



# Diskriminierung im Gesundheitswesen

Frühjahrssitzung der Kammerversammlung

Viele Menschen erleben das Gesundheitswesen als diskriminierend – selbst Ärztinnen und Ärzte. Welche Folgen diskriminierende Strukturen und Verhaltensweisen auf die Gesundheit haben und wie man ihnen begegnen

kann, war eines der Themen bei der Kammerversammlung der ÄKWL im März. Doch auch die Gesundheitspolitik in Bund und Land beschäftigte die Delegierten im Ärztehaus in Münster.

Von Klaus Dercks, ÄKWL

**D**iskriminierung ist ungesund“, stellte Sabina Schwachenwalde als Hypothese an den Anfang des Vortrags „Ungleich behandelt: Diskriminierung und Gesundheit“. Schwachenwalde, derzeit in der fachärztlichen Weiterbildung Allgemeinmedizin in einer Hamburger Hausarztpraxis tätig, hat sich bereits aus unterschiedlichen Blickwinkeln mit diesem Thema befasst – im Studium, in der Versorgungsforschung, aber auch im Rahmen eines Buchprojekts und nicht zuletzt aus Patientensicht mit einer Long-COVID-Erkrankung.

Was macht gesund, was macht krank? Die Gründe für schlechte Medizin, so Schwachenwalde, seien vielfältig; Studien benannten beispielsweise finanzielle Interessen, Macht und menschliche Beziehungen, Unwissen, Voreingenommenheit und Ungewissheit. Ein Großteil der globalen Investitionen für biomedizinische Forschung gehe am Ziel vorbei, gehe nicht auf Krankheiten mit den größten Inzidenzen und Mortalitätsraten. Ohnehin entscheide sich „gesund oder krank“ oft weniger anhand verfügbarer medizinischer Leistungen, sondern vor allem anhand von Lebensumständen. Zum Beispiel am Wohnort: In Schwachenwaldes Wohnort Hamburg mache der Unterschied zwischen dem Stadtteil Billstedt und dem besser gestellten Poppenbüttel 16 Jahre in der Lebenserwartung aus.

Das Konzept der Gesundheitsdeterminanten, erläuterte Sabina Schwachenwalde, sei in Deutschland nur unvollständig übernommen worden. Ursprünglich umfasse es als Determinante auch „Machtverhältnisse“, was Aspekte wie Rassismus, Sexismus und Klassismus beinhalte. So könne man



Sabina Schwachenwalde referierte zu Aspekten von Diskriminierung im Gesundheitswesen. Fotos: kd

auch Diskriminierung als Faktor begreifen, der sich auf die Gesundheit von Menschen auswirkt. Diskriminierung könne persönlich und strukturell viele Ausprägungen zeigen, vor allem aber sei wichtig: „Jeder kann betroffen sein.“ Entsprechend hoch sei die Zustimmung in einer deutschen Studie vor einigen Jahren gewesen, die nach Diskriminierungserfahrungen fragte: 59 Prozent der Befragten bejahten solche Erfahrungen, bei ihnen zeigten sich im Gesundheitszustand Unterschiede zu denen, die keine Diskriminierung erfahren.

Menschen, die von Diskriminierung betroffen seien, könnten dadurch auch körperliche Auswirkungen erleben: Sozialer Stress wirke sich aus, biochemische Veränderungen seien zu beobachten – beispielsweise im Konzept des „Weathering“, ins Deutsche als „körperliche Verwitterung“ übertragen. Dabei wiesen Biomarker auf unterschiedlichen „Verschleiß“ des Körpers bei Angehörigen verschiedener ethnischer Gruppen hin. Und selbst auf epigenetischer Ebene überdauerten Diskriminierungserfahrungen Generationen.

## Ernüchternder Blick von der anderen Seite

Menschen, die sich mit ihren Gesundheitsproblemen Rat und Hilfe suchend an das Gesundheitssystem wenden, könnten enttäuscht werden, erläuterte Sabina Schwachenwalde. Denn auch das Gesundheitssystem sei diskriminierend. „Medical Gaslighting“, das Nicht-ernst-nehmen von Menschen und Symptomen, Verharmlosung und Psychologisierung spielten dabei eine wichtige Rolle. „Das ist in Patientenkreisen und Selbsthilfegruppen ein großes Thema!“ Selbst medizinisches Personal sei von solchen Erfahrungen nicht ausgenommen, berichtete Schwachenwalde von ihren Erfahrungen, die sie als Berufsanfängerin nach einer Corona-Infektion mit Long-COVID machen musste. „Es war sehr ernüchternd, das einmal von der anderen Seite zu erleben.“

Vermeidungsverhalten zähle zu den Folgen einer als schlecht empfundenen früheren Behandlung, das könne z. B. die erneute Inanspruchnahme von Behandlungen und Vorsorgeuntersuchungen verzögern. So werde die Arbeit gegen Diskriminierung zur Gesundheitsprävention, stellte Sabina Schwachenwalde fest. „Wir können Menschen nicht nur mit Therapie und Arzneimitteln helfen, sondern auch mit der Art und Weise, wie wir mit ihnen interagieren. Der Einsatz für eine gerechtere Gesellschaft ist auch ein Einsatz für eine gesündere Gesellschaft.“

Patienten könnten davon profitieren, wenn medizinisches Personal divers aufgestellt sei, berichtete Sabina Schwachenwalde von entsprechenden Studien, die beispielsweise Komplikationsraten bei chirurgischen Eingriffen oder die Säuglingssterblichkeit betrachteten. „Wir alle wollen gute Medizin machen, wir alle wollen niemanden diskriminieren“, postulierte Schwachenwalde. Das sei allerdings leichter gesagt als getan.

## »Fünf Kontakte auf Augenhöhe können ein Vorurteil brechen«

„Alle Menschen haben Vorurteile. Doch nur 40 Prozent der Menschen erkennen diese bei sich an.“ Ein impliziter Bias von Vorurteilen könne sich auf klinische Entscheidungen auswirken. „Die Menschen bemühen sich. Aber das Unterbewusstsein macht trotzdem einen Strich durch die Rechnung.“

Die gute Nachricht: „Man kann Vorurteile und Stereotype auch durchbrechen.“ Vorurteile seien dort besonders ausgeprägt, wo besonders wenig Kontakt zu marginali-



Ärztammerpräsident Dr. Hans-Albert Gehle (r.), hier mit Vorstandsmitglied Dr. Sybille Elies-Kramme, dem Ärztlichen Geschäftsführer Dr. Markus Wenning, dem Kaufmännischen Geschäftsführer Mark G. Friedrich und ÄKWL-Justiziar Christoph Kuhlmann (v. r. n. l.), leitete die Sitzung der Kammerversammlung.

sierten Gruppen bestehe. Daran lasse sich arbeiten, eine Faustregel laute: „Fünf Kontakte auf Augenhöhe, zum Beispiel beim Sport oder bei einem Hobby, können ein Vorurteil brechen.“ Und das funktioniere sogar über stellvertretenden Kontakt, etwa beim Anschauen eines Films. „Auch das macht etwas mit dem Gehirn.“

In der Diskussion mit den Delegierten der Kammerversammlung kamen weitere Aspekte zur Sprache. So bringe etwa die Rolle des Gutachters mit sich, dass ärztliche Tätigkeit leichter als diskriminierend empfunden werden könne, gab Dr. Ingolf Hosbach zu bedenken. Und auch medizinisches Personal fühle sich mitunter diskriminiert und unter Druck gesetzt, teilte Bernd Balloff seine Erfahrungen in der hausärztlichen Praxis. Der Gefahr, berichtete Gesundheitsprobleme könnten unangemessen psychologisiert und

abgetan werden, stellte Prof. Dr. Dr. Gereon Heuft eine weitere gegenüber: Viel größer sei die Gefahr, dass Patientinnen und Patienten mit entsprechendem tatsächlichen Bedarf übersehen würden. Dr. Ulrike Beiteke schließlich gab zu bedenken, dass Krankheitsverarbeitung auch eine kulturelle Frage sei: „Gegen Schubladendenken kommen wir nur an, wenn wir lernen, wie andere Kulturen mit Krankheit umgehen.“

Dersim Dagdeviren, Vorsitzende des Ärztekammer-Arbeitskreises Pluralität der Gesellschaft, fasste den Auftrag für die Zukunft zusammen: „Beim Thema Diskriminierung müssen wir alle reflektieren! Diversität ist dabei unsere größte Waffe gegen Diskriminierung. Wir sollten aus dem Problem eine Perspektive machen!“

## Das Wort „Arzt“ taucht gar nicht mehr auf

In seinem „Bericht zur Lage“ hatte Ärztekammerpräsident Dr. Hans-Albert Gehle zum Auftakt der Kammerversammlung aktuelle gesundheitspolitische Themen in Bund und Land aufgerufen. Einen prominenten Platz nahmen dabei „Eckpunkte für eine zukunftsfeste ambulante Versorgung“ ein, die von NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann im März vorgestellt wurden. Die Kammer sei an ihrer Entstehung beteiligt gewesen, könne aber nicht in allen Punkten vorbehaltlos zustimmen, betonte Dr. Gehle. Das beginne schon bei einer zentralen Begrifflichkeit: Während das Land nun Primärversorgungspraxen nach vorn bringen wolle – das Wort Arzt tauche in diesem Zusammenhang gar nicht mehr auf – lege

## Arzt-Patienten-Beziehung muss zentrale Rolle behalten

Die Arzt-Patienten-Beziehung muss auch in Teampraxen ihre zentrale Rolle behalten. Das fordert die Kammerversammlung der ÄKWL. Sie stimmte einem von Dr. Birgit Kropf, Dr. Katharina Martin und Univ.-Prof. Dr. Dr. Gereon Heuft (alle Fraktion Marburger Bund) eingebrachten Antrag zu, der auf Studien verwies, nach denen mindestens

30 Prozent der Patientinnen und Patienten in hausärztlichen Praxen (auch) unter psychischen und psychosomatischen Störungen leiden. Nur innerhalb einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung könnten die komplexen somatischen und psychosomatischen Befunde so eingeordnet werden, dass Patienten die angezeigten weiteren Behandlungsschritte verstehen und akzeptieren könnten. Andernfalls bestehe eine hohe Wahrscheinlichkeit für eine Fehlversorgung, die unnötig viele Ressourcen verschlinge und dem Patienten schade.



die Kammer wert darauf, dass es um primär-ärztliche Praxen gehen muss. Zudem gebe die Aussage sehr zu denken, die klassische Praxisorganisation, die ärztliches Personal

## »Das Signal muss immer sein: Wir lassen niemanden allein!«

in den Vordergrund stelle, sei „kein attraktives Zukunftsmodell, weder für Nachwuchsärzte noch für andere Praxisberufe“ – „das sehe ich anders!“ Die Kammer stelle immer

wieder heraus, dass es am Ende Ärztinnen und Ärzte seien, die die Gesamtverantwortung in der Patientenversorgung trügen.

Kritisch sah Dr. Gehele auch den Bedeutungs- und Funktionszuwachs, den das Eckpunkte-Papier der „116 117“ als Instanz für die Patientensteuerung zuweise. Hier fehle es an Evaluationen, die die bisherige Arbeit betrachten. Patientensteuerung und Ersteinschätzung, so der Kammerpräsident, gehörten eng zusammen, um Menschen in die für sie am besten geeignete Versorgung zu lei-

ten. „Diese Versorgung muss nicht zwingend darin bestehen, dass man noch zur selben Stunde ärztlich gesehen wird. Wichtig ist zu vermitteln: Das bedeutet nicht, dass ein Anliegen nicht ernst genommen wird. Und schon gar nicht, dass jemand abgewimmelt werden soll.“ In einigen Fällen werde Hilfe zunächst sogar digital möglich sein, erwartete Dr. Gehele. „Doch das Signal muss immer sein: Wir lassen niemanden allein!“

## „Die Politik hat noch viel zu erklären“

Dabei gehe es nicht nur um eine Ersteinschätzung des Patientenanliegens und um Steuerung. Vielmehr müsse sich im Kontakt zum Gesundheitswesen ein Tor zu qualitativ hochwertigen Gesundheitsleistungen für die Patientinnen und Patienten öffnen. Denn nur mit einem qualitativ hochwertigen Angebot ließen sich die traditionellen Gewohnheiten der Inanspruchnahme verändern. „Die Überlastung unserer Notaufnahmen und Praxen und vor allem der Menschen, die dort arbeiten, lässt keine Alternative. Wir brauchen jetzt schnell eine Kommunikationsstrategie, die Patienten die Vorteile effektiver Steuerung vor Augen führt.“ Ärztinnen und Ärzte, mutmaßte Dr. Gehele, dürften im Patientengespräch wieder einmal viel zu erklären haben. „Und auch die Politik hat da noch viel zu erklären“, forderte er unter dem Applaus der Delegierten.

Bundestag und Bundesrat haben im März dem Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG) zugestimmt. Die Einigung von Bund und Ländern bringe nicht nur eine deutsch-

### BESCHLÜSSE DER KAMMERVERSAMMLUNG

## Spesen- und Beitragsordnung geändert

Die Spesenordnung der Ärztekammer Westfalen-Lippe regelt Aufwandsentschädigungen und Kostenerstattungen für ehrenamtlich in der ärztlichen Selbstverwaltung tätige Ärztinnen und Ärzte. Bei ihrer Sitzung im März beschloss die Kammerversammlung eine maßvolle Anpassung der teils seit 2006 unveränderten Entschädigungen und Erstattungssätze. Einige Entschädigungen hängen in ihrer Höhe mit geltenden steuerrechtlichen Vorgaben zusammen, andere wurden auf Grundlage des jährlich vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Verbrau-

cherpreisindex angepasst, um allgemeine Preissteigerungen nachzuvollziehen. Die Delegierten beschlossen zudem, dass die Spesenordnung künftig jährlich auf Anpassungsbedarf geprüft werden soll. Die jetzt beschlossenen Änderungen gelten ab dem 1. Juli 2026.

Ein weiterer Beschluss der Kammerversammlung betraf die Beitragsordnung der Ärztekammer. Hier wird nun explizit normiert, dass auch Gewinne und Ausschüttungen eines MVZ an die ärztlichen Gesellschafter, die in der Regel durch ärztliche Tätigkeit erwirtschaftet werden, bei der Veranlagung zum Kammerbeitrag berücksichtigt werden. Die geänderte Beitragsordnung muss vor Inkrafttreten noch durch das nordrhein-westfälische Gesundheitsministerium genehmigt werden.

landweit einheitliche Planungssystematik für die Krankenhäuser, berichtete Dr. Gehle, sondern mit dem Transformationfonds auch finanzielle Mittel zur Umgestaltung der Versorgungslandschaft. Die hierfür angekündigten 50 Milliarden Euro gelte es vernünftig zu nutzen. „Hierbei sollte die Politik den Sachverstand der Ärztekammern unbedingt einbeziehen!“

## Thema Weiterbildung wird erneut ausgespart

Leider sei jedoch erneut versäumt worden, ein weiteres dringendes Problem anzugehen. Die ärztliche Weiterbildung sei noch immer nicht mit einer nachhaltigen Finanzierungsgrundlage ausgestattet. Das schüre die Sorge, so Gehle, dass weitere Reformbemühungen in absehbarer Zeit scheitern könnten – wegen Mangels an qualifizierten Fachärztinnen und Fachärzten.

Im Gesetzentwurf zur Änderung des nordrhein-westfälischen Krankenhausgesetzes, der dem Landtag zugeleitet wurde, spielt ärztliche Weiterbildung hingegen eine Rolle: Der Entwurf sieht vor, die Verpflichtung zur Weiterbildung für die im Krankenhausplan aufgeführten Häuser zu konkretisieren. So soll eine Pflicht zum Eingehen von Kooperationen mit anderen Kliniken entstehen, wenn erforderliche Weiterbildungsinhalte krankenhauserintern nicht umfassend vermittelt werden können. Alle übrigen Plankrankenhäuser seien dann zur Beteiligung an solchen Kooperationen verpflichtet.

Gegen diesen Vorschlag gebe es Widerstände auf Seiten der Krankenhäuser, führte Dr. Gehle aus. Diese favorisierten ein mehrstufiges Verfahren zur Anbahnung und Realisierung von Kooperationen, ein Weiterbildungsregister und eine Ombudsstelle. Die Gestaltung ärztlicher Weiterbildung sei originäre Aufgabe der Ärztekammer, betonte hingegen Dr. Gehle. Die Kammer verfüge über bewährte Verfahren und Strukturen für die Erteilung von Weiterbildungsbefugnissen, sie wünsche sich allerdings Rückendeckung aus der Politik, wenn sie einmal entscheide, eine Befugnis nicht oder nicht in vollem Umfang zu erteilen.

## Eingriff in ärztliche Aufgaben und Befugnisse

Mit dem „Apothekenversorgungsweiterentwicklungsgesetz“ könnten Apotheken weite-

re Möglichkeiten eröffnet werden, Gesundheitsleistungen anzubieten, fuhr Dr. Gehle fort. Erst wenige Tage vor der Kammerversammlung habe der Vorstand der ÄKWL gemeinsam mit den Vorsitzenden der Ärztekammer-Verwaltungsbezirke betont, dass Apotheken kein Ersatz für Arztpraxen sind und auch nicht sein können. „Das Gesetz will nicht weniger als einen Eingriff in urärztliche Aufgaben und Befugnisse“, warnte Dr. Gehle. Wenn es etwa um die geplante Abgabe von verschreibungspflichtigen Medikamenten ohne ärztliche Verordnung gehe, bedeute dies eine rote Linie, die schon aus Gründen der Patientensicherheit nicht überschritten



Die Delegierten absolvierten bei der Kammerversammlung im März eine umfangreiche Tagesordnung mit Referaten, Berichten und Abstimmungen.

werden dürfe. Auch „Herz-Untersuchungen“ in der Apotheke würden erwartbar für mehr Aufwand in den Praxen sorgen, um die dabei entstehenden Fragen und Sorgen von Patientinnen und Patienten zu beantworten.

Der Ärztekammerpräsident erinnerte an die gute Zusammenarbeit von Ärzte- und Apothekerschaft, die über ihre Kammern in Westfalen-Lippe einen fruchtbaren Austausch pflegten. „Wenn es darum geht, die jeweiligen Aufgabenfelder neu zu justieren, dann sollte das vernünftigerweise als Abstimmungsprozess zwischen den Heilberufen geschehen. Aber nicht, weil man einen weiteren Punkt einer politischen Agenda abhaken will“, meinte Gehle mit Blick auf die Berliner Gesundheitspolitik.

## Auswirkungen sozialer Medien: mehr Forschung gefordert

„Soziale Medien und Kinderschutz“ ist ein Thema, das die Ärzteschaft und auch die Ärztekammer seit Jahren immer wieder beschäftigt – Dr. Gehle erinnerte an die Veranstaltungsreihe „Forum Kinderschutz“ der

Kammer, aber auch an das Engagement von Kolleginnen und Kollegen wie Dr. Uwe Büsching, der als Pädiater in diesem Bereich intensiv engagiert ist. Vor dem Hintergrund der aktuellen Diskussion um eine Altersbegrenzung für den Zugang zu sozialen Medien forderte der Ärztekammer-Präsident eine intensivere Forschung zu diesem Thema. Forschungsvorhaben müssten zudem unabhängig sein. Ohne eine solide, unabhängig gewonnene wissenschaftliche Grundlage werde es sehr schwierig werden, gegen das Geld und die Macht der Tech-Konzerne Gehör zu finden. Überdies müssten nicht nur Kinder und Jugendliche selbst, sondern

auch ihr Umfeld gestärkt werden. Auch Mütter und Väter benötigten Medienkompetenz. „Das Leben der Eltern ist das Buch, in dem die Kinder lesen“, zitierte der Kammerpräsident einen Satz, der dem Kirchenvater Augustinus zugeschrieben wird – ein Ausspruch, der auch nach 1600 Jahren noch aktuell ist.

## Ärzterschaft will konstruktiv an Reformen mitwirken

Ausdrücklich betonte Dr. Gehle zum Ende seines Berichts den Willen der Ärzteschaft, Fehlentwicklungen zwar kritisch zu benennen, doch vor allem konstruktiv an den nötigen Veränderungen und Reformen des Gesundheitswesens mitzuwirken. „Es geht uns nicht um pauschale Ablehnung oder gar Verweigerung. Wir müssen als Ärztinnen und Ärzte mehr tun, wir müssen Lösungsvorschläge vorlegen“, formulierte der Ärztekammerpräsident die Aufgabe der ärztlichen Selbstverwaltung. „Wir sind die Fachleute, wir bieten der Politik an, unser Wissen zu teilen!“