treatment of heart failure. In: *The New England Journal of Medicine* 347 (18), Seite 1403–1411. DOI: 10.1056/NEJMoa021266.

Rattay, Petra; Butschalowsky, Hans; Rommel, Alexander; Prütz, Franziska; Jordan, Susanne; Nowossadeck, Enno et al. (2013): Inanspruchnahme der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 56 (5-6), Seite 832–844. DOI: 10.1007/s00103-013-1665-x.

Razum, Oliver; Akbulut, Nurcan; Bozorgmehr, Kayvan (2020): Diversität und Diskriminierung am Beispiel der Gesundheit und gesundheitlichen Versorgung von Migrant*innen und Geflüchteten. In: Oliver Razum und Petra Kolip (Hg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 7. Auflage Weinheim Basel: Beltz Juventa, Seite 621–646.

Razum, Oliver; Saß, Anke-Christine; Bozorgmehr, Kayvan (2016a): Gesundheitliche Versorgung von Geflüchteten: Herausforderungen und Lösungsansätze. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 59 (5), Seite 543–544. DOI: 10.1007/s00103-016-2344-5.

Razum, Oliver; Spallek, Jacob (2014): Addressing health-related interventions to immigrants: migrant-specific or diversity-sensitive? In: *International Journal of Public Health* 59 (6), Seite 893–895.

Razum, Oliver; Wenner, Judith; Bozorgmehr, Kayvan (2016b): Wenn Zufall über den Zugang zur Gesundheitsversorgung bestimmt: Geflüchtete in Deutschland. In: *Gesundheitswesen* 78 (11), Seite 711–714.

Regitz-Zagrosek, Vera (2017): Geschlecht und Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Warum wir Gendermedizin brauchen. In: *Der Internist* 58 (4), Seite 336–343. DOI: 10.1007/s00108-017-0214-3.

Reimann, Swantje; Alfermann, Dorothee (2018): Female Doctors in Conflict: How Gendering Processes in German Hospitals Influence Female Physicians' Careers. In: *Gend. Issues* 35 (1), Seite 52–70. DOI: 10.1007/s12147-017-9186-9.

Reimann, Swantje; Alfermann, Dorothee (2014): Zum Einfluss der Elternschaft auf die Karriereorientierung von Ärztinnen. Eine Fallrekonstruktion. In: *Zeitschrift für Familienforschung* 26 (2), Seite 169–198. Online verfügbar unter https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/40427/ssoar-zff-2014-2-reimann_et_al-Zum_Einfluss_der_Elternschaft_auf.pdf?sequence=1&isAllowed=y, zuletzt geprüft am 29.10.2020.

Reimann, Swantje; Schacht, Robert; Sachse, Catherina; Alfermann, Dorothee (2017): „Also, ich weiß nicht, ob ich da hin will". Die Rekonstruktion geschlechtsspezifischer beruflicher (Karriere-)Orientierung und Sozialisation von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung. In: *Freiburger Zeitschrift für Geschlechterstudien* 23 (1), Seite 87–104. Online verfügbar unter https://elibrary.utb.de/doi/abs/10.3224/fzg.v23i1.06, zuletzt geprüft am 05.07.2021.

Remus, Juana (2015): Inter*Realitäten. In: Friederike Schmidt, Anne-Christin Schondelmayer und Ute B. Schröder (Hg.): Selbstbestimmung und Anerkennung sexueller und geschlechtlicher Vielfalt. Lebenswirklichkeiten, Forschungsergebnisse und Bildungsbausteine. Wiesbaden: Springer VS, Seite 63–74.

Richter, Astrid; Kostova, Petya; Harth, Volker; Wegner, Ralf (2014): Children, care, career – a cross-sectional study on the risk of burnout among German hospital physicians at different career stages. In: *Journal of Occupational Medicine and Toxicology* 9 (1), Seite 41. DOI: 10.1186/s12995-014-0041-6.

Robert Koch-Institut (2012): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010". Hg. v. Robert Koch-Institut. Berlin (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes).

Robert Koch-Institut (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Hg. v. Robert Koch-Institut. Berlin.

Rolke, Kristin; Wenner, Judith; Razum, Oliver (2020): Der Zugang zu gesundheitlicher Versorgung nach Einführung der elektronischen Gesundheitskarte: die Sicht geflüchteter Patient(inn)en. In: *Gesundheitswesen* 82 (12), Seite 961–968. DOI: 10.1055/a-1205-1021.

Rommel, Alexander; Saß, Anke-Christine; Born, Sabine; Ellert, Ute (2015): Die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund und die Bedeutung des sozioökonomischen Status. Erste Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 58 (6), Seite 543–552. DOI: 10.1007/s00103-015-2145-2.

Roser, Jens-Martin; Budroni, Helmut; Schnepp, Wilfried (2011): Abschlussbericht zum Projekt Entwicklung einer Zielvereinbarung zur barrierefreien Krankenhausversorgung von Menschen mit Mehrfachbehinderungen. Universität Witten/Herdecke.

Rossi, Marco; Da Re, N. R.; Forni, G.; Campanelli, E.; Balconi, R.; Bergamaschi, W. (2020): „Patiently waiting“: a multivariate logistic regression analysis to understand waiting times. In: *European Journal of Public Health* 30 (Supplement_5). DOI: 10.1093/eurpub/ckaa166.1301.

Rothe, Katharina; Deutschbein, Johannes; Wonneberger, Carsten; Alfermann, Dorothee (2016): Zwischen „Arzt spielen“, „Work-Life-Balance“ und „Highend-Medizin“: wird „hegemoniale Männlichkeit“ in der Medizin herausgefordert? In: *Forum Qualitative Sozialforschung* 17 (1).

Rothe, Katharina; Pöge, Kathleen; Wonneberger, Carsten; Alfermann, Dorothee (2013): „Naja, ist ja per se keine Krankheit“. Schwangerschaft, Mutterschaft und Karrierebrüche bei Ärztinnen. In: *Journal für Psychologie* 21 (2).

Samari, Goleen; Alcalá, Héctor E.; Sharif, Mienah Zulfacar (2018): Islamophobia, Health, and Public Health: A Systematic Literature Review. In: *American Journal of Public Health* 108 (6), e1-e9. DOI: 10.2105/AJPH.2018.304402.

Samulowitz, Anke; Gremyr, Ida; Eriksson, Erik; Hensing, Gunnel (2018): „Brave Men“ and „Emotional Women“: A Theory-Guided Literature Review on Gender Bias in Health Care and Gendered Norms towards Patients with Chronic Pain. In: *Pain Research & Management* 2018, Seite 6358624. DOI: 10.1155/2018/6358624.

Sander, Monika; Albrecht, Martin; Loos, Stefan; Stengel, Verena (2018): Studie zur Hebammenversorgung im Freistaat Bayern. Kurzfassung. IGES Institut GmbH. Berlin. Online verfügbar unter https://www.stmgp.bayern.de/wp-content/uploads/2018/08/hebammenstudie_kurzfassung.pdf, zuletzt geprüft am 11.02.2021.

Saß, Anke-Christine; Grüne, Bettina; Brettschneider, Anna-Kristin; Rommel, Alexander; Razum, Oliver; Ellert, Ute (2015): Beteiligung von Menschen mit Migrationshintergrund an Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 58 (6), Seite 533–542. DOI: 10.1007/s00103-015-2146-1.

Saß, Anke-Christine; Wurm, Susanne; Ziese, Thomas (2009): Gesundheit im Alter bedingt durch Schicksal, Schichtzugehörigkeit oder Verhalten? Gesundheitsrelevante Lebenslagen und Lebensstile. Inanspruchnahmeverhalten. In: Karin Böhm, Clemens Tesch-Römer und Thomas Ziese (Hg.): Gesundheit und Krankheit im Alter. Eine gemeinsame Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes, des Deutschen Zentrums für Altersfragen und des Robert Koch-Instituts. Berlin, Seite 134–159.

Sauer, Martina (2018): Identifikation und politische Partizipation türkeistämmiger Zugewanderter in Nordrhein-Westfalen und in Deutschland. Ergebnisse der erweiterten Mehrthemenbefragung 2017. Eine Analyse in Kooperation mit dem Ministerium für Kinder, Familie, Flüchtlinge und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen. Stiftung Zentrum für Türkeistudien und Integrationsforschung. Essen. Online verfügbar unter https://cdn.website-editor.net/09fe2713f5da44ff99ead273b339f17d/files/uploaded/2017.pdf, zuletzt geprüft am 29.07.2019.

Scheer, Jessica; Kroll, Thilo; Neri, Melinda T.; Beatty, Phillip (2003): Access Barriers for Persons with Disabilities: The Consumer's Perspective. In: *Journal of Disability Policy Studies* 13 (4), Seite 221–230.

Schenk, Liane; Peppler, Lisa (2020): Erklärungsansätze zum Zusammenhang von Migration und Gesundheit. In: Liane Schenk und Monika Habermann (Hg.): Migration und Alter. Berlin/Boston: De Gruyter, Seite 21–32.

Schildberger, Barbara; Ortner, Nicola; Zenzmaier, Christoph; König-Bachmann, Martina (2018): Chancengleiche Versorgung – Barrierefreiheit in der Geburtshilfe für Frauen mit körperlichen Beeinträchtigungen. In: *Die Hebamme* 31 (3), Seite 174–181.

Schilgen, Benjamin; Handtke, Oriana; Nienhaus, Albert; Mösko, Mike Oliver (2019): Work-related barriers and resources of migrant and autochthonous homecare nurses in Germany: A qualitative comparative study. In: *Applied nursing research: ANR* 46, Seite 57–66. DOI: 10.1016/j.apnr.2019.02.008.

Schirmer, Claudia; Steppat, Susanne (2015): Die Arbeitssituation von angestellten Hebammen in Kliniken. Hebammenbefragung 2015. Hg. v. Deutscher Hebammenverband und Picker Institut Deutschland. Karlsruhe. Online verfügbar unter https://www.hebammen-nrw.de/cms/fileadmin/redaktion/Aktuelles/pdf/2016/DHV_Hebammenbefragung_Nov_2015_final.pdf, zuletzt geprüft am 16.02.2021.

Schmidt, Christoph (2010): Die Situation von Patientinnen und Patienten mit geistiger und mehrfacher Behinderung im Krankenhaus aus der Sicht des Krankenhauses. In: Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (Hg.): Patientinnen und Patienten mit geistiger und mehrfacher Behinderung im Krankenhaus. Problemlagen und Lösungsperspektiven. Dokumentation des Symposiums, Seite 38–49.

Schmidtke, Claudia; Kuntz, Benjamin; Starker, Anne; Lampert, Thomas (2018): Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. In: *Journal of Health Monitoring* 3 (4), Seite 68–77. DOI: 10.17886/RKI-GBE-2018-093.

Schneider, Brit S.; Schneider, Udo (2012): Wartezeiten auf Facharztbesuche – Eine Analyse versicherungsbedingter Diskriminierung und gesundheitlicher Nachteile. In: Björn A. Kuchinke, Torsten Sundmacher und Jürgen Zerth (Hg.): Märkte und Versorgung. Ilmenau: Universitätsverlag Ilmenau (DIBOGS-Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Sozialpolitik, 6), Seite 67–83. Online verfügbar unter https://core.ac.uk/download/pdf/224754954.pdf#page=67, zuletzt geprüft am 30.09.2020.

Schneider, Christine; Joos, Stefanie; Bozorgmehr, Kayvan (2015): Disparities in health and access to healthcare between asylum seekers and residents in Germany: a populationbased cross-sectional feasibility study. In: *BMJ open* (5), e008784.

Schott, Thomas; Reutin, Barbara; Yilmaz-Aslan, Yüce (2015): Weshalb ist der Rehabilitationserfolg bei Menschen mit türkischem Migrationshintergrund häufig geringer? In: *Public Health Forum* 23 (2), Seite 79–81. DOI: 10.1515/pubhef-2015-0029.

Schouler-Ocak, Meryam; Aichberger, Marion C. (2015): Versorgung von Migranten. In: *Psychotherapie,* Psychosomatik*, medizinische Psychologie* 65 (12), 476-485. DOI: 10.1055/s-0034-1399972.

Schouler-Ocak, Meryam; Bretz, Hans Joachim; Penka, Simone; Koch, Eckhardt; Hartkamp, Norbert; Siefen, Georg et al. (2008): Patients of immigrant origin in inpatient psychiatric facilities. In: *European Psychiatry* 23 (S1), 21–27. DOI: 10.1016/S0924-9338(08)70058-0.

Schouler-Ocak, Meryam; Kurmeyer, Christine (2017): Study on Female Refugees. Repräsentative Untersuchung von geflüchteten Frauen in unterschiedlichen Bundesländern in Deutschland. Abschlussbericht. Online verfügbar unter https://female-refugee-study.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/sonstige/mentoring/Abschlussbericht_Final_-1.pdf, zuletzt geprüft am 02.07.2021.

Schouten, Barbara C.; Meeuwesen, Ludwien (2006): Cultural differences in medical communication: a review of the literature. In: *Patient Education and Counseling* 64 (1-3), Seite 21–34. DOI: 10.1016/j.pec.2005.11.014.

Schröder, Chloé Charlotte; Dyck, Maria; Breckenkamp, Jürgen; Hasselhorn, Hans Martin; Du Prel, Jean-Baptist (2020): Utilisation of rehabilitation services for non-migrant and migrant groups of higher working age in Germany - results of the lidA cohort study. In: *BMC Health Services Research* 20 (1), Seite 31. DOI: 10.1186/s12913-019-4845-z.

Schröder, Helmut; Zok, Klaus; Faulbaum, Frank (2018): Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland – Ergebnisse einer Befragung von Schutzsuchenden aus Syrien, Irak und Afghanistan. In: *WIdo monitor* 15 (1), Seite 1–20.

Schroyen, Sarah; Adam, Stéphane; Marquet, Manon; Jerusalem, Guy; Thiel, Stéphanie; Giraudet, Anne-Laure; Missotten, Pierre (2018): Communication of healthcare professionals: Is there ageism? In: *European Journal of Cancer Care* 27 (1). DOI: 10.1111/ecc.12780.

Schülle, Mirjam (2016): Barrieren der Barrierefreiheit – Gesundheitsversorgung für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung. Teil 1 – Empirische Erkenntnisse. Fachbeitrag D33-2016. Diskussionsforum Rehabilitations- und Teilhaberecht.

Schülle, Mirjam (2017a): Zugang zu Gesundheits- und Teilhabeleistungen für asylsuchende Menschen mit Behinderungen – Teil I: rechtliche Barrieren. Diskussionsforum Rehabilitations- und Teilhaberecht; Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (Fachbeitrag D17-2017).

Schülle, Mirjam (2017b): Zugang zu Gesundheits- und Teilhabeleistungen für asylsuchende Menschen mit Behinderungen – Teil II: praktische Barrieren und Möglichkeiten. Diskussionsforum Rehabilitations- und Teilhaberecht; Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (Fachbeitrag D18-2017).

Schülle, Mirjam (2019): Medizinische Versorgung für Menschen mit Behinderungen, die Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz erhalten. Rechtliche und praktische Barrieren der Barrierefreiheit. In: Manuela Westphal und Gudrun Wansing (Hg.): Migration, Flucht und Behinderung. Herausforderungen für Politik, Bildung und psychosoziale Dienste. Wiesbaden: Springer Fachmedien, Seite 145–165.

Schülle, Mirjam; Hornberg, Claudia (2016): Barrieren der Barrierefreiheit in der medizinischen Versorgung. Fördernde und hemmende Faktoren bei der Etablierung medizinischer Zentren für Erwachsene mit geistiger und Mehrfachbehinderung (MZEB). In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 59 (9), Seite 1117–1124.

Schwarz, Betje; Markin, K.; Salman, Ramazan; Gutenbrunner, Christoph (2015): Barrieren für Migranten beim Zugang in die medizinische Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. In: *Rehabilitation* 54 (06), Seite 362–368.

Schwierz, Christoph; Wübker, Achim; Wübker, Ansgar; Kuchinke, Björn A. (2011): Discrimination in waiting times by insurance type and financial soundness of German acute care hospitals. In: *The European Journal of Health Economics* 12 (5), Seite 405–416. DOI: 10.1007/s10198-010-0254-2.

Scott, Penelope (2014): Black African asylum seekers' experiences of health care access in an eastern German state. In: *International Journal of Migration, Health and Social Care* 10 (3), Seite 134–147. DOI: 10.1108/IJMHSC-11-2013-0043.

Seeland, Ute; Schrey, Anna; Regitz-Zagrosek, Vera (2019): Genderaspekte in der medizinischen Lehre. In: *Gastroenterologe* 14 (2), Seite 78–84. DOI: 10.1007/s11377-019-0326-5.

Seidel, Michael (2009): Behinderte Menschen überfordern das Krankenhaus. In: *neue Caritas* 13.

Seidel, Michael (2010): Die Situation von Patientinnen und Patienten mit geistiger und mehrfacher Behinderung im Krankenhaus – Problemaufriss. In: Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (Hg.): Patientinnen und Patienten mit geistiger und mehrfacher Behinderung im Krankenhaus. Problemlagen und Lösungsperspektiven. Dokumentation des Symposiums, Seite 19–29.

Seidel, Michael (2013): Barrierefreiheit beginnt mit der Wertschätzung der Menschen. In: *Deutsches Ärzteblatt* 110 (33-34), A1548-A1550.

Seidel, Vera; Großkreutz, Claudia; Gürbüz, Burcu; Vortel, Martina; Henrich, Wolfgang; David, Matthias; Borde, Theda (2019): Personalbefragung zur geburtshilflichen Versorgung von Immigrantinnen in Berlin. In: *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 79 (5), Seite 453–460.

Seidel, Vera; Gürbüz, Burcu; Großkreutz, Claudia; Vortel, Martina; Borde, Theda; Rancourt, Rebecca C. et al. (2020): The influence of migration on women's use of different aspects of maternity care in the German health care system: Secondary analysis of a comparative prospective study with the Migrant Friendly Maternity Care Questionnaire (MFMCQ). In: *Birth* 47 (1), Seite 39–48. DOI: 10.1111/birt.12476.

Sikorski, Claudia; Luppa, Melanie; Glaesmer, Heide; Brähler, Elmar; König, Hans-Helmut; Riedel-Heller, Steffi G. (2013): Attitudes of health care professionals towards female obese patients. In: *Obesity Facts* 6 (6), Seite 512–522. DOI: 10.1159/000356692.

Simon, Michael (2014): Ökonomisierung und soziale Ungleichheit in Organisationen des Gesundheitswesens. Das Beispiel des Pflegedienstes im Krankenhaus. In: Alexandra Manzei und Rudi Schmiede (Hg.): 20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen, Bd. 288. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, Seite 157–177.

Smith, Pete (2019): #MeToo im Medizinalltag. Was tun gegen sexuelle Belästigung? In: *hautnah dermatologie* 35 (1), Seite 14–16.

Sosa y Fink, Stefanie (2019): Aufstiegsbedingungen weiblicher Führungskräfte unter besonderer Berücksichtigung des Gesundheits- und Sozialwesens. Eine hypothesengenerierende Interviewstudie. In: Türkan Ayan (Hg.): Einsteigen, Umsteigen, Aufsteigen. Personenbezogene und strukturelle Rahmenbedingungen für Berufe und Bildungschancen im Sozial- und Gesundheitssektor. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden (Edition KWV), Seite 41–67.

Spuling, Svenja M.; Wettstein, Markus; Tesch-Römer, Clemens (2020): Altersdiskriminierung und Altersbilder in der Corona-Krise. Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA-Fact Sheet).

Spura, Anke; Kleinke, Matthias; Robra, Bernt-Peter; Ladebeck, Nadine (2017): Wie erleben Asylsuchende den Zugang zu medizinischer Versorgung? In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 60 (4), Seite 462–470. DOI: 10.1007/s00103-017-2525-x.

Stahl, Katja (2016): Arbeitssituation von angestellten Hebammen in deutschen Kreißsälen – Implikationen für die Qualität und Sicherheit der Versorgung. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. DOI: 10.1016/j.zefq.2016.07.005.

Statistisches Bundesamt (2020a): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2019. Fachserie 1 Reihe 2.2. Destatis.

Statistisches Bundesamt (2020b): Studierende insgesamt und Studierende Deutsche im Studienfach Medizin (Allgemein-Medizin) nach Geschlecht. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Hochschulen/Tabellen/lrbil05.html, zuletzt geprüft am 04.02.2021.

Steck, Nicole; Marxt, Lisa; Candinas, Daniel; Beck Schimmer, Beatrice; Gebhard, Catherine (2020): Gendermedizin: Patientinnen unterscheiden sich von Patienten. In: *Schweizerische Ärztezeitung* 101 (6), Seite 169–171.

Steffen, Petra; Blum, Karl (2012): Menschen mit geistiger Behinderung. Defizite in der Versorgung. Ergebnisse einer explorativen Untersuchung in zwei Hamburger Bezirken. In: *Deutsches Ärzteblatt* 109 (17), A860-A862.

Stiftung Gesundheit (2020): Das Projekt „Barrierefreie Praxis". Online verfügbar unter https://www.arzt-auskunft.de/de/alles-ueber-die-arzt-auskunft/barrierefreie-praxis.htm, zuletzt geprüft am 15.01.2021.

Stölting, Lina; Hasseler, Martina (2020): Erste Ergebnisse einer explorativen Studie zur pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit geistiger Beeinträchtigung: Ein zielgruppenspezifischer Interviewleitfaden. In: *Pflege & Gesellschaft* 25 (3), Seite 242–255.

Sturrock, Beattie; Mucklow, Stuart (2018): What is the evidence for the change in the blood-donation deferral period for high-risk groups and does it go far enough? In: *Clinical Medicine (London, England)* 18 (4), Seite 304–307. DOI: 10.7861/clinmedicine.18-4-304.

Sugimoto, Cassidy R.; Ahn, Yong-Yeol; Smith, Elise; Macaluso, Benoit; Larivière, Vincent (2019): Factors affecting sex-related reporting in medical research: a cross-disciplinary bibliometric analysis. In: *The Lancet* 393 (10171), Seite 550–559. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)32995-7.

Supik, Linda (2017): Rassismus messen, aber wie? Statistische Sichtbarkeit und Diskriminierungsrisiko. Heinrich Böll Stiftung (Heimatkunde – Migrationspolitisches Portal).

taz (2017): Die ungewollte Patientin. Abtreibung in Deutschland, 06.03.2017. Online verfügbar unter https://taz.de/Abtreibung-in-Deutschland/!5386152/, zuletzt geprüft am 18.02.2021.

Tennhardt, Christiane; Kothé, Blanka (2017): Der Schwangerschaftsabbruch in Deutschland – Stationen einer Reise mit Hindernissen. In: *Zeitschrift des Deutschen Juristinnenbundes* 20 (1), Seite 12–14. DOI: 10.5771/1866-377X-2017-1-12.

Thüsing, Gregor (2018): AGG § 19. In: Franz-Jürgen Säcker, Roland Rixecker, Hartmut Oetker und Bettina Limperg (Hg.): Münchener Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch. 8. Auflage. München: C.H. Beck.

Ullrich, Sebastian; Briel, Diana; Nesterko, Yuriy; Hiemisch, Andreas; Brähler, Elmar; Glaesmer, Heide (2016): Verständigung mit Patienten und Eltern mit Migrationshintergrund in der stationären allgemeinpädiatrischen Versorgung. In: *Gesundheitswesen* 78 (4), Seite 209–214. DOI: 10.1055/s-0042-102341.

United Nations for LGBT Equality, Office of the High Commissioner for Human Rights (2018): Fact Sheet Intersex. Online verfügbar unter https://www.unfe.org/wp-content/uploads/2017/05/UNFE-Intersex.pdf, zuletzt geprüft am 07.12.2020.

van Ryn, Michelle; Burke, Jane (2000): The effect of patient race and socio-economic status on physicians' perceptions of patients. In: *Social Science & Medicine* 50 (6), Seite 813–828. DOI: 10.1016/S0277-9536(99)00338-X.

Verna, Elizabeth C.; Lai, Jennifer C. (2020): Time for Action to Address the Persistent Sex-Based Disparity in Liver Transplant Access. In: *JAMA Surgery* 155 (7), Seite 545–547. DOI: 10.1001/jamasurg.2020.1126.

Voss, Peggy; Rothermund, Klaus (2019): Altersdiskriminierung in institutionellen Kontexten. In: Bärbel Kracke und Peter Noack (Hg.): Handbuch Entwicklungs- und Erziehungspsychologie. Mit 26 Abbildungen und 16 Tabellen. Berlin: Springer (Springer Reference Psychologie), Seite 509–538.

Vu, Milkie; Azmat, Alia; Radejko, Tala; Padela, Aasim I. (2016): Predictors of Delayed Healthcare Seeking Among American Muslim Women. In: *Journal of women's health* (2002) 25 (6), Seite 586–593. DOI: 10.1089/jwh.2015.5517.

Wahid, Nabeel A.; Rosenblatt, Russell; Brown, Robert S. (2021): A Review of the Current State of Liver Transplantation Disparities. In: *Liver transplantation: official publication of the American Association for the Study of Liver Diseases and the International Liver Transplantation Society* 27 (3), Seite 434–443. DOI: 10.1002/lt.25964.

Walter, Ulla; Krugmann, Caroline S. (2013): Rationierung: Realität in der Versorgung älterer Menschen? In: Gerhard Bäcker und Rolf G. Heinze (Hg.): Soziale Gerontologie in gesellschaftlicher Verantwortung. Wiesbaden: Springer VS, Seite 269–283.

Watzke, Birgit; Braun, Melanie; Haller, Elisa; Machmutow, Katja; Ceynowa, Martin (2015): Zugang und Nachsorge bei Psychotherapie. Herausforderungen im Behandlungspfad von Menschen mit psychischen Erkrankungen. In: *Psychotherapie im Dialog* 16 (4), Seite 20–25.

Weber, Andreas; Hörmann, Georg (2011): Migration und Gesundheit – von Defizitanalysen zum Diversity-Ansatz? In: *Gesundheitswesen* 73 (5), Seite 298–307. DOI: 10.1055/s-0030-1249648.

Weber, Sascha (2015): Umsetzung der UN-BRK in der medizinischen Versorgung von Menschen mit Behinderungen. Stand und Perspektiven. In: *Sozialer Fortschritt* 64 (11), Seite 273–279. DOI: 10.3790/sfo.64.11.273.

Welti, Felix; Groskreutz, Henning; Hlava, Daniel; Rambausek, Tonia; Ramm, Diana; Wenckebach, Johanna (2014): Evaluation des Behindertengleichstellungsgesetzes im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. Abschlussbericht. Hg. v. Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Kassel (Bd. 445).

Wenner, Judith; Bozorgmehr, Kayvan; Duwendag, Stella; Rolke, Kristin; Razum, Oliver (2020): Differences in realized access to healthcare among newly arrived refugees in Germany: results from a natural quasi-experiment. In: *BMC public health* 20 (1), Seite 846. DOI: 10.1186/s12889-020-08981-2.

Wenner, Judith; Razum, Oliver; Schenk, Liane; Ellert, Ute; Bozorgmehr, Kayvan (2016): Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus Familien mit ungesichertem Aufenthaltsstatus im Vergleich zu Kindern mit und ohne Migrationshintergrund: Auswertung der KiGGS-Daten 2003-06. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 59 (5), Seite 627–635. DOI: 10.1007/s00103-016-2338-3.

Wetzel, Lorena Denise; Rathmann, Katharina (2020): Inanspruchnahme und wahrgenommene Barrieren des Gesundheitswesens bei Menschen mit Behinderung in Deutschland: Ergebnisse des GEDA 2014/2015-EHIS-Survey. In: *Prävention und Gesundheitsförderung* 15 (4), S. 332–339. DOI: 10.1007/s11553-020-00768-y.

Will, Anne-Kathrin (2018): Migrationshintergrund im Mikrozensus. Wie werden Zuwanderer und ihre Nachkommen in der Statistik erfasst? Hg. v. Mediendienst Integration. Berlin.

Willems, Sara; Maesschalck, Stephanie de; Deveugele, Myriam; Derese, Anselme; Maeseneer, Jan de (2005): Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference? In: *Patient Education and Counseling* 56 (2), S. 139–146. DOI: 10.1016/j.pec.2004.02.011.

Wimmer-Puchinger, Beate; Wolf, Hilde; Engleder, Andrea (2006): Migrantinnen im Gesundheitssystem. Inanspruchnahme, Zugangsbarrieren und Strategien zur Gesundheitsförderung. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 49 (9), S. 884–892.

Winter, M. H-J; Maaz, A.; Kuhlmey, Adelheid (2006): Ambulante und stationäre medizinische Versorgung im Alter. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 49 (6), S. 575–582. DOI: 10.1007/s00103-006-1272-1.

Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages (2015): Grundgesetzlicher Anspruch auf gesundheitliche Versorgung. Berlin. Online verfügbar unter https://www.bundestag.de/resource/blob/405508/4dd5bf6452b5b3b824d8de6efdad39dd/WD-3-089-15-pdf-data.pdf, zuletzt geprüft am 02.08.2020.

Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages (2017): Sachstand Dolmetscher im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung (WD, 9 - 3000 - 021/17).

Wyman, Mary F.; Shiovitz-Ezra, Sharon; Bengel, Jürgen (2018): Ageism in the Health Care System: Providers, Patients, and Systems. In: Liat Ayalon und Clemens Tesch-Römer (Hg.): Contemporary Perspectives on Ageism: Springer Open, S. 193–212.

Yildrim, Tülan (2016): Inanspruchnahme von Präventionsangeboten in der Inanspruchnahme von Präventionsangeboten in der GKV durch türkischstämmige Migranten am Beispiel von Früherkennungs- und U-Untersuchungen. Hg. v. Universität Bielefeld. Bielefeld.

Yilmaz-Aslan, Yüce; Brzoska, Patrick; Berens, Eva-Maria; Salman, Ramazan; Razum, Oliver (2013): Gesundheitsversorgung älterer Menschen mit türkischem Migrationshintergrund: Qualitative Befragung von Gesundheitsmediatoren. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 46 (4), S. 346–352. DOI: 10.1007/s00391-012-0406-3.

Zeeb, Hajo; Baune, Bernhard T.; Vollmer, Werner; Cremer, Dirk; Krämer, Alexander (2004): Gesundheitliche Lage und Gesundheitsversorgung von erwachsenen Migranten – ein Survey bei der Schuleingangsuntersuchung. In: *Gesundheitswesen* 66 (2), S. 76–84. DOI: 10.1055/s-2004-812825.

Zucker, Irving; Beery, Annaliese K. (2010): Males still dominate animal studies. In: *Nature* 465 (7299), S. 690. DOI: 10.1038/465690a.

Impressum

Diese Publikation ist Teil der Öffentlichkeitsarbeit der Antidiskriminierungsstelle des Bundes; sie wird kostenlos abgegeben und ist nicht zum Verkauf bestimmt.

Herausgeberin:
Antidiskriminierungsstelle des Bundes
11018 Berlin
www.antidiskriminierungsstelle.de

Kontakt:
Allgemeine Anfragen: Mo. bis. Fr. 9–12 Uhr und 13–15 Uhr
Tel.: +49 (0)30 18555-1855
E-Mail: **poststelle@ads.bund.de**

Juristische Erstberatung: Bitte besuchen Sie
www.antidiskriminierungsstelle.de/beratung
oder schicken eine E-Mail an **beratung@ads.bund.de**

Satz und Layout: www.zweiband.de

Stand: Juni 2021