



Queermed
Deutschland

**Leitfaden zum
sensibilisierten Umgang
mit Patient*innen**

Inhaltsverzeichnis

- 3 Über diesen Leitfaden
- 4 **Wozu braucht es sensibilisierten Umgang mit Patient*innen?**
Wie sieht die gesundheitliche Lage von marginalisierten Personen aus?
Wie ein diskriminierungssensibler Umgang Patient*innen hilft
- 11 **Wie entsteht Diskriminierung im Gesundheitswesen?**
Diskriminierung
Intersektionalität
Diskriminierungsebenen
- 16 **Formen der Diskriminierung**
- 20 **Wie schaffe ich einen sensibilisierten Umgang mit Patient*innen?**
Empathie
Inklusive Sprache
Praxen und Kliniken im Internet und auf Sozialen Medien
Praxisgestaltung & Barrierefreiheit
Erstaufnahme
Behandlung & Körperlicher Kontakt
- 31 **Fachliche und selbstkritische Weiterbildung**
- 35 **Unterstützung von Patient*innen bei Diskriminierungserfahrungen**
- 40 **Literaturempfehlungen**
- 40 **Glossar**
- 41 **Impressum**

Über diesen Leitfaden

Diskriminierungssensibler Umgang mit Patient*innen ermöglicht allen Menschen gesundheitliche Hilfe aufzusuchen. Im Gesundheitssystem gibt es Menschen, die weniger sichtbar sind als andere. Damit sich Ärzt*innen, Therapeut*innen, Pflegendende und andere im Gesundheitssystem Tätige stärker mit individuellen Bedürfnissen von Patient*innen auseinandersetzen, gibt dieser Leitfaden Impulse.

Dabei geht es um den Umgang mit Patient*innen, die Gestaltung der eigenen Praxis aber auch persönliches Engagement außerhalb der Arbeit.

Dieser Leitfaden vermittelt Wissen und ermutigt Menschen, die im Gesundheitswesen tätig sind zur Selbstreflexion und zum Austausch miteinander. Damit soll die medizinische und therapeutische Versorgung von marginalisierten Menschen langfristig verbessert werden. So ermöglichen Sie mit Ihrem neu erlangten Wissen ein besseres Miteinander zwischen Ärzt*innen und Patient*innen.

Dennoch kann dieser Leitfaden nicht alle Themen bis ins Detail erklären. Insbesondere verschiedene

Diskriminierungsformen ausführlich zu besprechen, würde den Rahmen sprengen. **Deshalb liegt es bei den Leser*innen dieses Leitfadens, sich eigenständig um Weiterbildungen zu kümmern.**

Der Leitfaden schlägt dafür am Ende einige Anlaufstellen vor. Im Schlussteil findet sich kleines Glossar, das alle erwähnten, vielleicht weniger geläufigen Begriffe, kurz erklärt.

Hinweis:

Begriffe, die mit einem Unterstrich markiert sind, werden im Glossar noch einmal kurz erläutert.

In diesem Leitfaden wird der Genderstern „*“ verwendet, um inklusiv über Menschen zu sprechen, wenn genderneutrale Begriffe nicht möglich sind. Unter 4.2 „Inklusive Sprache“ wird die Notwendigkeit davon ausgeführt.



Credits: Fadi Elias | In-Haus e.V.

Sara Grzybek, Gründer*in von Queermed Deutschland.

1.

Wozu braucht es
sensibilisierten Umgang
mit Patient*innen?

Unsere Gesellschaft ist vielfältig, und im Gesundheitswesen treffen Menschen mit unterschiedlichem kulturellem Hintergrund, verschiedenen sexuellen Orientierungen, Geschlechtern, sozioökonomischen Hintergründen, Glaubensrichtungen und körperlichen Fähigkeiten aufeinander. **Ein diskriminierungssensibler Umgang ermöglicht eine angemessene und bedarfsgerechte Versorgung für alle Patient*innen.**

„Sensibilisierte
Gesundheits-
versorgung
für alle!“



Medizinische und therapeutische Lehrbücher haben über Jahrzehnte hinweg hauptsächlich weiße, cis-heteronormative, normschlank, nicht behinderte Körper gezeigt. Das hat die Lehre dominiert und führt zu Missständen und Unterschieden in der Versorgung. Schließlich gibt es in der Bevölkerung viel mehr und vor allem verschiedene Menschen, als bisher in Literatur und Wissenschaft beschrieben.

Die **gesundheitliche Lage und Versorgung von Menschen mit Diskriminierungserfahrungen oder Menschen aus marginalisier-**

ten Gruppen ist oft schlechter. Ein diskriminierungssensibler Ansatz kann dazu beitragen, Barrieren abzubauen und den Zugang zu Gesundheitsleistungen zu verbessern, um eine gute, angemessene Gesundheitsversorgung für alle zu gewährleisten.

Ein respektvoller Umgang fördert das Vertrauen zwischen Patient*innen, Ärzt*innen und Therapeut*innen. Patient*innen fühlen sich ernst genommen und sind deshalb eher bereit, ihre Bedenken und Informationen offen mitzuteilen. Das wiederum führt zu einer präziseren Diagnose und Behandlung.

Wie sieht die gesundheitliche Lage von marginalisierten Personen aus?

Die gesundheitliche Lage benachteiligter Menschen in Deutschland ist aufgrund verschiedener Faktoren sehr unterschiedlich. Zu marginalisierten Gruppen gehören Menschen, die aufgrund von sozioökonomischem Status, ethnischer Zugehörigkeit, Geschlecht, sexueller Orientierung, Behinderungen oder anderen Merkmalen benachteiligt oder diskriminiert werden. Dabei ist es wichtig zu betonen,

dass Gesundheitsungleichheiten insbesondere auf strukturellen und sozialen Determinanten beruhen. Die sexuelle Orientierung spielt dabei eigentlich keine oder nur eine geringe Rolle.

Letzten Endes sind es die Umstände, in denen Menschen leben, die sie krank machen. Einige Faktoren, die die Gesundheit marginalisierter Personen beeinflussen können, sind:



Zugang zum Gesundheitssystem:

Bestimmte Gruppen haben aufgrund finanzieller sowie sprachlicher Barrieren oder aufgrund von Diskriminierung einen eingeschränkten Zugang zu Gesundheitsleistungen. Beispielsweise werden bei Kinderwunsch viele Leistungen für verschiedengeschlechtliche Paare von den Krankenkassen übernommen, nicht aber für gleichgeschlechtliche Paare.

Diskriminierung und Stigmatisierung:

Diskriminierung und Stigmatisierung können Stress verursachen, der sich negativ auf die psychische und physische Gesundheit auswirkt. Gleichzeitig können Diskriminierungserfahrungen dazu führen, dass notwendige Gesundheitsleistungen aufgeschoben oder gar nicht erst in Anspruch genommen werden, um erneute negative Erfahrungen im Gesundheitswesen zu vermeiden.

Barrieren:

Menschen mit Migrationsgeschichte erleben oft aufgrund von Sprachbarrieren, kulturellen Unterschieden und anderen Faktoren eine schlechtere Gesundheitsversorgung. Um Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung abzubauen, braucht es politische Maßnahmen und soziale Programme, die darauf abzielen, strukturelle Barrieren abzubauen.

Arbeitsbedingungen:

Menschen in prekären Arbeitsverhältnissen oder mit unsicheren Beschäftigungsverhältnissen sind einem höheren Gesundheitsrisiko ausgesetzt. Stress, Diskriminierung und schlechte Bezahlung fördern häufig psychische Gesundheitsprobleme, die Einfluss auf die physische Gesundheit haben. Ein Teufelskreis, denn psychische Belastungen beeinträchtigen die körperliche Gesundheit und umgekehrt.

Sozioökonomischer Status:

Menschen mit niedrigem Einkommen haben unter Umständen weniger Zugang zu gesundheitsfördernden Ressourcen wie guter Ernährung, Wohnraum und Bildung.

Dazu gehören Maßnahmen, die Chancengleichheit im Bildungssystem fördern, den Zugang zu Gesundheitsdiensten für alle Bevölkerungsgruppen sicherstellen und für Diskriminierung und Stigmatisierung im Gesundheitswesen sensibilisieren. Diese Sensibilisierung muss nicht nur im bestehenden Gesundheitssystem, sondern auch in der Ausbildung von angehenden Ärzt*innen, Therapeut*innen und anderen Gesundheitsberufen verankert werden. Es ist wichtig, dass die Gesellschaft als Ganzes daran arbeitet, ein integratives und inklusives Umfeld zu schaffen, in dem alle Menschen die gleichen Chancen auf ein gesundes Leben haben.

Auch Ärzt*innen und Therapeutinnen haben eine individuelle Verantwortung. Sie sollten sich fragen, was sie im Praxis- oder Klinikalltag oder in ihrem näheren Umfeld tun können, um eine langfristige Veränderung zu bewirken. Fehlt es vielleicht an regelmäßigen Fortbildungen? Oder können Forderungen gemeinsam mit anderen Ärzt*innen an die Ärztekammern getragen werden? Im weiteren Verlauf des Leitfadens werden dazu einige Tipps und Empfehlungen gegeben. Dies ersetzt jedoch nicht die individuelle Auseinandersetzung mit dem Thema.

Mittlerweile gibt es mehrere aktuelle Studien, die eine deutliche Schieflage in der Behandlung von Patient*innen in Deutschland belegen:

70%

der stark diskriminierten Teilnehmenden gaben an, in den letzten zehn Jahren unter Schlafstörungen gelitten zu haben.

Quelle: „Vorurteile und Diskriminierungen machen krank“ ikk Classic 2021 <https://www.ikk-classic.de/gesund-machen/vorurteile-machen-krank>

64,5%



der befragten Schwarzen, afrodeutschen und afrodiasporischen Menschen haben Diskriminierung im Gesundheitswesen erfahren.

Quelle: Afrozensus 2020 <https://afrozensus.de/>

18,7%

der befragten LGBTQIA*-Personen, die im Vorjahr Diskriminierung erlebt haben, vermieden daraufhin ärztliche Praxisbesuche, um weiterer Benachteiligung zu entgehen.

Quelle: Center for American Progress, 2018 <https://www.americanprogress.org/article/discrimination-prevents-lgbtq-people-accessing-health-care/>

13-14%

der befragten Schwarzen, asiatischen und muslimischen Frauen gaben an, eine Behandlung aus Angst vor Diskriminierung verzögert oder komplett gemieden zu haben. Bei Männern liegt der Anteil in all diesen Gruppen bei etwa 8%



Quelle NaDiRa Bericht 2023 https://www.rassismusmonitor.de/fileadmin/user_upload/NaDiRa/Rassismus_Symptome/2023-11-07_NaDiRa-2023_Pressematerialien.pdf

25%

aller Studienteilnehmenden haben in den letzten zwei Jahren Diskriminierung u.a. im Gesundheitswesen erfahren.

Quelle: Studie „Antidiskriminierungserfahrungen in Deutschland“, 2017 der Antidiskriminierungsstelle des Bundes. https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/Experten/expertise_diskriminierungserfahrungen_in_deutschland.html

56%

gaben an, im letzten Jahr im Gesundheitswesen mindestens eine diskriminierende Erfahrung gemacht zu haben. Beispielsweise wurden ihnen Gesundheitsleistungen verwehrt, ihre Patient*innenakte offensichtlich für Dritte markiert oder gegen die Schweigepflicht verstoßen.



Forschungsbericht der Deutschen Aidshilfe „positive Stimmen 2.0“ 2020 <https://hiv-diskriminierung.de/positive-stimmen-20>

57%

der befragten Schwarzen in Kalifornien haben Praxis- oder Krankenhausbesuche vermieden um Rassismuserfahrungen nicht erleben zu müssen.

Quelle: "Listening to Black Californians" 2022 <https://www.chcf.org/wp-content/uploads/2022/09/ListeningBlackCalifornians.pdf>



Wie ein diskriminierungssensibler Umgang Patient*innen hilft

Patient*innen fühlen sich wertgeschätzt und in ihrer Selbstbestimmung gestärkt, wenn ihre individuellen Bedürfnisse und Erfahrungen respektiert werden. Dies führt zu einer positiven Einstellung gegenüber der Behandlung und zu einer aktiveren Mitarbeit bei therapeutischen Maßnahmen, was den Genesungsprozess fördert.

Eine Sensibilisierung ermöglicht es den medizinischen Fachkräften,

sich besser auf die individuellen Gegebenheiten der Patient*innen einzustellen. Dadurch können Fehldiagnosen und -behandlungen minimiert werden.

Menschen, die Diskriminierung erfahren, leiden häufig auch unter psychosozialen Belastungen. Eine einfühlsame und diskriminierungsfreie Betreuung kann dazu beitragen, diese Belastungen zu reduzieren und den Heilungsprozess positiv zu beeinflussen.



2.

Wie entsteht
Diskriminierung im
Gesundheitswesen?

Diskriminierung

Diskriminierung ist die Benachteiligung oder Ungleichbehandlung von Einzelpersonen und Gruppen aufgrund bestimmter Merkmale wie Geschlecht, ethnischer Herkunft, Religion, sexueller Orientierung oder Behinderung. Sie manifestiert sich in Vorurteilen, Stereotypen und Handlungen, die Rechte, Chancen und Würde von Menschen einschränken oder verletzen.

Es gibt verschiedene Formen der Diskriminierung.

Gleichzeitig gibt es Menschen, die Diskriminierungserfahrungen machen, aber auch Privilegien haben. Zum Beispiel kann eine *weiße* Frau Misogynie erleben und trotzdem durch ihr Weißsein oder eine sehr wohlhabende Familie Privilegien genießen, die ihr in bestimmten Situationen Vorteile bringen.

Im Folgenden werden einige Formen von Diskriminierung beispielhaft beschrieben. Diese finden sich in verschiedenen Bereichen wie Bildung, Familie, Politik und Gesellschaft.

Diskriminierung kann sich auf verschiedene Weise äußern: manchmal subtil als Mikroaggressionen, manchmal offen und direkt, in Form von rassistischen oder queerfeindlichen Beleidigungen.

„Wir sind alle fähig, zu diskriminieren und zu verletzen, auch wenn wir selbst Diskriminierungen ausgesetzt sind.“

Quelle: Sibel Schick aus ‚Weißem Feminismus canceln‘

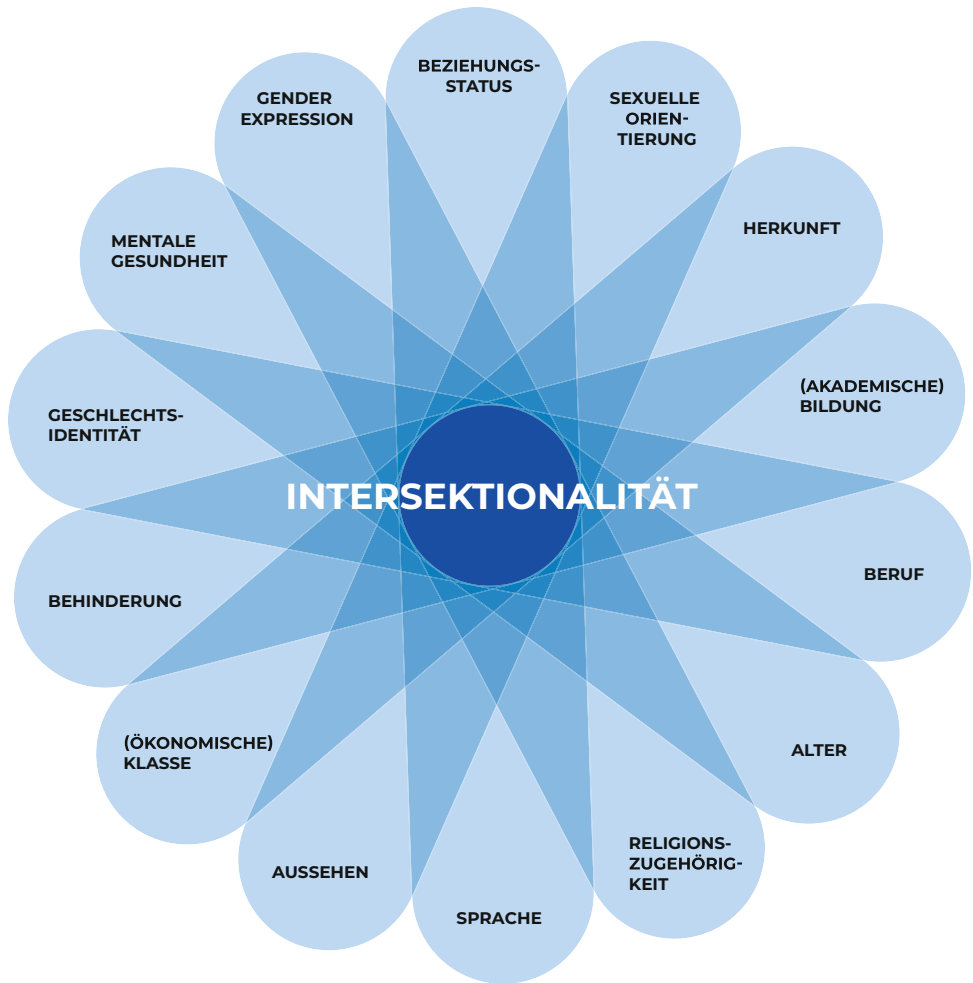
Intersektionalität

Intersektionalität ist ein Begriff, der in den Sozialwissenschaften und im aktivistischen Kontext verwendet wird, um die komplexen Wechselwirkungen zwischen verschiedenen Formen von Diskriminierung zu beschreiben. Statt Diskriminierung als isoliertes Phänomen zu sehen, betrachtet die **intersektionale Perspektive die gleichzeitige Existenz verschiedener sozialer Identitäten** und analysiert, wie diese sich miteinander verweben und wechselseitig beeinflussen.

Eine Person hat mehrere soziale Identitäten, die auf Geschlecht, ethnischer Herkunft, Klasse, sexueller Orientierung, Behinderung und anderen Merkmalen basieren. Intersektionalität erkennt an, dass diese

Identitäten nicht einzeln betrachtet werden können, sondern gemeinsam die Erfahrungen und Chancen einer Person gestalten. Zum Beispiel kann eine Schwarze Frau aufgrund ihres Geschlechts und ihrer Hautfarbe andere Diskriminierungserfahrungen machen als eine weiße Frau oder ein Schwarzer Mann.

Diese Betrachtungsweise ist besonders wichtig, um die Vielschichtigkeit der Diskriminierung zu verstehen und angemessen darauf zu reagieren. Sie betont die Notwendigkeit, strukturelle Ungleichheiten in Politik, Recht und Gesellschaft zu adressieren, um inklusivere und gerechtere Systeme zu schaffen.



Diskriminierungsebenen



Rassismus

Rassismus ist eine Form der Diskriminierung, die auf der Annahme basiert, dass einige Menschen aufgrund ihrer „Rasse“ oder ethnischen Zugehörigkeit anderen überlegen sind. Diese Überzeugung führt zu strukturellen Ungleichheiten, die sich in verschiedenen Lebensbereichen manifestieren, wie zum Beispiel Bildung, Beschäftigung, Wohnen und dem Zugang zu Gesundheitsversorgung.

Um auf bestimmte, spezifische Formen des Rassismus zu verwei-

sen, wird bei bestimmten Themen auch von antimuslimischem, antischwarzem oder antislawischem Rassismus gesprochen.

Antirromatismus

Antirromatismus bezeichnet Diskriminierung und Vorurteile gegenüber Rom*nja und Sinti*zze. Dieser Begriff distanziert sich vom Begriff „Antiziganismus“, da dieser eine diskriminierende Fremdbezeichnung reproduziert. Antirromatismus umfasst Stereotype, soziale Ausgrenzung und strukturelle Benachteiligung aufgrund ethnischer Vorurteile. Diese Form der Diskriminierung führt ebenfalls zu Ungleichheiten in Bildung, Beschäftigung und anderen Lebensbereichen.

Antisemitismus

Antisemitismus ist eine Form der Diskriminierung, die sich gegen Menschen richtet, die jüdischen Glaubens oder jüdischer Abstammung sind. Diese Form der Vorurteile und Feindseligkeit basiert auf Stereotypen, die jüdische Menschen als anders, minderwertig oder bedrohlich darstellen.

Antisemitismus kann sich auf unterschiedliche Weisen äußern und reicht von verbalen Angriffen und Diskriminierung bis hin zu physischer Gewalt oder struktureller Benachteiligung. Historisch

gesehen hat der Antisemitismus in verschiedenen Gesellschaften zu Diskriminierung und Pogromen geführt. In Deutschland gipfelte er im Holocaust – der millionenfachen Ermordung von Jüdinnen*Juden.

Queerfeindlichkeit

Queerfeindlichkeit bezieht sich auf negative Haltungen, Vorurteile und Diskriminierung gegenüber Menschen, die nicht den traditionellen Vorstellungen von Geschlecht und sexueller Orientierung entsprechen. Dies umfasst Menschen, die sich als schwul, lesbisch, bisexuell, trans*, queer oder auf andere Weise nicht heteronormativ identifizieren.

Ableismus

Ableismus bezeichnet Diskriminierung und Vorurteile gegenüber Menschen mit Behinderungen. Er umfasst negative Einstellungen, Stereotype und Barrieren, die Menschen aufgrund ihrer körperlichen, geistigen oder sensorischen Beeinträchtigungen benachteiligen.

Ableismus kann auf individueller Ebene auftreten, wenn Menschen mit Behinderungen beleidigt oder ausgeschlossen werden, aber er manifestiert sich auch auf institutioneller Ebene. Dies kann in Form von fehlender Barrierefreiheit, eingeschränktem Zugang zu Bildung oder Beschäftigung sowie mangelnder medizinischer Versorgung für Menschen mit Behinderungen geschehen.

Fettfeindlichkeit

Fettfeindlichkeit bezieht sich auf Diskriminierung und Vorurteile aufgrund des Körpergewichts und der Körpergröße einer Person. Diese Form der Diskriminierung manifestiert sich oft durch „Body Shaming“ (abwertende Äußerungen über Körper und Aussehen), stereotype Darstellungen in den Medien und institutionelle Vorurteile gegenüber Menschen mit Übergewicht oder Adipositas.

Fettfeindlichkeit kann schwerwiegende Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl, die psychische Gesundheit und das physische Wohlbefinden haben. Menschen, die von Fettfeindlichkeit betroffen sind, können mit Vorurteilen konfrontiert sein, sei es im Gesundheitswesen, in der Arbeitswelt oder in sozialen Interaktionen.

Adultismus

Adultismus bezieht sich auf die Diskriminierung von jungen Menschen aufgrund ihres Alters. Erwachsenen wird deutlich häufiger zugestanden, dass sie Entscheidungen über sich selbst treffen dürfen, ihre Meinung, Wünsche und Bedürfnisse anerkannt werden. Dies ist bei Kindern und Jugendlichen häufig nicht der Fall. Das kann zu mangelnder Beteiligung von jungen Menschen an Entscheidungsprozessen, mangelnder Anerkennung ihrer Bedürfnisse und Fähigkeiten sowie zu paternalistischen Haltungen führen.

3.

Formen der
Diskriminierung

Es lassen sich unterschiedliche Formen der Diskriminierung feststellen. Diese können auf unterschiedliche Weise entstehen und sind häufig das Ergebnis von individuellen Einstellungen, strukturellen Barrieren sowie institutionellen und systemischen Faktoren. Folgende Punkte können Einfluss haben. Die unterschiedlichen Diskriminierungsebenen werden im Rahmen dieses Leitfadens kurz beschrieben.

Vorurteile und Stereotype:

Individuelle Vorurteile und Stereotype von medizinischem oder therapeutischen Fachpersonal können zu Diskriminierung führen. Dies ist der Fall, wenn medizinisches Personal bestimmte Gruppen aufgrund von ethnischer Herkunft, Geschlecht, sexueller Orientierung, sozioökonomischem Status oder anderer Merkmale voreingenommen betrachtet, kann dies zu unterschiedlichen Behandlungsansätzen führen.

Otherring:

„Otherring“ ist ein Prozess, bei dem Individuen oder Gruppen als „anders“ oder „fremd“ markiert werden, was zu Ausgrenzung, Vorurteilen und Diskriminierung führt. Dadurch werden soziale Unterschiede und Ungleichheiten verstärkt.

Fehlendes Fachwissen und Unwissenheit:

Ein Mangel an Schulung und Sensibilisierung im Gesundheitswesen bezüglich kultureller Vielfalt, Geschlechtervielfalt und anderen diversen Merkmalen, sowie mangelndes Verständnis für die kulturellen Hintergründe von Patient*innen, kann zu Diskrimi-

nierung führen. Es kommt zu Missverständnissen in der Kommunikation und zu unangemessenen Behandlungsweisen.

Definitionsmacht:

Definitionsmacht in der Gesundheitsversorgung bezieht sich auf die Autorität von Ärzt*innen und medizinischem Personal, medizinische Probleme zu definieren und Entscheidungen über Diagnose, Behandlung und Pflege übergriffig und alleine zu treffen, wodurch die Patient*innen-Autonomie eingeschränkt werden kann.

(De-) Sexualisierung:

(De-)Sexualisierung in der Gesundheitsversorgung bezeichnet den Prozess, in dem sexuelle Bedürfnisse und Identitäten von Patient*innen entweder überbetont oder vernachlässigt werden. Eine ausreichende Berücksichtigung der sexuellen Gesundheit ist wichtig, um eine umfassende Versorgung und angemessene Behandlung zu gewährleisten.

Medikalisierung:

Medikalisierung beschreibt einen gesellschaftlichen Veränderungsprozess, bei dem Lebensbereiche und -erfahrungen neu in den Mit-

telpunkt von medizinischer Forschung und Behandlung gerückt werden. Die Problemlösung von Symptomen mit gesellschaftlichen Ursachen wird dann an medizinisches Fachpersonal übertragen. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn Stress am Arbeitsplatz, Angst vor transfeindlichen Übergriffen oder mit der Kinderbetreuung überforderte Alleinerziehende medizinisch behandelt werden, anstatt strukturelle Ursachenbekämpfung zu betreiben.

Barrieren beim Zugang:

Physische, finanzielle oder sprachliche Barrieren können den Zugang zu Gesundheitsleistungen erschweren. Wer wenig Geld zur Verfügung hat, schlecht oder gar nicht Deutsch spricht, erlebt im Praxis- oder Klinikalltag oft Benachteiligung.

Problematisierung:

Problematisierung in der Gesundheitsversorgung bezieht sich auf die Identifizierung und Hervorhebung von Gesundheitsproblemen, die einer Intervention bedürfen, sei es durch Prävention, Diagnose oder Behandlung.

Stigmatisierung von Gesundheitszuständen:

Diskriminierung kommt auch vor, wenn Menschen mit bestimmten Gesundheitszuständen stigmatisiert werden. Dies ist zum Beispiel der Fall bei psychischen Erkrankungen oder Geschlechtskrankheiten. Beispielsweise erleben viele Patient*innen mit positivem HIV-Status Benachteiligung durch behandelnde Personen, obwohl durch Medikamente keine Übertragungsgefahr bei ärztlichen Behandlungen gegeben ist. Das hat Folgen, denn Patient*innen könnten aufgrund von Vorurteilen oder Angst vor Stigmatisierung zögern, medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Normierung:

Normierung im Gesundheitswesen bezeichnet die Tendenz, medizinische Standards und Praktiken zu etablieren, die auf einer definierten Norm basieren. Dies kann zu Ausgrenzungen oder mangelnder Berücksichtigung individueller Bedürfnisse führen. Zum Beispiel werden in vielen medizinischen Büchern immer noch häufig weiße, normschlanke, nicht behinderte Körper gezeigt.

Konkrete Diskriminierungsbeispiele auf verschiedenen Ebenen:

Mangelnde Barrierefreiheit

in Praxen und Kliniken (kein Zugang für Rollstuhlfahrer*innen, Stühle mit Armlehnen, schwer zugängliche Räume für Blinde und Sehbehinderte Menschen, keine Erfahrungen mit Tauben / Hörbehinderten Menschen und Deutscher Gebärdensprache (DGS))

Gaslighting (nicht ernst nehmen) von Erfahrungen und Schmerzempfinden

Rechtliche Barrieren

Das Transsexuellengesetz diskriminiert trans* Menschen und die Auswirkungen sind für die Betroffenen psychisch sehr belastend. Ein weiteres Beispiel ist die sogenannte „Stiefkindadoption“. Gleichgeschlechtliche Paare, die Eltern werden, sind demnach rechtlich nicht gleichberechtigt, wenn es um ihr(e) Kind(er) geht.

Stereotype

Es gibt zum Beispiel viele Vorurteile und große Wissenslücken in Bezug auf Menschen mit positivem HIV- Status.

Mangelndes Fachwissen und unzureichende Sensibilisierung

von Fachpersonal (bspw. dermatologische Behandlungen bei nicht-weißer Haut, Umgang mit Patient*innen und ihren Erfahrungen mit sexualisierter Gewalt, Wissen und Umgang mit trans* Personen)

Finanzielles Gatekeeping

Leistungssteuerung mit einem rein finanziellen Fokus verhindert oft medizinische Versorgung, die für die psychische Gesundheit der Patient*innen erforderlich ist (bspw. Sterilisation, geschlechtsangleichende Operationen, Kinderwunsch bei gleichgeschlechtlichen Paaren)

Rassistische, queerfeindliche, klassistische, ableistische, fettfeindliche Sprache

oder Verhaltensweisen von Praxispersonal und / oder Fachpersonal

Mangelhafte Kommunikation & Interaktionsebenen

zwischen Patient*innen und Fachpersonal (Sprachbarrieren, weil Fachpersonal nur Deutsch sprechen)

4.

Wie schaffe ich einen sensibilisierten Umgang mit Patient*innen?

Ein sensibilisierter Umgang ist auf unterschiedlichen Ebenen möglich: in der unmittelbaren Kommunikation (im direkten Gespräch, am Telefon oder schriftlich) sowie der indirekten (über die Website). Auch bei körperlichen Untersuchungen kann der sensibilisierte Umgang viel Einfluss auf den Kontakt mit Patient*innen haben. Ärzt*innen und Therapeut*innen können sich fortbilden, um rassistensensible oder queersensible Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Nach ausreichenden Sensibilisierungsmaßnahmen macht es Sinn, Patient*innen auch auf die Qualifizierung hinzuweisen – zum Beispiel auf der Praxiswebsite.

Wenn marginalisierte Patient*innen auf der Suche nach einer neuen Praxis sind, fragen sie Angehörige, Freund*innen, Bekannte, Kolleg*innen, aber auch gerne Menschen aus ihren Communitys mit ähnlichen Erfahrungen. Viele marginalisierte Menschen gehen ungerne zur Ärzt*innen und suchen gezielt nach Praxen, in denen sie hoffen, nicht diskriminiert zu werden.

Mitunter kennen Patient*innen auch Beratungsstellen, die auf spezialisierte und sensibilisierte Praxen verweisen können. Manchmal informieren sich Patient*innen auch im Internet über Discord-Channels, Reddit Foren oder Social-Media-Kanäle. Viele halten Online-Bewertungen dabei nicht für vertrauenswürdig, insbesondere wenn nicht mehr eindeutig erkennbar ist, ob die Empfehlungen

von realen Patient*innen stammen. Oft können die Patient*innen aus den Bewertungen nicht ablesen, welche Lebensrealitäten oder Positionierungen die Absender*innen haben. Auch ist häufig nicht klar, ob die Empfehlungen von Praxen oder Kliniken als Werbemaßnahme gekauft wurden.

Queermed ist für viele Patient*innen eine große Unterstützung und Orientierungshilfe. Viele geben an, eigentlich notwendige gesundheitliche oder therapeutische Versorgung jahrelang nicht in Anspruch genommen zu haben, um keine weitere Diskriminierung zu erfahren. Zu groß war die Sorge, dadurch womöglich erst recht krank zu werden.

Empathie

Empathie im Umgang mit Patient*innen in der Gesundheitsversorgung ist von entscheidender Bedeutung, da sie das Fundament für eine effektive und ganzheitliche Betreuung bildet. Sie ermöglicht es den Gesundheitsdienstleister*innen, sich in die Lage der Patient*innen zu versetzen, ihre Bedürfnisse zu verstehen und angemessen darauf zu reagieren. Dies fördert eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Patient*innen und medizinischem Personal, was wiederum die Patient*innenzufriedenheit und die Therapieergebnisse verbessern kann. Empathie trägt auch dazu bei, den Stress und die Angst

von Patient*innen zu reduzieren. Sie fühlen sich gesehen, gehört und unterstützt. Darüber hinaus trägt empathisches Verhalten dazu bei, Missverständnisse zu vermeiden und die Qualität der Kommunikation zwischen Fachkräften und Patient*innen zu verbessern. Empathie schafft eine menschlichere und mitfühlendere Gesundheitsversorgung, die nicht nur die physischen, sondern auch die emotionalen und psychischen Bedürfnisse der Patient*innen berücksichtigt.

Inklusive Sprache

Im Umgang mit Patient*innen ist direkter Kontakt unverzichtbar. Die Art und Weise, wie mit Menschen gesprochen wird, hat insbesondere in der Ärzt*innen-Patient*innen-Beziehung einen hohen Stellenwert. Zum einen entspricht dies den gängigen Höflichkeitsregeln, zum anderen ist die direkte Ansprache ein wichtiger Aspekt der Behandlungssicherheit. Gerade in Settings, in denen man noch nicht alle Patient*innen kennt, kann so zum Beispiel sichergestellt werden, dass man wirklich die Person behandelt oder untersucht, deren Akte man in den Händen hält.

Die namentliche Anrede ist eine alltägliche Routine und jede*r ist in der Regel bemüht, andere korrekt anzusprechen. Dabei wird

häufig die Anrede „Herr“ oder „Frau“ verwendet. Die Entscheidung, welche Anrede genutzt wird, erfolgt meist automatisch aufgrund von erlernten Mustern, nach denen wir Menschen in Geschlechterkategorien einteilen. Für etliche Patient*innen und Klient*innen in der Gesundheitsversorgung ist dieser Umgang mit der Zuordnung zu Geschlechterkategorien nicht weiter bedenklich. Eine Person, die sich selbst als Mann wahrnimmt und auch von anderen als Mann identifiziert wird, stört es nicht, als „Herr“ angesprochen zu werden.

Was kann daran dennoch problematisch sein?

Gendernonkonform aussehende und lebende Menschen sowie Angehörige geschlechtlicher Minderheiten machen jedoch häufig die Erfahrung, dass sie nicht so angesprochen werden, wie sie es sich wünschen. Die falsche Ansprache signalisiert ihnen, dass sie nicht in der Geschlechtskategorie wahrgenommen werden, in die sie sich selbst einordnen. Ein wichtiger Aspekt ihrer Existenz – ihres geschlechtlichen Seins – wird ihnen abgesprochen oder sie werden nicht dazu befragt. Stattdessen sind sie mit falschen Annahmen, Stereotypen und kränkenden Vorurteilen konfrontiert.

Welche Folgen können für das Vertrauensverhältnis entstehen?

Bisher gibt es keine veröffentlichte Studie, die sich mit der Er-

fahrung des Misgenderns befasst, bei dem eine, von Patient*innen unerwünschte Anrede verwendet wird. Die Auswirkungen auf die Betroffenen sind also noch nicht wissenschaftlich untersucht. Im Austausch mit vielen inter* und trans* Personen zeigt sich aber, dass diese Erfahrungen im Gesundheitswesen eine immense mentale Belastung darstellen. Auf diversen Social Media Kanälen schildern Betroffene, dass sie durch diese Erfahrungen das Gefühl haben, nicht wahrgenommen und nicht respektiert zu werden. Das erschwert eine Vertrauensbasis zum medizinischen und therapeutischen Fachpersonal. Die Identität der Betroffenen wird im Alltag ohnehin häufig von anderen in Frage gestellt. Nun kommt eine Gesundheitseinrichtung hinzu, die fortan als unsicherer Ort wahrgenommen wird. Im Austausch zwischen Patient*innen und Queermed wird das Misgendern von vielen als Grund genannt, warum sie eine Praxis nicht wieder aufsuchen möchten.

Respektvoll und inklusiv gendern

Sprache schafft Realitäten und Räume, das gilt auch für gendersensible Sprache. Dabei ist es wichtig, zu berücksichtigen: Es gibt einen Unterschied zwischen Gendern und genderneutraler Sprache. Nehmen wir das Beispiel „Mitarbeiter“. Hier ist es möglich, zu gendern und von Mitarbeiter*innen (alle sind mitgedacht und angesprochen) oder Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen (Männer und Frauen sind adressiert) zu sprechen. Wird nur eine maskuline Bezeichnung verwendet, ist das nicht geschlechtergerecht und andere Geschlechterrealitäten (Frauen, agender, nonbinäre, inter* oder trans* Personen) werden nicht automatisch mitgemeint oder hinzugedacht.

Die **genderneutrale Variante** ist es, ohne Sonderzeichen das Wort Mitarbeitende zu verwenden. Dabei werden ebenfalls **alle mitgemeint** und **verschiedene**



geschlechtliche Lebensrealitäten zusammengefasst. Queermed nutzt primär geschlechtsneutrale Sprache. Dabei wird versucht, Begriffe und Satzbau so einzusetzen, dass alle Menschen eingeschlossen sind und auf Sonderzeichen wie * oder _ verzichtet werden kann. Deshalb gilt geschlechtsneutrale – manchmal auch genderneutrale Sprache genannt – als barriereärmer, denn bei ihr sind Sonderzeichen nicht notwendig, um alle Menschen sichtbar zu machen. Neutrale Begriffe meinen ebenso alle Menschen mit wie die genderde Form Mitarbeiter*innen.

Das funktioniert leider nicht bei allen Wörtern der deutschen Sprache. Ist dies der Fall, empfehlen

beispielsweise die Überwachungsstelle des Bundes für Informationstechnik sowie der Blinden- und Sehbehindertenverband in Deutschland die Nutzung des Gendersternchens. Beide Institutionen favorisieren aus Gründen der Barrierefreiheit und einer besseren Lesbarkeit ansonsten aber eine genderneutrale Sprache.

Warum ist das wichtig?

Nur die männliche Form („generisches Maskulinum“) zu verwenden, ist im deutschen Sprachgebrauch immer noch die gängigste Art. Damit werden aber mehr als 50 Prozent der Bevölkerung ausgeklammert und nicht aktiv mit-

Beispiele für geschlechtsneutrale Begriffe in der Medizin:

Beim Sprechen kann ebenfalls die Doppelnennung verwendet werden. Außerdem kann eine kurze Pause beim Erreichen des Gendersternchens gemacht werden (also Patient – Pause – innen). Das ist in der deutschen Sprache schon bei vielen anderen Wörtern sehr geläufig und nennt sich Glottisschlag. So wird auch beispielsweise beim Wort „Spiegelei“ eine Pause zwischen Spiegel und Ei gemacht. Beim inklusiven Gendern funktioniert es genauso.

Studierende

Mitarbeitende

Pflegekräfte

Fachkräfte

Behandelnde

Praxispersonal

einbezogen. Studien belegen, dass hauptsächlich männliche Bilder im Kopf erzeugt werden, wenn nur das Maskulinum verwendet wird.

„Sprache schafft Realität“



Werden sowohl weibliche als auch männliche Form genutzt, bildet das besser die Gesellschaft ab.

Sprache schafft Realität, daher ist es wichtig, auch allen Menschen Platz in unserer Sprache einzuräumen. In einem Leitfaden auf der Website der Universität des Saarlandes wird genauer erläutert, welche Möglichkeiten es gibt, Sprache neutraler und inklusiver zu gestalten. Wer trotz allem nur das generische Maskulinum verwendet, sollte bedenken welche und wie viele Patient*innen damit ausgeschlossen werden.

Fest steht: Gendern ist Übungssache. Nach anfänglicher Unsicherheit fühlt es sich nach kurzer Zeit gewohnt an und der Umgang mit Sprache wird bewusster. Dieser Leitfaden soll auch ein Hilfsmittel dafür sein, sich mit der eigenen Sprache auseinander zu setzen.



Weitere Informationen dazu liefern diese Bücher:



Viele Ärzt*innen und Therapeut*innen mit eigener Praxis haben auch eine Website. Deshalb sind sie sicherlich schon einmal über das Thema Suchmaschinenoptimierung gestoßen. Gemeint ist ein Teilbereich des Online-Marketings. Lange Zeit war es bei gängigen Suchmaschinen ein großes Problem, wenn Ärztinnen ihre weibliche Berufsbezeichnung auf der eigenen Website benutzten. Der Grund: Die größten Suchmaschinen wurden von englischsprachigen Firmen entwickelt. Entsprechend schwer taten sie sich etliche Jahre, wenn es in anderen Sprachen Berufsbezeichnungen mit verschiedenen Schreibweisen für Männer und Frauen gab. Im Deutschen wurden passend zum generischen Maskulinum die männlichen Berufsbezeichnungen häufiger gesucht. Es wurden auch deutlich mehr Ergebnisse ausgespielt als bei Suchanfragen mit Berufsbezeichnungen in weiblicher Form.

Mittlerweile wurden viele Suchmaschinen durch verschiedene Algorithmen aber verbessert. Sie können auch inklusives Gendern mit * oder _ zuordnen. Sie verstehen,



dass es sich bei Arzt, Ärztin oder Ärzt*in immer um den gleichen Beruf handelt. Sprachen entwickeln sich weiter und die Suchma-

schinen lernen mit, denn ihr Ziel ist es so vielen Nutzer*innen wie möglich die besten Suchergebnisse zu liefern.

Gendern und Suchmaschinen

Eine schlechtere Auffindbarkeit in Suchmaschinen wird gerne als Gegenargument fürs Gendern auf Internetseiten genannt. Tatsächlich werden geschlechtsneutrale Begriffe und solche mit Gender-Symbol (wie *, ;, _) seltener gefunden. Aktuell haben geläufigere Begriffe in der männlichen Form eine „bessere Auffindbarkeit“. Aber das kann sich ändern, denn Suchmaschinen werden von Menschen „gefüttert“. Die Dienste haben die Aufgabe, Suchanfragen und -intentionen immer besser zu verstehen. Deshalb begreifen sie mittlerweile auch das inklusive Gendern in der deutschen Sprache. Die Suchmaschinen erkennen Zusammenhänge zwischen der

häufigen Verwendung von genderinklusive bzw. genderneutraler Sprache und dem Interesse der Suchenden. Es hat praktische und zeitliche Gründe, dass bislang vor allem Begriffe im kurzen, generischen Maskulinum eingegeben werden. Die Konsequenz: Suchergebnisse liefern besonders häufig männlich konnotierte Berufsbezeichnungen. Weibliche Berufsbezeichnungen werden hingegen schlechter gefunden.

Wenn aber viele Menschen über Monate und Jahre hinweg vermehrt genderneutrale oder genderinklusive Sprache nutzen, ist das ein Training für die Suchmaschinen im Umgang mit dieser Sprache.



Praxen und Kliniken im Internet und auf Sozialen Medien

Welche Sprache und Bilder Praxen und Kliniken auf ihren Websites verwenden, hat einen Einfluss darauf, wie Patient*innen sie wahrnehmen.

Häufig fehlen Patient*innen notwendige Informationen. Ist die Praxis beispielsweise von der Straße aus über eine Rampe erreichbar?

Können Personen mit Gehhilfe oder Rollstuhl die Praxis gut erreichen?

Auch vermissen Website-Nutzer*innen Informationen, in wel-

chen Sprachen außer Deutsch die Behandlung stattfinden kann. Die Checkliste im nächsten Abschnitt hilft, die eigene Website selbstständig zu prüfen.

Praxisgestaltung & Barrierefreiheit

Der Barrieren-Check hilft bei der Beurteilung der eigenen Praxis- oder Klinik-Website.

Ist meine Website auch in Leichter Sprache aufrufbar? Egal ob Deutsch ihre erste oder zweite Sprache ist – für viele Menschen, Geflüchtete oder Menschen mit Lernschwächen ist es deutlich einfacher, Informationen in Leichter Sprache zu verarbeiten.	<input type="checkbox"/>
Wie können Patient*innen Termine bei mir vereinbaren? Idealerweise biete ich mehrere Möglichkeiten an z. B. telefonisch, per Kontaktformular, E-Mail oder Terminierungstool.	<input type="checkbox"/>
Biete ich Videosprechstunden an?	<input type="checkbox"/>
Biete ich Hausbesuche an?	<input type="checkbox"/>
Gibt es einen Aufzug?	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, passen auch größere Rollstühle oder Kinderwagen hinein?	<input type="checkbox"/>
Wenn es eine oder mehrere Türen zur Praxis gibt, sind diese schwerfällig?	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, gibt es automatische Türöffner?	<input type="checkbox"/>

Sind Praxis und der Zugang zur Praxis stufenlos?	<input type="checkbox"/>
Wenn der Eingang der Praxis Stufen hat: Gibt es die Möglichkeit, eine Rampe anzulegen oder können Hausbesuche angeboten werden, wenn die Praxis nicht erreicht werden kann? Gibt es genderneutrale Toiletten?	<input type="checkbox"/>
Gibt es genderneutrale / barrierefreie Toiletten?	<input type="checkbox"/>
Gibt es Stühle mit und ohne Armlehnen? Zwar helfen einigen Menschen Armlehnen, um eigenständig vom Stuhl aufzustehen, andererseits fühlen sich dicke Menschen eingeschränkt, da sie solche Stühle wegen der verengten Sitzfläche womöglich nicht nutzen können	<input type="checkbox"/>
Gibt es Orientierungshilfen für blinde- und sehbehinderte Menschen?	<input type="checkbox"/>
Sind sensorische Hilfsmittel oder selbstregulierendes Verhalten (Engl. „Stimming“) akzeptiert? Gerade für autistische Menschen ist es besonders hilfreich, wenn sie sich durch Stimming oder andere sensorische Hilfsmittel (wie Klopfen, lautes Tönen, dem Wiederholen von Satzteilen) in ungewohnten Situationen und Räumen eigenständig beruhigen können.	<input type="checkbox"/>
Ist die Website unter dem Aspekt nutzer*innenfreundlich gestaltet? Ist die Website mit einem Screenreader lesbar?	<input type="checkbox"/>

Diese Checkliste ist nicht vollständig im Hinblick auf Barrieren im Gesundheitswesen. Sie soll aber ein erster Anstoß sein, sich mit vielen dieser Barrieren aktiv zu beschäftigen.

Erstaufnahme

Beim Termin in eine neue Praxis oder Klinik, zählen erste Eindrücke. Sie können dafür sorgen, dass Menschen sich so unwohl fühlen, dass sie nicht wiederkommen.

Bereits der Kontakt mit dem Praxispersonal kann entscheidend sein. Wie sensibilisiert geht das Team am Empfang beispielsweise mit den Patient*innen um? Wie werden alle notwendigen Informationen abgefragt? Schon die Form des Anamnesebogens kann zeigen, welche Lebensrealitäten die Praxis und die Praktizierenden in ihrer Arbeit berücksichtigen und welche nicht.

Viele Patient*innen nehmen es positiv wahr, wenn Praxis- und Klinikpersonal nach ihrer gewünschten Anrede fragen. Dieser erste Schritt und weitere Fragen können ein Hinweis darauf sein, ob individuelle Lebensrealitäten der Patient*innen respektiert werden. Einige Beispielfragen:

- Wie möchten Patient*innen aufgegriffen werden? Mit Vornamen und Nachnamen? Nur mit dem Nachnamen?
- Sprechen Patient*innen mehr als eine Sprache? Das Abfragen der ersten und zweiten Sprache kann Hinweise darauf geben, ob Patient*innen sich während der Behandlung mit einer anderen Sprache als Deutsch wohler fühlen würden. Dies ist natürlich nur möglich, wenn Personen im

Praxisteam, die Sprache ebenfalls sprechen. Ansonsten helfen Angebote von Dolmetschenden (z. B. von Triaphon).



TRIA:PHON

→ Ist Körperkontakt für die Patient*innen in Ordnung?

Geeignete Vorlagen für Anamnesebögen gibt es auf der Website von Queermed für die Fachbereiche Allgemeinmedizin, Gynäkologie und Psychotherapie (VT) (Stand: Q1 2024). Die Dateien können kostenfrei heruntergeladen und verwendet oder als Anregungen für die Erstellung eigener Anamnesebögen genutzt werden.

Anamnesebogen

Anamnesebogen

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit, sed diam Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit, sed diam nonummy nibh euismod tincidunt ut laoreet dolore magna aliquam erat volutpat. Ut wisi enim ad minim veniam, quis nostrud exerci tation ullamcorper suscipit lobortis nisl ut aliquip ex ea commodo consequat. Duis autem

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit, sed diam Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit, sed diam nonummy nibh euismod tincidunt ut laoreet dolore magna aliquam erat volutpat. Ut wisi enim ad minim veniam, quis nostrud exerci tation ullamcorper suscipit lobortis nisl ut aliquip ex ea commodo consequat. Duis autem

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit, sed diam Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit, sed diam nonummy nibh euismod tincidunt ut laoreet dolore magna aliquam erat volutpat. Ut wisi enim ad minim veniam, quis nostrud exerci tation ullamcorper suscipit lobortis nisl ut aliquip ex ea commodo consequat. Duis autem

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit, sed diam Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit, sed diam nonummy nibh euismod tincidunt ut laoreet dolore magna aliquam erat volutpat. Ut wisi enim ad minim veniam, quis nostrud exerci tation ullamcorper suscipit lobortis nisl ut aliquip ex ea commodo consequat. Duis autem



Allgemeinmedizin



Gynäkologie



Psychotherapie (VT)

Behandlung & körperlicher Kontakt

Für viele Menschen ist körperlicher Kontakt mit fremden Menschen – auch wenn es ausgebildetes Fachpersonal sind – sehr unangenehm und problematisch. Manche Patient*innen reagieren empfindlich auf bevorstehende Berührungen, weil sie mit früheren Ärzt*innen oder Therapeut*innen negative Erfahrungen gemacht haben. Auch Erlebnisse von (sexualisierter) Gewalt oder Körperdysphorie können eine Rolle spielen.

Als Ärzt*in oder Therapeut*in ist es deshalb empfehlenswert, Patient*innen vor jeglicher körperlichen Berührung zu informieren. Dies ist vor allem bei körpernahen Untersuchungen wichtig, wie sie in der Zahnmedizin, Gynäkologie, Urologie, Orthopädie oder Physiotherapie vorkommen. Es ist beruhigend für Patient*innen, gefragt zu werden, ob Berührungen in Ordnung sind und ob bestimmte Körperareale ausgelassen werden sollen. Idealerweise erklärt das medizinische Fachpersonal jeden Behandlungsschritt und erläutert, was untersucht wird und gegebenenfalls warum.

Möchten Patient*innen nicht berührt werden, gibt es Alternativen. Ein*e Gynäkolog*in kann Patient*innen beispielsweise anleiten,

die Brust zur Kontrolle selbst abzutasten. In vielen medizinischen und therapeutischen Berufen sind die Körperdiagnostik und das gleichzeitige verbale Kommentieren der eigenen Handlungen gegenüber Patient*innen Teil der Ausbildung.

An dieser Stelle muss auch für alle anderen Fachbereiche betont werden:

„Consent zwischen Ärzt*in / Therapeut*in und Patient*in ist essenziell.“



Damit Patient*innen langfristig geholfen werden kann, müssen sie verstehen, was bei Diagnostikverfahren und Therapien mit ihren Körpern passiert und welche Konsequenzen das haben kann.

Ärzt*innen wird natürlich nicht verboten, ihre Patient*innen anzufassen. Aber die Behandlung soll auf Augenhöhe stattfinden, damit Patient*innen sich selbstbestimmter durch die Gesundheitsversorgung bewegen können.

5.

Fachliche und
selbstkritische
Weiterbildung

In der Medizin und Psychotherapie herrscht noch immer eine Lehre, die sich an weißen, männlichen, „normschlanken“, nicht behinderten cis-Körpern orientiert. Dadurch wird in der Gesundheitsversorgung eine große Zahl von Menschen kategorisch ausgeschlossen und nicht angemessen behandelt. Diese Erkenntnis ist in Deutschland und vielen anderen Ländern inzwischen angekommen – ein wichtiger Schritt.

Den meisten Fachkräften ist vermutlich auch bewusst, dass sie

sich entsprechend ihrer Berufsethik kontinuierlich fortbilden müssen. Nur so können sie alle Patient*innen bedarfsgerecht behandeln.

Was bedeutet das für einen sensiblen Umgang im Praxisalltag? Wie kann dieser aussehen? Die deutsche Aidshilfe hat dazu 2018 eine Video-Reihe zu den unterschiedlichen Erfahrungen von trans* Personen und Personen mit internationalem Hintergrund in Praxen veröffentlicht.



Videos

Die Videos zeigen mithilfe von nachgespielten Szenen, welche Mikroaggressionen beim Besuch einer Praxis vorkommen und welche Sorgen die betroffenen Patient*innen umtreiben. Dadurch wird deutlich, was sensible und respektvolle Ärzt*innen und Therapeut*innen im Umgang mit ihren Patient*innen vermeiden sollten.



Mikroaggressionen

Mikroaggressionen sind alltägliche, scheinbar unbedeutende Äußerungen, Fragen oder Gesten, die eine Person oder eine Gruppe aufgrund ihrer Herkunft, Religion, Hautfarbe, sexuellen Orientierung oder ihres Geschlechts diskriminieren und verletzen können.

Diese Mikroaggressionen geschehen oft unbewusst, können aber dennoch negative Auswirkungen auf die betroffene Person haben.

Wo kommst du eigentlich her?

Alle Frauen wollen Kinder.

Im Islam werden Frauen durch das Kopftuch unterdrückt.

Mikroaggressionen können Minderwertigkeits- und Ausgrenzungsgefühle verstärken und zu Stress, Angst und Depressionen führen.

Makroaggressionen



Makroaggressionen hingegen sind offene und bewusste Formen von Diskriminierung und Gewalt. Sie können sowohl auf individueller als auch auf struktureller Ebene auftreten.

Beispiele für Makroaggressionen sind:

- rassistische oder homophobe Beleidigungen
- körperliche Angriffe
- Geschlechterdiskriminierung am Arbeitsplatz
- rassistische Gesetze und Vorschriften

Makroaggressionen haben oft schwerwiegende Folgen für die betroffenen Personen und Gruppen. Sie können zu sozialer Ausgrenzung, wirtschaftlicher Benachteiligung und zu Gewalt führen.



Wichtig: Sowohl Mikro- als auch Makroaggressionen tragen zu einem Klima der Diskriminierung und Ungleichheit bei. Es ist elementar, diese Formen von Diskriminierung zu erkennen und ihnen entgegenzuwirken.

Es gibt seit einiger Zeit Aktualisierungen in Fachliteratur und Leitfäden. Das zeigt, dass sich neben Betroffenen auch das Fachpersonal verstärkt mit dem spezifischen Umgang von Patient*innengruppen beschäftigt und deren Bedarfe ernst nimmt. Hier werden nur einige Beispiele genannt.

ICD-11


Der ICD-11 (die internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) wurde 2019 veröffentlicht und kodiert beispielsweise Trans*geschlechtlichkeit als „Geschlechtsinkongruenz“. Damit wird der Fokus auf den Leidensdrucks der Patient*innen in Bezug auf Geschlecht, Körper und Gesellschaft gelegt.

AWMF S3-Leitlinie

2018 wurde die AWMF S3-Leitlinie „Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans Gesundheit: Diagnostik, Beratung, Behandlung“ 138-001 veröffentlicht. Darin befinden sich evidenzbasierte Behandlungsempfehlungen auf der Grundlage aktueller Forschungsergebnisse.

 WPATH Standards of CARE
Die World Health Professional Association for Transgender Health

(WPATH) hat seit 1979 in verschiedenen Zeitabständen eine Guideline entwickelt, die seit 2022 in seiner 8. Auflage (SOC-8) vorliegt. WPATH ist ein internationaler, multidisziplinärer Berufsverband, dessen Aufgabe es ist, evidenzbasierte Pflege, Bildung, Forschung, öffentliche Politik und Respekt für die Gesundheit von trans* Menschen zu fördern.

 **LSBTI* in Pflege und Medizin.** Grundlagen und Handlungsempfehlungen zur Versorgung queerer Menschen

Beim Thieme Verlag ist Anfang 2024 ein Buch erschienen mit vielen lösungsorientierten Ansätzen zum Umgang mit queeren Patient*innen. Das Besondere ist hier, dass neben medizinischem Fachpersonal auch community-nahe Expert*innen Textbeiträge beigesteuert haben.

Weiterbildung online oder vor Ort?

Je nach Fachrichtung gibt es auch verschiedene Weiterbildungsmöglichkeiten. Für einige kann sich medizinisches Fachpersonal akkreditieren. Hier werden exemplarisch einige Angebote auf-

führt, um zu verdeutlichen, dass es bereits viele Möglichkeiten gibt, um sich in bestimmten Themen fortzubilden.


akademie
für medizinische Fortbildung
Ärztzammer Westfalen-Lippe
Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe

 hogrefe


REGENBOGEN-
PORTAL.DE

 DE_CONSTRUCT
AKADEMIE


Queermed
Deutschland

Gleichermaßen bietet Queermed Vorträge und Workshops zum Umgang mit Patient*innen, sensibilisierter Gesundheitsversorgung, Patient*innenempowerment und mehr. Schreiben Sie bei Interesse einfach eine E-Mail an info@queermed-deutschland.de

Weiterhin gibt es online eine große Bandbreite an Veranstaltungen. Vor allem kritische AStA-Gruppen werben auf den sozialen Medien für diskriminierungssensible Veranstaltungen zu Themen wie „Gender in der Medizin“.

6.

Unterstützung von
Patient*innen bei
Diskriminierungs-
erfahrungen

Diskriminierung im Gesundheitswesen kann für Patient*innen eine sehr belastende Erfahrung sein. Umso wichtiger ist es, dass Patient*innen durch medizinische oder therapeutische Fachkräfte Unterstützung und Verständnis erfahren, wenn sich diese ihnen anvertrauen.

Patient*innen müssen sich sicher genug fühlen, um ihre Erfahrungen ohne Angst vor Verurteilung oder Abwertung zu teilen. Fachkräfte sollten ihre Patient*innen ernst nehmen und anerkennen, dass ihre Diskriminierungserfahrungen sich negativ auf die Gesundheit auswirken können. Es sollten Aussagen vermieden werden, die die Erfahrung der Patient*innen relativieren.

Was tun bei einer schlechten Erfahrung?

Schritt für Schritt



Begib dich in Sicherheit!

Brich die Behandlung ab, sobald du diskriminiert wirst und dich nicht mehr sicher fühlst — sofern du dich damit nicht in noch größere Gefahr begibst (z.B. bei medizinischen Notfällen).



Dokumentiere alles!

Je nachdem wie du später vorgehen möchtest, ist es wichtig, dass du alles dokumentierst, was du erlebt hast. Nimm dich sonst auch direkt nach dem Ereignis auf. Gibt es vielleicht auch Zeug*innen?



Hol dir Hilfe!

Frag Freund*innen, ob sie dir Beistand leisten können. Gerade wenn du etwas Schlimmes erlebt hast, solltest du auch um Hilfe fragen.

Durch das Machtverhältnis zwischen Fachkräften und Patient*innen entsteht ein starkes Ungleichgewicht. Patient*innen fühlen sich häufig durch unverständliche Fachterminologie, andauernde Reproduktion von diskriminierenden Verhaltensweisen und Aussagen im Nachteil. Viele dieser Patient*innen machen tagtäglich diskriminierende Erfahrungen und versuchen diese, in allen Lebensbereichen so gut wie möglich zu vermeiden.

Erleben sie dennoch weitere Benachteiligung, fehlen den Patient*innen oft Informationen und Anlaufstellen, an die sie sich wenden können. Queermed-Infomaterial gibt deshalb auch Tipps, was getan werden kann, wenn eine Person Diskriminierung in der Gesundheitsversorgung erfährt.



Steh für deine Bedürfnisse ein!

Sprich mit dem medizinischem Fachpersonal über deine Bedürfnisse, wenn du dich dabei wohl fühlst.



Melde es

Je nach Empfehlung seitens der Meldestelle kann es sich auch lohnen, deine Erfahrungen der zuständigen Ärzt*innen- /Therapeut*innenkammer zu melden. Je mehr Menschen es tun, desto mehr Aufmerksamkeit generieren sie.



Kontaktiere eine Beratungs- oder Meldestelle

In deiner Stadt oder online gibt es viele unterschiedliche Beratungsstellen, die dich beraten können. Sie können dir sagen, was du tun kannst.

Gemäß dem „Patientenrechtegesetz“, das Teil des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) ist, gibt es mehrere Punkte, auf die sich Patient*innen berufen können.

„Kenne deine Rechte!“



Damit Patient*innen selbstbestimmt über ihre Gesundheit entscheiden können, müssen sie auch über ihre Rechte Bescheid wissen. Die nachfolgenden Erklärungen sind keine Rechtsberatung und können diese nicht ersetzen. Für eine ausführliche Beratung ist es sinnvoll, anwaltliche Unterstützung zu suchen oder Kontakt mit Beratungsstellen aufzunehmen, die auf das Thema spezialisiert sind.

Das „Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patienten und Patientinnen“ (Patientenrechtegesetz) hat einen eigenen Abschnitt im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB). Darin sind Regelungen zum medizinischen Behandlungsvertrag genauso enthalten wie die Rechte und Pflichten im Rahmen der Behandlung. Der Gesetzestext befasst sich unter anderem mit den Vertragsbeziehungen zwischen Patient*innen und medizinischen Fachkräften wie Ärzt*innen, Heil-

praktiker*innen, Hebammen, Psychotherapeut*innen oder Physiotherapeut*innen. Der wichtigste Grundsatz: Patient*innen haben das Recht auf eine Behandlung, die den medizinischen Standards entspricht, und Ärzt*innen und medizinisches Fachpersonal haben Anspruch auf die vereinbarte Vergütung.

Das Bundesministerium für Justiz klärt darüber ebenfalls auf und stellt auf seiner Website ein Infoblatt mit Beispielen zur Verfügung. Das Wichtigste in Kürze:



Informationen & Aufklärung sind Pflicht

Patient*innen müssen umfassend über alles aufgeklärt werden, was für die Behandlung wichtig ist: die Diagnose, die gesundheitliche Prognose, Risiken und Chancen, die erfolgversprechendste Therapie aber auch Behandlungsalternativen. So können sie mündig und selbstbestimmt entscheiden, welche Eingriffe oder Therapien sie wollen. Das Patientenrechtegesetz fordert „verständliche“ Informationen, Praktizierende dürfen sich also nicht nur im Fachjargon ausdrücken. Ebenfalls ein Muss: ein mündliches Aufklärungsgespräch vor einem Eingriff im Kranken-

haus. Dabei können Patient*innen Verständnisfragen klären und haben Zeit, sich Entscheidungen in Ruhe zu überlegen. Neu ist: Patient*innen dürfen alle Unterlagen, die sie unterzeichnet haben, zum Nachlesen, Überprüfen und Dokumentieren mit nach Hause nehmen.

Individuelle Gesundheitsleistungen („IGeL“)

Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) sind Leistungen, die von den meisten Krankenkassen nicht übernommen werden. Zum Beispiel gehören dazu Reise-schutzimpfungen. Es ist wichtig, dass behandelnde Ärzt*innen den*die Patient*in vor der Behandlung über die voraussichtlichen Kosten informieren, um spätere Überraschungen zu vermeiden.

Patient*innenakte und Einsichtsrecht

Alles, was für die Behandlung wichtig ist, muss zeitnah in der Patient*innenakte dokumentiert werden. Praktizierende tragen Befunde, Eingriffe und ihre Wirkungen sowie Einwilligungen und Aufklärungen ein. Patient*innen haben jederzeit das Recht, die vollständige Patient*innenakte zu lesen und Kopien anzufertigen. Weigert sich das Fachpersonal, muss es die Ablehnung begründen. Übrigens: Jede nachträgliche Änderung oder Ergänzung an der Akte muss kenntlich gemacht werden, um Vertuschungen zu vermeiden. Das gilt auch für elektronische Akten.

Behandlungsfehler

Behandlungs- und Aufklärungsfehler kommen vor. Um sie aufzudecken, sind Praktizierende in bestimmten Fällen verpflichtet, eigene Fehler zuzugeben oder die von Kolleg*innen offenzulegen. Die Gesetzgebung und verschiedene Gerichtsurteile haben es Patient*innen leichter gemacht, Fehler in der eigenen Behandlung nachzuweisen.

Meldestellen empfehlen

Wenn Patient*innen Diskriminierungsfälle, Behandlungsfehler oder andere Fehler von ihrem Fachpersonal anderen Praktizierende melden, ist es wichtig zu reagieren und diese Ereignisse ernst zu nehmen. Wenn Patient*innen sich damit wohl fühlen, ist es möglich, sie an Meldestellen zu verweisen. Die Antidiskriminierungsstelle des Bundes unterstützt bei Diskriminierung in der Gesundheitsversorgung leider nicht, es gibt aber viele community-nahe Beratungsstellen, die das tun.

Patient*innen sollten ihre Erfahrung auch bei der zuständigen Ärzt*innen- bzw. Psychotherapeut*innenkammer melden. Häufen sich Hinweise zu einzelnen Personen können die zuständigen Kammern reagieren und können eigenständig Kontakt aufnehmen. Die Fachkräfte der Kammern nehmen stellvertretend für die Patient*innen Kontakt mit den Ärzt*innen oder Therapeut*innen auf. Wiederholte, schwere Verstöße können sogar ein Berufsverbot zur Folge haben.

Literaturempfehlungen



Queermed Booklist

Jedes Quartal wird die Bücherliste auf der Queermed-Website aktualisiert. Dort finden sich Bücher zu diversen Themen. Vorbeischaun lohnt sich!



Glossar

In alphabetischer Reihenfolge:

Agender bezieht sich auf Menschen, die sich weder als männlich noch als weiblich identifizieren.

Asexuell bezeichnet eine sexuelle Orientierung, bei der eine Person kein oder nur wenig Interesse an sexuellen Aktivitäten empfindet.

Cis-heteronormativ beschreibt die Annahme, dass cisgeschlechtliche und heterosexuelle Identitäten die Norm sind und bevorzugt behandelt werden.

Consent bezeichnet die freiwillige und einvernehmliche Zustimmung zu einer Handlung oder Interaktion, die klar, bewusst und ohne Zwang gegeben wird.

Gender non konform beschreibt eine Identität oder Ausdrucksweise, die nicht mit den traditionellen gesellschaftlichen Erwartungen oder Normen in Bezug auf Geschlecht übereinstimmt.

Misogynie ist die Ablehnung oder Feindseligkeit gegenüber Frauen.

Nonbinär ist eine Geschlechtsidentität, die sich außerhalb der traditionellen männlichen und weiblichen Kategorien befindet. Personen, die sich als nonbinär identifizieren, fühlen sich weder ausschließlich als männlich noch ausschließlich als weiblich.

Passing bedeutet, dass eine trans* Person von ihrer Umgebung als das Geschlecht wahrgenommen wird, mit dem sie sich selbst identifiziert. Körperliche Merkmale, Kleidung oder Verhaltensweisen entsprechen dann den gesell-

schaftlichen Vorstellungen von Weiblichkeit oder Männlichkeit.

Paternalistisch beschreibt eine autoritäre oder bevormundende Haltung, bei der eine Person Entscheidungen für andere trifft, ohne deren Einwilligung einzuholen.

Impressum

Queermed Deutschland gemeinnützige UG (haftungsbeschränkt)
Telefon: +49 176 14654197
info@queermed-deutschland.de
<https://queermed-deutschland.de>
Geschäftsführung: Sara Grzybek

Lizenz

Sofern nicht anders angegeben, stehen der Leitfaden stehen der Leitfaden und die Illustrationen unter: CC BY-NC-ND 4.0
Für etwaige kommerzielle Nutzungen bitte anfragen:
info@queermed-deutschland.de

Auflage (Frühjahr 2024)

Autor*in: Sara Grzybek
Grafik: Clara Gilod

Besondern Dank an dieser Stelle geht an: Annika Spahn & Oyindamola Alashe.

Druckexemplare können über das Kontaktformular auf der Website queermed-deutschland.de bestellt werden.

Über Queermed

Queermed setzt sich gegen Diskriminierung im Gesundheitswe-

Queer ist ein Oberbegriff für nicht-heteronormative sexuelle Orientierungen und Geschlechtsidentitäten.

Trans* beschreibt Personen, deren Geschlechtsidentität nicht mit ihrem zugewiesenen Geschlecht übereinstimmt.

sen ein. Kernstück der Arbeit ist ein Online-Verzeichnis, mit dem Patient*innen eigenständig nach Empfehlungen aus den eigenen Communitys recherchieren können. Queermed stärkt Ressourcen zum Patient*innen-Empowerment und der Awareness-Steigerung bei Ärzt*innen.

Spenden an:

Unterstützen Sie Queermed durch Ihre Spende
Kontoinhaber: Queermed
Deutschland gUG (haftungsbeschränkt)
IBAN: DE98 4306 0967 1296 5416 00
BIC: GENODEM1GLS



