

An den
Landtag Nordrhein-Westfalen
Platz des Landtags 1
40221 Düsseldorf
per E-Mail an: anhoerung@landtag.nrw.de

LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
18. WAHLPERIODE

STELLUNGNAHME
18/174

A01, A09

Dr. Sidra Khan-Gökkaya
Vorstandsbeauftragte

Martinistraße 52
20246 Hamburg
Telefon: +49 (0) 40 7410-58147
Fax: +49 (0) 40 7410-56187
s.khan-goekkaya@uke.de
www.uke.de

Hamburg, 09.01.2023

Stellungnahme der Vorstandsbeauftragten für Migration, Integration und Anti-Rassismus im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf zur Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landtags NRW am 18. Januar 2022 zum Thema „Respekt für unser Gesundheitspersonal sicherstellen“ (Antrag der Fraktion SPD/ Drucksache 18/970)

Sehr geehrte Mitglieder des Landtages,

für Ihre Einladung zur Anhörung am 18.01.2023 bedanke ich mich herzlich. Ich begrüße das Vorhaben des Landtages das Gesundheitspersonal besser vor (körperlicher) Gewalt, Hass, Hetze und Diskriminierung zu schützen. Die Corona-Pandemie hat Beschäftigte in patient:innen-nahen Bereichen vor enorme Herausforderungen gestellt und strukturelle Defizite in der Gesundheitsversorgung noch sichtbarer gemacht. In Anbetracht des Personalmangels und der ohnehin angespannten Situation für Beschäftigte, sind eine Diskussion um den besseren Schutz von Personal und die Umsetzung von Schutzmaßnahmen dringend notwendig. Im Rahmen dieser Stellungnahme wird der Fokus auf Diskriminierung und Rassismus als Formen von Gewalt liegen, da diese bisher sowohl in der Diskussion als auch mit Blick auf Schutzmaßnahmen wenig berücksichtigt wurden.

Diskriminierung und Rassismus - Formen von Gewalt in der Gesundheitsversorgung

Diskriminierung verstößt gegen ein elementares Grundprinzip der Menschenrechte und verletzt die Menschenwürde. Dabei wird Diskriminierung verstanden als eine Unterscheidung und damit einhergehende Bewertung aufgrund gruppenspezifischer Zugehörigkeiten oder Zuschreibungen (z.B. Alter, Behinderung, Geschlecht, Hautfarbe, Herkunft oder sexuelle Orientierung etc.) auf individueller, aber auch

auf struktureller und institutioneller Ebene ohne sachlich gerechtfertigten Grund. Rassismus¹ als eine Erscheinungsform von Diskriminierung konstruiert homogene Gruppen, bewertet und grenzt Menschen aufgrund tatsächlicher oder vermeintlich körperlicher oder kultureller Merkmale (z.B. Hautfarbe, Herkunft, Sprache und Religion) aus. Diskriminierung und Rassismus können sich sowohl verbal (z.B. als Beleidigung), nonverbal (z.B. körperlicher Angriff), offensichtlich (z.B. Benachteiligung beim Zugang zu Ressourcen) oder subtil (z.B. Mikroaggressionen) zeigen. Dabei ist es wichtig zu beachten, dass Rassismus und Diskriminierung auch unterhalb von Strafbarkeitsschwellen stattfinden, sodass Einrichtungen, Verbände und Institutionen in der Verantwortung sind, angemessen auf Vorkommnisse zu reagieren, die nicht durch strafrechtliche Rahmen gedeckt sind. So haben auch sogenannte Mikroaggressionen und Grenzüberschreitungen die Absicht, Betroffene in ihrer Würde herabzusetzen und sie zu verletzen. Aufgrund ihrer Alltäglichkeit kommen sie häufiger vor, werden nicht gemeldet und können so in Summe massiv belasten. In der Konsequenz entsteht ein Klima, das von Einschüchterung, Erniedrigung, Entwürdigung und Beleidigung gekennzeichnet ist². Die benachteiligende und herabwürdigende Wirkung von Diskriminierung und Rassismus können für (negativ) Betroffene schwere körperliche und seelische Folgen haben. Dennoch werden Diskriminierung und Rassismus, häufig ignoriert, verharmlost und als eine Form von Gewalt nicht ernstgenommen. In Deutschland existieren bislang, mit Ausnahme zu sexueller Belästigung, kaum systematische Studien, die spezifische Diskriminierungserfahrungen von Mitarbeitenden, z.B. Rassismus in der Gesundheitsversorgung in den Blick nehmen. Internationale Studien verweisen bereits seit geraumer Zeit auf den Zusammenhang zwischen Diskriminierungs- und Rassismuserfahrung von Personal in Gesundheitseinrichtungen und den gesundheitlichen Auswirkungen. Wenngleich ein direkter länderübergreifender Vergleich nicht möglich ist, können internationale Studien eine erste Orientierung bieten, um sich der Thematik anzunähern, das Problembewusstsein für Diskriminierung und Rassismus zu schärfen und entsprechende Schutzmaßnahmen anzustoßen.

Studienlage

Internationale Studien belegen die Häufigkeit und Alltäglichkeit diskriminierender Aussagen. In einer Studie³ aus den USA, in der zum Zusammenhang zwischen Diskriminierung und Burn-Out bei ärztlichem Personal geforscht wurde, haben 29% der Befragten von rassistischen Kommentaren ihnen gegenüber berichtet. 28% der Befragten berichteten von offensichtlichen sexistischen Bemerkungen und 20% von

¹ In der Stellungnahme wird zugunsten der Lesbarkeit der Begriff „Rassismus“ genutzt. Wichtig ist festzuhalten, dass Rassismus in unterschiedlichen Formen und Verflechtungen auftreten kann, weswegen im Fachdiskurs von „Rassismen“ gesprochen wird.

² Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (AGG) in der Fassung vom 14.08.2006, BGBl I, S.1897.

³ Dyrbye LN, West CP, Sinsky CA, et al. Physicians' Experiences With Mistreatment and Discrimination by Patients, Families, and Visitors and Association With Burnout. *JAMA Netw Open.* 2022;5(5):e2213080. doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.13080.

unerwünschten sexuellen Annäherungsversuchen durch Patient:innen, Angehörige oder Besucher:innen. Knapp 10% berichteten von diskriminierenden Bemerkungen aufgrund ihrer sexuellen Orientierung. Die Ergebnisse der Studie verdeutlichen auch die Auswirkungen der Diskriminierungserfahrung: die betroffenen Personen hatten höhere Prävalenzraten von Erschöpfung, Depersonalisation und Burn-Out. Zudem wurde ein Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der Diskriminierungserfahrung und den Auswirkungen festgestellt. Je häufiger das Personal diese Erfahrungen machte, desto häufiger war auch eine Auswirkung zu beobachten. Dies deutet darauf hin, dass die Alltäglichkeit und die Häufigkeit nicht zu einem Abstumpfen des Personals führen, sondern in der Summe belasten.

In einer weiteren Studie⁴ wurde die Häufigkeit sexistischer und rassistischer Mikroaggressionen gegenüber Anästhesist:innen und Chirurg:innen und der Zusammenhang mit Burn-Out gemessen. Dabei wurden Mikroaggressionen als subtile, verletzend und diskriminierende Kommentare und Handlungen definiert, die eine herabsetzende oder feindliche Konnotation gegenüber einer marginalisierten Gruppe haben. Von den Befragten weiblichen Personen gaben 94% an sexistische Mikroaggressionen, in Form von abwertenden sexistischen Begriffen oder Bildern oder der Beobachtung derer, erlebt zu haben. 81% der Befragten, die zu einer ethnischen Minderheit gehörten, erlebten rassistische Mikroaggressionen. Die Prävalenz eines Burn-Outs war bei weiblichen Ärztinnen bereits erhöht, bei Ärztinnen of Color⁵ noch höher. Auch ein systematisches Review⁶, das die Ergebnisse zahlreicher Studien zu dem Thema zusammenfasst, stellt eine hohe Prävalenz von Diskriminierung am Arbeitsplatz für Ärztinnen of Color fest, die neben den körperlichen und psychischen Folgen auch Auswirkungen auf die Karriere hatte, etwa den Wechsel des Arbeitsplatzes oder das Ausscheiden aus dem Beruf⁶. Ein weiteres systematisches Review⁷, das Ableismus⁸ am Arbeitsplatz in der Gesundheitsversorgung untersucht, kommt zu dem Schluss, dass Fachkräfte, die eine Behinderung haben, neben institutionellen und organisationalen Barrieren (etwa mangelnder Barrierefreiheit am Arbeitsplatz) negative Annahmen, Schikanen und Belästigung erleben, die die Karriere und das Wohlbefinden beeinflussten. Dies verdeutlicht, dass es einen intersektionalen Blick braucht, um Mehrfachdiskriminierung zu verstehen und in den Auswirkungen zu erfassen.

⁴ Sudol NT, Guaderrama NM, Honsberger P, Weiss J, Li Q, Whitcomb EL. Prevalence and Nature of Sexist and Racial/Ethnic Microaggressions Against Surgeons and Anesthesiologists. *JAMA Surg.* 2021 May 1;156(5):e210265. doi: 10.1001/jamasurg.2021.0265. Epub 2021 May 12. PMID: 33760000; PMCID: PMC7992024.

⁵ Die Bezeichnungen „Schwarz“ „of Color“ und „weiß“ sind keine Adjektive für Hautfarben, sondern (politische) Selbstbezeichnungen für Menschen, die Rassismus erleben bzw. nicht erleben.

⁶ Filut A, Alvarez M, Carnes M. Discrimination Toward Physicians of Color: A Systematic Review. *J Natl Med Assoc.* 2020 Apr;112(2):117-140. doi: 10.1016/j.jnma.2020.02.008. Epub 2020 Mar 18. PMID: 32197899; PMCID: PMC7253328.

⁷ Lindsay S, Fuentes K, Ragunathan S, Lamaj L, Dyson J. Ableism within health care professions: a systematic review of the experiences and impact of discrimination against health care providers with disabilities [published online ahead of print, 2022 Aug 8]. *Disabil Rehabil.* 2022;1-17. doi:10.1080/09638288.2022.2107086

⁸ Ableismus beschreibt die Diskriminierung aufgrund Behindertenfeindlichkeit und reduziert Menschen auf eine körperliche oder geistige Behinderung.

Auch in Studien, die Gewalt gegen Personal in Deutschland, erforschen, sind Gewalterfahrungen keine Seltenheit. Eine Studie⁹, die Gewalterfahrungen unter Pflegekräften untersucht, kommt zu dem Ergebnis, dass 89% verbale Aggressionen und 70% der Befragten körperliche Aggressionen in den letzten zwölf Monaten erlebt haben. Für über die Hälfte der Befragten hatten diese Erfahrungen Auswirkungen auf ihr körperliches Wohlbefinden, für 77% haben sie sich auf das emotionale Wohlbefinden ausgewirkt. 20% der Befragten gaben zudem an, sexuelle Belästigung und 11% rassistische Diskriminierung erfahren zu haben. Die Qualität und Quantität dieser Erfahrung variierte je nach Einsatzgebiet und Bereich der Gesundheitsversorgung. So kommt eine weitere Studie¹⁰, die Gewalt in Notaufnahmen in Deutschland untersucht hat, zu dem Ergebnis, dass 81% der Frauen und 74% der Männer von verbaler Gewalt berichten. 43% der Frauen und 37% der Männer berichten von körperlicher Gewalt. Die Prävalenz sexualisierter Gewalt in den letzten 12 Monaten betrug bei Frauen 48% und bei Männern 29%. Diese Gewalterfahrungen belasteten die Betroffenen und korrelierten mit Stress. Als mögliche Folgen wurden u.a. „Ängstlichkeit, Schreckhaftigkeit, Aggressionen, Intrusionen, somatische Störungen, Konzentrationsstörungen, sozialer Rückzug sowie Verlust der Empathie bis hin zu (langer) Arbeitsunfähigkeit, Suchtverhalten und Suizid“ genannt. Leider wurde in dieser Studie nicht nach rassistischen Diskriminierungserfahrungen gefragt, da diese in Deutschland bislang kaum berücksichtigt wurden. In der internationalen Literatur ist Rassismus als ein maßgeblicher Risikofaktor nachgewiesen und es wird von einer „doppelten Pandemie“ gesprochen. Daten¹¹ belegen, dass nicht-weiße Pflegekräfte mehr emotionalen Stress, bedingt durch die Auswirkungen der Corona-Pandemie und Rassismus haben, als weiße Pflegekräfte. Daher werden im Folgenden die spezifischen Erscheinungsformen von Rassismus gegenüber Fachkräften in der Gesundheitsversorgung anhand einzelner Studienergebnisse und Erfahrungsberichten beleuchtet.

Rassismus als eine spezifische Form der Gewalt

Rassismus gegenüber Gesundheitspersonal zeigt sich nicht nur gegenüber ärztlichem Personal und Pflegekräften, sondern gegenüber allen Berufsgruppen, die an der patient:innennahen Versorgung beteiligt sind: Physiotherapeut:innen, Psycholog:innen, Medizinisch-fachlichen Angestellten (MFA), Service- und Reinigungskräften, sowie Fachkräften, die im Patient:innentransport arbeiten. Auch hier gilt es einen

⁹ Franz S, Zeh A, Schablon A, Kuhnert S, Nienhaus A. Aggression and violence against health care workers in Germany--a cross sectional retrospective survey. *BMC Health Serv Res.* 2010 Feb 25;10:51. doi: 10.1186/1472-6963-10-51. PMID: 20184718; PMCID: PMC2837654.

¹⁰ Schuffenhauer, H. and Hettmannsperger-Lippolt, R. (2022) "Gewalt gegen pflegende in Notaufnahmen. eine explorative analyse zu stressbelastung, coping und Persönlichkeit," *ASU Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin*, 2022(02), pp. 98–105. Available at: <https://doi.org/10.17147/asu-1-167090>.

¹¹ Charlotte Thomas-Hawkins, Peijia Zha, Linda Flynn & Sakura Ando (2022) Effects of Race, Workplace Racism, and COVID Worry on the Emotional Well-Being of Hospital-Based Nurses: A Dual Pandemic, *Behavioral Medicine*, 48:2, 95-108, DOI: 10.1080/08964289.2021.1977605

intersektionalen Blick einzunehmen, da bestimmte Berufsgruppen (z.B. Service- und Reinigungspersonal) von mehreren Diskriminierungsformen betroffen sein können (z.B. Rassismus und Klassismus). Präkäre Beschäftigungsverhältnisse sowie ausgeprägte Hierarchiestrukturen machen bestimmte Berufsgruppen besonders zur Zielscheibe.

Studien, die auch die Erfahrungen spezifischer Berufsgruppen in den Blick nehmen existieren bis dato in Deutschland nicht. Einzelne qualitative Studien untersuchen die Gewalterfahrungen von Pflegekräften in verschiedenen Settings (z.B. Langzeitpflege oder Altenpflege). Sie beschreiben das Erleben physischer Gewalt wie Kratzen, Treten und Schlagen^{12 13}, sowie verbaler Gewalt, wie Schreien, Fluchen, ungefragtes Duzen¹³, rassistischen und vulgären Beleidigungen („Scheiß Ausländer, Scheiß Türken, Kanake, Kopftuchmädchen, Türkische Schl...“¹⁴, „Gorilla, N-Wort“¹⁰) und gewaltvollen Aussagen wie „Dass jemand wie Du hier rumläuft war früher nicht erlaubt“¹² oder „Schwarze Hände fassen mich nicht an“¹⁰. Fachkräfte mit Rassismuserfahrung werden ignoriert oder die Behandlung durch sie verweigert¹². Die Studien kommen zu dem Ergebnis, dass für Pflegekräfte in der Langzeitpflege beispielsweise, das Erleben rassistischer Gewalt Teil der Berufsidentität und des Alltags geworden sei¹².

Im Afrozensus¹⁵ wurden erstmal quantitative und qualitative Daten zu Anti-Schwarzem Rassismus gegenüber Fachkräften im Gesundheitswesen in Deutschland erhoben. Zusammenfassend wird in dem Bericht zu den Erfahrungen von Schwarzen Fachkräften festgestellt: „Sie berichten von Vorfällen wie der Kommentierung der Hautfarbe, Thematisierung der Haare, unangemessenen Vergleichen, Benutzung des N-Wortes, Vermeidung, den Namen auszusprechen etc. [...] Die Teilnehmenden berichten, dass die erlebten Diskriminierungen im Arbeitskontext von Retraumatisierungen und Gewalterfahrungen bis hin zu Panikattacken und mehreren Arbeitsplatzwechseln geführt haben. Dies ist auch dadurch bedingt, dass ihre ASR-Erfahrungen bagatellisiert, abgestritten bzw. abgeleugnet werden, beispielsweise durch Gesprächsverweigerung auf Arbeitgeber*innenseite oder Ratschläge von weißen Kolleg*innen, rassistische Übergriffe nicht so ernst zu nehmen. In der Intersektion von Anti-Schwarzem Rassismus und Sexismus benennen Schwarze Ärzt*innen und Pfleger*innen oft die Gewalt, die von weißen männlichen Kollegen oder Patienten ausgeht“¹³

¹² Xiao, Chunhong; Winstead, Vicki; Townsend, Corteza; Jablonski, Rita A. (2021): Certified Nursing Assistants' Perceived Workplace Violence in Long-Term Care Facilities. A Qualitative Analysis. In: Workplace Health & Safety, 69, 8, 366-374.

¹³ Kiata, Liz; Kerse, Ngaire (2004): Intercultural Residential Care in New Zealand. In: Qualitative Health Research, 14, 3, 313-327.

¹⁴ Ulusoy, Nazan; Schablon, Anja (2020): Discrimination in In-Patient Geriatric Care: A Qualitative Study on the Experiences of Employees with a Turkish Migration Background. In: Environ. Res. Public Health 17, 2205.

¹⁵ Aikins, Muna AnNisa; Bremberger, Teresa; Aikins, Joshua Kwesi; Gyamerah, Daniel; Yıldırım-Calıman, Deniz (2021): Afrozensus 2020: Perspektiven, Anti-Schwarze Rassismuserfahrungen und Engagement Schwarzer, afrikanischer und afrodiasporischer Menschen in Deutschland, Berlin. Online verfügbar unter: www.afrozensus.de

Stimmen von Fachkräften

Neben den Studienergebnissen ist es wichtig, den Erfahrungen und Stimmen von betroffenen Fachkräften Raum zu geben.

Im Afrozensus berichteten Schwarze Pflegekräfte:

„Patienten, die mir gesagt haben, ich solle nach Afrika gehen und Bananen vom Baum holen. Eine Patientin hat mich gedrängt zu lächeln, damit sie meine ‚weißen Zähnen‘ bewundern kann‘. Einem anderen Patienten nahm ich Blut ab und er erzählte mir stolz von seinem reinen, arischen, blauen Blut, was ich ihm da gerade abnehmen würde.“ (Afrozensus, Interviews: Pflegekräfte)

Auch das Netzwerk „Black in Medicine“¹⁶ sammelt Berichte von Betroffenen. Ein Pflegehelfer und eine Ärztin berichten:

„Ich arbeite als Pflegehelfer. Es ist kein guter Job, besonders, wenn Sie eine dunkle Haut haben. Hin und wieder werde ich von den alten Leuten beleidigt, das N-Wort genannt werden, und von seltsamen Bemerkungen über Afrikaner von meinen Kollegen. Meine Vorgesetzten sagen mir immer, ich solle einfach darüber hinwegkommen, sie sehen keinen Rassismus und nehmen meine Beschwerden nicht ernst. Dadurch fühle ich mich weniger menschlich“ (Black in Medicine)

*„Täglich bei meiner Arbeit als Ärztin mehrfach Mikroaggressionen ausgesetzt zu sein, sei es durch die Patient*innen, die Pfleger*innen, Angehörige oder Kolleg*innen. Als wäre die eigentliche Arbeit nicht schon anstrengend genug. So muss ich parallel zu meiner eigentlichen Arbeit auch auf dieser Ebene tätig sein“ (Black in Medicine)*

Auch in fachrelevanten Zeitschriften und Plattformen wird Rassismus als Erfahrung von Fachkräften aufgegriffen. Betroffene erzählen:

„Hat eine Kollegin eine andere Hautfarbe als ‚weiß‘, ist nett, aber eher zurückhaltend in ihrem Auftreten und in manchen Situationen, oder auch sprachlich nicht so souverän, sagen wir B1-bis B2-Niveau, dann ist sie fast ein „gefundenes Fressen“ für Menschen mit einem, ich nenne es mal „ausgeprägten nationalen Stolz“: Sie erfährt Schikanen und Drangsalierungen, wird wie eine Art

¹⁶ „Schwarzsein in der Medizin heißt“ - Anonyme Erfahrungsberichte von Betroffenen. URL: <https://blackinmedicine.de/>

eigene Haushälterin behandelt, wie eine Leibeigene herumkommandiert (Erfahrungsbericht Pflegen-online¹⁷)

Insgesamt lässt sich feststellen, dass Fachkräfte of Color sowohl verbale, nonverbale als auch offensichtliche und subtile Formen von Diskriminierung, Rassismus und Gewalt erleben. Sie sind von rassistischen und gewaltvollen Beleidigungen betroffen, erleben physische Gewalt, die Behandlung durch sie wird verweigert, ihnen werden fachliche und sprachliche Kompetenzen abgesprochen und sie werden in ihrer Berufsidentität abgewertet. Das Fehlen von spezifischen Unterstützungsangeboten und das mangelnde Problembewusstsein in Gesundheitseinrichtungen sowie der Politik für die Gewaltkomponente von Diskriminierung und Rassismus verschärfen diese Situation. Die ohnehin schon als „alltäglich“ erlebte Gewalt in Form von Diskriminierung und Rassismus wird durch das Fehlen von Sanktionen und Gegenmaßnahmen weiter normalisiert. Um Diskriminierung und Rassismus als Formen von Gewalt gegenüber Personal in Gesundheitseinrichtungen ernst zu nehmen und Schutzmaßnahmen anzustoßen, braucht es eine Reaktion von Gesundheitseinrichtungen, Berufsverbänden und der Politik.

Organisationsentwicklung in Gesundheitseinrichtungen

Das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) schätzt die Vielfalt der Mitarbeitenden und Patient:innen als eine Bereicherung und setzt aktiv sich gegen Diskriminierung und Gewalt ein. Mitarbeitende, Führungskräfte sowie verschiedene Arbeitsgruppen und Beauftragte (z.B. Gleichstellungsbeauftragte und Inklusionsbeauftragte) setzen sich für ein respektvolles und wertschätzendes Miteinander im UKE ein. Der Vorstand des UKEs hat sich darüber hinaus entschieden bundesweit als erstes Universitätsklinikum die Stelle einer Anti-Rassismusbeauftragten im Juni 2020 zu installieren, um die u.a. oben genannten Herausforderungen zu adressieren und eine vielfaltssensible und rassismuskritische Organisationsentwicklung weiter zu fördern. Dazu gehören die Erarbeitung von klinikinternen Prozessketten und Leitlinien zum Umgang mit Diskriminierung und Rassismus, die Durchführung von Fortbildungsangeboten zu den Themen, ebenso wie die Integration von spezifischen Unterstützungsangeboten für Mitarbeitende, die der Vorsorge, Nachsorge und dem Empowerment von Mitarbeitenden im Umgang mit Diskriminierung und Rassismus dienen.

Als Anti-Rassismusbeauftragte des UKEs erhalte ich wöchentlich Anfragen aus dem gesamten Bundesgebiet von Fachkräften (und Patient:innen), die von Rassismus im Gesundheitswesen betroffen sind, die rassistische Beleidigungen und Gewalt erleben, die an Karrieremöglichkeiten gehindert werden, denen ihre Kompetenzen abgesprochen werden, die sowohl an ihrer Berufsidentität als auch am Verbleib in

¹⁷ Sun-Young Yang-Scharf (2020): Unser täglicher Kampf gegen Rassismus auf Station. URL: <https://www.pflegen-online.de/unser-taeglicher-kampf-gegen-rassismus-auf-station>

dem Beruf zweifeln und von gesundheitlichen Auswirkungen berichten. Zugleich schildern sie, dass sie mit den Erfahrungen keine Ansprechperson innerhalb ihrer Einrichtung haben, die existierenden Anlaufstellen nicht für das Thema Rassismus sensibilisiert sind und ihre Erfahrungen von Mitarbeitenden, Vorgesetzten oder Anlaufstellen nicht ernstgenommen und verharmlost werden. Dies verdeutlicht, dass es in den bisher etablierten Strukturen in Gesundheitseinrichtungen und Verbänden wenig Problembewusstsein und/oder Entschlossenheit gibt, die Missstände konstruktiv anzugehen und Unterstützungsangebote zu integrieren.

Angesichts der umfassenden strukturellen Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung mag die Gewalt, Diskriminierungs- und Rassismuserfahrung von Personal nicht das vordergründigste und unmittelbarste Thema sein. Vor dem Hintergrund des gestiegenen Personalbedarfs, der in Zukunft weiter wachsenden Anwerbung ausländischer Fachkräfte und der Tatsache, dass Migrant:innen einen unverzichtbaren Beitrag zur Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems leisten und ohne sie das Gesundheitswesen vor einem Kollaps stehen würde,¹⁸ stellt sich die Frage, wie lange diese Themen noch nachrangig sein können und welchen Schutz Gesundheitseinrichtungen, Berufsverbände und Politik dem Personal zugestehen.

Forderungen

Grundsätzlich stimme ich den im Antrag bereits genannten Forderungen zu. Folgende spezifische Maßnahmen müssen darüber hinaus Teil einer umfassenden Strategie sein, um das Gesundheitspersonal künftig besser zu schützen.

1. Es ist ein Eingeständnis und ein Verständnis von Gesundheitseinrichtungen, Berufsverbänden und Politik erforderlich, dass Diskriminierung und Rassismus Formen von Gewalt sind, die keine Einzelfälle darstellen, sondern regelmäßig auch auf struktureller und institutioneller Ebene vorkommen und eine zusätzliche Belastung für Fachkräfte darstellen. Um Personal hier effektiv vor Gewalt, Diskriminierung und Rassismus zu schützen, braucht es einen intersektionalen Blick, der mögliche Mehrfachdiskriminierungen für die unterschiedlichen Berufsgruppen in den Blick nimmt.
2. Eine diskriminierungskritische Organisationsentwicklung ist in den Einrichtungen und Verbänden erforderlich, um Personal vor Diskriminierung zu schützen. Konkret müssen folgende Maßnahmen eingeleitet werden:

¹⁸ SVR 2022: Systemrelevant. Migration als Stütze und Herausforderung für die Gesundheitsversorgung in Deutschland. Jahresgutachten 2022, Berlin.

- a. Einrichtungen etablieren niedrigschwellige und machtkritische Beschwerde- und Meldewege und informieren die Beschäftigten über diese. Dies ermöglicht Betroffenen, die Diskriminierungserfahrung zu melden, Sicherheit und Orientierung zu erlangen und über mögliche Ansprüche und Rechte informiert zu werden.
 - b. Einrichtungen erfassen Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen systematisch, leiten Handlungsempfehlungen ab und berichten dem Landtag einmal innerhalb einer Legislaturperiode.
 - c. Einrichtungen entwickeln interne Leitlinien und Positionspapiere zum Umgang mit Diskriminierung in Gesundheitseinrichtungen, um die Mitarbeitenden zu unterstützen, kompetent mit Diskriminierung umzugehen, sich selbst und andere zu schützen.
 - d. Einrichtungen stellen Vor,- Nachsorge, und Empowermentangebote für betroffene Mitarbeitende zur Verfügung. Die Landesregierung unterstützt die Entwicklung der Angebote.
 - e. Die Einrichtungen führen regelmäßige, verpflichtende Fortbildungen für Mitarbeitende und Vorgesetzte ein, um sie für den Umgang mit den Themen zu qualifizieren.
3. Die Forschungslücke in Deutschland zu spezifischen Diskriminierungserfahrungen, etwa Rassismuserfahrungen, bei Personal in Gesundheitseinrichtungen muss geschlossen werden. Es braucht wissenschaftliche, qualitative und quantitative Studien, um die Prävalenz von Rassismus, die Erscheinungsformen, die Auswirkungen und Präventionsangebote bzw. Schutzmaßnahmen zu untersuchen. Hierzu bedarf es ausreichend finanzieller Mittel, die auch über den Landeshaushalt sichergestellt werden müssen. Eine Förderung dieser Forschung muss dementsprechend institutionell verankert werden.
 4. Die gesellschaftlichen Veränderungen in den letzten Jahren haben gezeigt, dass die Entwicklung von Respekt für das Gesundheitspersonal ein umfassendes Konzept benötigt. Neben den bereits genannten Maßnahmen, wäre eine weitergehende Notwendigkeit, das (erweiterte) Gesundheitspersonal unter besonderen Schutz zu stellen (vergleichbar zu Polizist:innen¹⁰).

Die genannten Maßnahmen (Punkt 2) müssen für alle Mitarbeitende, unabhängig der Hierarchieebene, verbindlich gelten. Sie werden unabhängig vom Engagement einzelner Beschäftigter legitimiert und aufrechterhalten. Entsprechend werden Ressourcen zur Verfügung gestellt, die eine fortlaufende und kontinuierliche Auseinandersetzung innerhalb der Einrichtungen ermöglichen, sodass Betroffene nicht zusätzlich Zeit und Kraft investieren müssen, um sich selbst zu schützen.

Die Zukunft des Gesundheitswesens wird davon abhängen, wie gut wir es schaffen, die an der Versorgung beteiligten Menschen mitzudenken und zu schützen¹⁹. Der Schutz des Personals ist essentiell, um eine funktionierende und gesunde Gesundheitsversorgung und die Sicherheit von Patient:innen zu gewährleisten. Eine kontinuierliche und lösungsorientierte Auseinandersetzung mit Gewalt, Diskriminierung und Rassismus kann daher nur im Sinne aller Beteiligten sein.

¹⁹ Im Rahmen dieser Stellungnahme liegt der Fokus auf Diskriminierung und Gewalt gegenüber Mitarbeitenden, ausgehend von Patient:innen, Angehörigen oder Mitarbeitenden/Vorgesetzten. Gleichwohl ist es wichtig abschließend zu erwähnen, dass Diskriminierung von verschiedenen Seiten ausgehen kann, die in dieser Stellungnahme unerwähnt geblieben sind. Zum einen wurde in dieser Stellungnahme die strukturelle und institutionelle Dimension von Diskriminierung, die in den Einrichtungen und Prozessen der Gesundheitsversorgung inhärent ist, nicht berücksichtigt. Zum anderen wurde die Diskriminierung gegenüber Patient:innen, die in einem Macht- und Abhängigkeitsverhältnis zu Fachkräften stehen, nicht thematisiert.