

Pflege und Medizin zwischen Diversität und Diskriminierung

Herausforderungen und Chancen für Unternehmen

1. Einleitung

Arbeitnehmer*innen, Teams und ganze Unternehmen zeichnen sich immer häufiger durch diverse Sozialisations- und Lebenserfahrungen aus. Gerade im Gesundheits- und Pflegebereich ist die Diversität enorm – sowohl beim Personal¹ als auch bei den Patient*innen bzw. Klient*innen. Mehr als in anderen Arbeitsfeldern ist der Anteil an rassistisch markierten Menschen hoch. Doch während Diversität von Vielen als positives Versprechen, als ethischer oder nutzbarer Wert verstanden wird, manifestieren sich rassistische (wie auch sexistische, klassistische etc.) Vorurteile und Diskriminierung im öffentlichen und privaten Raum. Sie zeigen sich in gesellschaftlichen Institutionen – so auch in Unternehmen des Gesundheits- und Pflegebereichs. Rassismus und Diskriminierung zeigt sich *individuell* bzw. *interpersonell* zwischen Mitarbeitenden und Patient*innen/Klient*innen (in beide Richtungen) und zwischen Mitarbeitenden untereinander. Darüber hinaus können sie *institutionell*, in Arbeitsabläufen und Routinen, sichtbar werden und sich durch *strukturelle Probleme* wie Arbeitskräftemangel, Zeitdruck und daraus resultierender Überlastung des Personals, verstärken (vgl. allgemein: Scherr et al. 2023; Reichle/Diekmann 2024; Schellenberg 2025; für den Gesundheitsbereich: DeZIM/NaDiRa 2023). Im öffentlichen Raum spitzen sich derweil menschenverachtende Diskurse und Gesellschaftsinterpretationen zu (vgl. Wodak 2023).

Der Artikel legt den Fokus auf rassistische (und z. T. intersektionale²) Diskriminierung im Pflege- und Gesundheitsbereich. Dafür werden empirische Befunde

1 Hierzu finden sich Sparten wie u. a. Gesundheitspflege und Krankenpflege, Fachkrankenpflege, Fachkinderkrankenpflege, Rettungsdienst, Altenpflege ebenso wie Ärzteschaft.

2 *Intersektionale Diskriminierung* ist das Zusammenwirken und die damit verbundene wirkmächtige Verstärkung verschiedener Diskriminierungsdimension wie Rassismus und Sexismus oder Klassismus. Ziel einer intersektionellen Forschung ist es, isolierte Analysen einzelner Diskriminierungsformen (wie beispielsweise von Rassismus *oder* Sexismus) zu überwinden ebenso wie rein additive Perspektiven, die beispielsweise zwei Diskriminierungsformen (z. B. Sexismus und Ableismus) nur nebeneinander betrachten. Im Ergebnis zeigt sich, dass die negativen Auswirkungen einer Diskriminierungsform, wie z. B. Rassismus, durch das gleichzeitige Wirken einer oder mehrerer weiterer Diskriminierungsformen (beispielsweise Sexismus oder Ableismus) verstärkt werden (vgl. dazu Marten/Walgenbach 2023). Die Ergebnisse aktueller empirischer Studien unterstreichen die Bedeutung der Intersektionalität, so sind Schwarze und muslimische Frauen in vielen Bereichen im Zusammenwirken von Rassismus und Sexismus stärker von Diskriminierung betroffen.

und Beispielsituationen herangezogen, um schließlich Herausforderungen sowie Möglichkeiten produktiver Umgangsweisen aufzuzeigen. Es stellt sich die Frage, welche Herausforderungen Unternehmen in Zeiten von Diversität, Menschenverachtung und Diskriminierung – ethisch, gesellschaftlich und ökonomisch haben. Wie können sie sich stark und inklusiv aufstellen?

2. Rassismus und Diskriminierung

Von Vorurteilen und Diskriminierung sind Menschen betroffen, wenn sie entlang bestimmter zugeschriebener oder tatsächlicher Merkmale einer bestimmten negativ bewerteten Gruppe zugeordnet werden, also zu Anderen gemacht (*›verändert‹*) und abgewertet werden. Das betrifft in Deutschland aktuell insbesondere Menschen, die rassistisch, antisemitisch, sexistisch und klassistisch markiert werden (vgl. u. a. Decker et al. 2024; Zick et al. 2021; 2023; Schellenberg 2025). Rassismus ist eine Dimension von Vorurteilen und Diskriminierung.

»Rassismus beruht auf der Erfindung menschlicher ›Rassen‹, die über Jahrhunderte weiterentwickelt wurde. Demnach werden Menschen – bewusst oder unbewusst – nicht als Individuen betrachtet, sondern stets einer erfundenen Gruppe zugeordnet. Zentral ist, dass die Gruppen dabei hierarchisiert und damit auf- (Eigengruppe) und abgewertet (Fremdgruppe) werden. Behauptet wird eine ›Andersartigkeit‹ und Ungleichwertigkeit von Menschen aufgrund einer tatsächlichen oder auch nur zugeschriebenen Herkunft oder Kultur. Grundlage der Menschenrechte ist jedoch die Gleichheit und Gleichwertigkeit aller Individuen. Rassismus erhält oder stärkt Machtpositionen und Privilegien. Im Gegenzug werden Benachteiligung, Unterdrückung, Ausbeutung und Ausgrenzung gerechtfertigt und der Zugang zu Ressourcen und gesellschaftlicher Teilhabe erschwert oder verwehrt« (Schellenberg 2023: 68).

Studien wie die Bielefelder Mitte-Studie aus dem Jahr 2023 zeigen, dass Rassismus die am stärksten verbreitete menschenverachtende Einstellungsdimension in der Bundesrepublik Deutschland ist (vor Sexismus, Antisemitismus und Klassismus). 31 Prozent der Bevölkerung in Deutschland stimmen rassistischen Einstellungen »eher zu« (Zick et al. 2023: 162) oder »voll und ganz zu« (ebd.). Erhoben wurden u. a. Einschätzungen zu Aussagen wie »Sinti und Roma neigen zu Kriminalität« (ebd.: 160) oder »Muslimen sollte die Zuwanderung nach Deutschland untersagt werden« (ebd.). Die Leipziger Autoritarismus-Studie 2024 sieht hohe Zustimmungswerte bei manifester und latenter ›Ausländerfeindlichkeit‹. So stimmen der Aussage ›Die Bundesrepublik ist durch die vielen Ausländer in einem gefährlichen Maß überfremdet‹ im Osten 44,3 Prozent ganz und 29,7 Prozent teilweise zu, im Westen 31,1 Prozent ganz und 27,9 Prozent teilweise (vgl. Decker et al. 2024: 42). In der Studie wird ein besonderer Anstieg bei ›Muslimfeindschaft‹ und ›Antiziganismus‹ im Westen festgestellt und bei ›Antifeminismus‹ im Osten (vgl. ebd.: 67). Auch der Bericht des Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitors aus dem Jahr 2025 ›Verborgene Muster, sichtbare Folgen. Rassismus und Diskriminierung in Deutschland‹ zeigt, dass rassistische Einstellungen in der deutschen Gesellschaft verbreitet sind: Hiernach hat mehr als ein Fünftel der

Gesamtbevölkerung gefestigte rassistische Einstellungen. Der Bericht wendet dabei auch den Blick auf die Betroffenen: So erleben 54 Prozent der rassistisch markierten Menschen mindestens einmal im Monat Alltagsdiskriminierung. Besonders betroffen sind Schwarze Frauen (63 %) und muslimische Frauen (62 %), aber auch Schwarze Männer (61 %). Regelmäßig negative Erfahrungen im öffentlichen Raum bekunden 42 Prozent der Schwarzen Männer und 38 Prozent der muslimischen Frauen (vgl. Fuchs et al. 2025: 9).

»Diskriminierung ist eine Benachteiligung von Menschen in Bezug auf Teilhabe-, Handlungs- und Selbstbestimmungsmöglichkeiten. Dabei ist sie ein komplexes System sozialer Verhältnisse und Beziehungen. Diskriminierende Strukturen und Praktiken fußen auf wirkmächtigen Gruppenkonstruktionen. Menschen werden – bewusst oder unbewusst – nicht als Individuen betrachtet, sondern einer Gruppe zugeordnet. Behauptet werden Unterschiede zwischen den Fähigkeiten und Eigenschaften von Menschengruppen. Die Eigengruppe wird aufgewertet, die vermeintlich andere Gruppe abgewertet. Dabei wird die behauptete Andersartigkeit als Rechtfertigung für die Ungleichbehandlung der ›Anderen‹ genutzt. Die ihnen zugeschriebenen Fähigkeiten bzw. fehlenden Fähigkeiten werden als natürliche und unveränderbare Eigenschaften angesehen« (Schellenberg 2024: 70).

»Diskriminierung ist nicht allein eine benachteiligende Verhaltensweise eines Menschen gegenüber einem Menschen – also auf individueller Ebene – angesiedelt. Man spricht erst dann von einer Diskriminierung, wenn sich das benachteiligende Verhalten gegenüber der betroffenen Person auch auf anderen Ebenen zeigt: So z. B. auf der diskursiven Ebene (Sprache in Politik und Medien), auf institutioneller Ebene (in Organisationen, Arbeitskontexten) und/oder auf struktureller Ebene (gesellschaftliche Normen, Regelungen, Gesetze). Damit können Menschen von Diskriminierung betroffen sein, wenn sie Gruppen zugeordnet werden, die von tradierten Vorurteilen und gesellschaftlichen Machtstrukturen negativ betroffen sind. Dabei ist die tatsächliche Zugehörigkeit der betroffenen Person zu dieser Gruppe unbedeutend« (ebd.: 70).

3. Rassistische Diskriminierung gegenüber Beschäftigten

Aktuelle Studien zeigen das Ausmaß rassistischer Diskriminierung in gesellschaftlichen Institutionen in Deutschland. Belegt wird rassistische Diskriminierung auf dem Wohnungsmarkt, im Gesundheitssystem, im Bildungssystem und auf dem Arbeitsmarkt (vgl. u. a. Aikins et al. 2022; ADS 2024; Bartig et al. 2021; Beigang et al. 2017; DeZim/NaDiRa 2023; Fuchs et al. 2025).

Die Datenerhebung hierzu steckt in Deutschland (anders als im anglo-amerikanischen Raum) noch in den Kinderschuhen (vgl. Bartig et al. 2021: 18; SVR 2022: 175). Noch 2022 konstatiert der Sachverständigenrat Migration: Empirische Daten fehlen weitgehend, vorhandene bieten nur einen allgemeinen Überblick, es fehlt noch an Detailtiefe (vgl. SVR 2022: 171–175). Inzwischen gibt es mehr Hinweise durch empirische Erhebungen in Deutschland: Die Antidiskriminierungsstelle des Bundes, die sich als unabhängige staatliche Stelle auf Grundlage des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG) mit dem Thema Diskriminierung im Bereich der Beratung, Forschung und Öffentlichkeitsarbeit befasst, veröffentlicht die Anzahl ihre Beratungsanfragen. Die meisten Anfragen gibt es im Bereich ›Arbeitsleben‹ (im Vergleich beispielsweise zu den Bereichen Behörden

oder öffentlicher Raum) (vgl. ADS 2024: 73, 76),³ was die Verantwortung von Arbeitgeber*innen und Unternehmen im Themenfeld unterstreicht. »Herkunftsbezogene und rassistische oder antisemitische Diskriminierungen« (ebd.: 77f.) sind im Arbeitsleben die am zweithäufigsten genannte Diskriminierungsdimension – nach Diskriminierungen entlang des Geschlechts. Beide Dimensionen machen jeweils etwa ein Drittel der Beratungsfälle aus. Dabei ist der Anteil der Anfragen zur Diskriminierungsdimension »ethnische Herkunft, rassistische und antisemitische Gründe« (ebd.) jüngst relativ stark von 25 auf 32 Prozent gestiegen. An dritter Stelle folgen Diskriminierungen anhand von Behinderungen. Fast ein Viertel der Fälle bezieht sich auf diese Diskriminierungsdimension. Die Antidiskriminierungsstelle des Bundes resümiert: »Für viele ist der Arbeitsplatz kein sicherer Ort« (ebd.: 73).

Als Teilbereich von rassistischer Diskriminierung wird in einzelnen Studien Anti-Schwarzer-Rassismus thematisiert: Die Studie »Being Black in the EU« (vgl. FRA 2023) zeigt, dass rassistische Diskriminierung sowohl beim *Zugang zur Arbeit und am Arbeitsplatz* stattfindet; das berichten »Schwarze und diasporische Befragte«⁴ (ersteres 34 % der Befragten, zweites 31 % der Befragten). Einen detaillierten Einblick in Diskriminierungserfahrungen zu Anti-Schwarzem Rassismus in Deutschland gibt der »Afrozensus«, eine quantitative Onlinebefragung mit qualitativer Vertiefung in den Bereichen Gesundheit und Bildung von 2020 (vgl. Aikins et al. 2022). Die erhobenen Daten lenken den Blick auf das Ausmaß, die Muster und die Folgen der Diskriminierungserfahrungen und machen in den Erfahrungen Einzelner die institutionelle und strukturelle Verankerung des Anti-Schwarzen Rassismus in Deutschland sichtbar (vgl. ebd.: 26f.). Die Teilnehmenden wurden zu Diskriminierungserfahrungen in 14 Lebensbereichen befragt. Auch hier sticht der Bericht »Arbeitsleben« als besonders bedeutsam hervor: Am häufigsten mit jeweils mehr als 85 Prozent geben die Befragten an, in den vergangenen beiden Jahren in den Bereichen »Öffentlichkeit und Freizeit«, »Medien und Internet«, »Geschäfte und Dienstleistungen« und »Arbeitsleben« diskriminiert worden zu sein (vgl. ebd.: 29). Auf der Grundlage von Fokusgruppeninterviews wird mit dem Afrozensus für den Gesundheitsbereich festgestellt: Schwarze Menschen werden im Gesundheitsbereich homogenisiert bzw. entindividualisiert und ihre Kompeten-

3 Da das AGG im Bereich Arbeits- und Zivilrecht liegt, hat das sicherlich auch dem Arbeitsfeld inhärente Gründe.

4 Die von den Autor*innen betrachtete Personengruppe umfasst (a) Menschen, die eine kollektive Erfahrung von Rassismus und Ausgrenzung teilen. Das große »S« bei »Schwarze Befragte« verweist darauf, dass es sich um ein antirassistisches Positionieren handelt und damit um einen politischen Begriff sowie um eine Selbstbezeichnung; (b) der Begriff »diasporisch« verweist darauf, dass es um Menschen geht, die Teil der afrikanischen Diaspora sind – also außerhalb des afrikanischen Kontinents leben, deren familiären oder kulturellen Wurzeln jedoch dort liegen. Sie können durch historische (z. B. Kolonialismus) oder aktuelle (z. B. Flucht) Prozesse Teil der diasporischen Gemeinschaft geworden sein.

zen werden aberkannt (vgl. ebd.). Dabei nimmt der Afrozensus explizit das medizinische Personal als Betroffene von Diskriminierung in den Blick. So benennen Schwarze Ärzt*innen die Muster der Fremdmachung, die ihnen in den Bereichen Forschung, Diagnostik, Versorgungsstrukturen und auch bereits in Ausbildung und Qualifizierung begegnen. Sie beschreiben intersektionale Diskriminierung, in der sich Rassismus, Sexismus und Klassismus überschneiden (vgl. ebd.).

Mit ihrer Studie und repräsentativen Umfrage unter Angestellten kommt die Unternehmensberatung McKinsey & Company/Zehnder 2023 zu dem Ergebnis, dass »[e]in inklusives Arbeitsumfeld, das kulturelle Vielfalt und faire Teilhabe für alle Beschäftigten wertschätzt (...) ein entscheidender Wettbewerbsvorteil für Unternehmen [ist]« (McKinsey & Company/Zehnder 2023: 3). Dabei hätten deutsche Unternehmen enormen (Nachhol-)Bedarf. McKinsey & Company nutzt die Kategorie ›Migrationshintergrund‹ bei ihrer Untersuchung und analysiert u. a. Diskriminierung.⁵ Die Unternehmensberatung stellt fest, dass ›Beschäftigte mit Migrationshintergrund‹ (1) sich überproportional häufig als Ziel von Diskriminierung wahrnehmen, (2) wenn sie Diskriminierung erfahren haben, stärker über eine Kündigung nachdenken, (3) etwa ein Viertel mehr Bewerbungen bei gleicher Qualifikation schreiben, (4) etwa 24 Prozent weniger von Beförderungen berichten und (5) bis zu 25 Prozent weniger Gehalt bei gleicher Qualifikation erhalten (vgl. ebd.: 5). Dabei hätten über ein Drittel der Beschäftigten zwischen 25 und 44 Jahren in Deutschland einen Migrationshintergrund. Unternehmen müssten in Inklusion und Diversität investieren, um den aktuellen und zu erwartenden Fachkräftemangel zu bewältigen und produktive, wettbewerbsfähige Arbeitsorte zu schaffen.

*Arbeitsmigrant*innen* berichten besonders deutlich von rassistischer Diskriminierung in Deutschland: Einer Studie im Auftrag der Bundesagentur für Arbeit aus dem Jahr 2022 zufolge beklagen gut die Hälfte (51 %) der Arbeitsmigrant*innen Diskriminierungserfahrungen. Dabei gaben die meisten an, dass sie aufgrund ihrer ›ethnischen Herkunft‹ diskriminiert wurden, als zweithäufigster Grund mit 25 Prozent wurde der eigene (als niedrig wahrgenommene) soziale Status angegeben. Die meisten der Befragten gaben an, im Arbeitsleben diskriminiert worden zu sein (45 %). Der Blick in die Details zeigt, erstens, fast alle (93 %) diskriminierten Befragten auf dem Tätigkeitsniveau Expert*in wurden rassistisch diskriminiert, zweitens, empfanden ebenso fast alle Arbeitsmigrant*innen aus Drittstaaten (auf allen Qualifikationsebenen) rassistisch diskriminiert worden zu sein (87 %) (vgl. Boockmann et al. 2022: 68f.).

5 ›Migrationshintergrund‹ wird in der Forschung vielfach als passende Kategorie für die Erfassung von rassistischer Diskriminierung kritisiert, da sie Menschen, die nicht von Rassismus betroffen sind, inkludiert (z. B. weiße, christliche Schweden) und andere, etwa Deutsche ohne eingewanderte Eltern, die Rassismus erleben, exkludiert (z. B. Schwarze Deutsche).

Vor dem Hintergrund des Fach- und Arbeitskräftemangels und anknüpfend an Studien zur Unzufriedenheit von Arbeitsmigrant*innen in Deutschland hat die Friedrich-Ebert-Stiftung eine Studie in Auftrag gegeben, die die Daten- und Forschungslage zu *Abwanderungs- und Rückwanderungstendenzen* sowie den dahinterliegenden Motiven untersucht und vergleicht (vgl. Loschert/Komitowski 2024; FES 2024). Während multiple Faktoren eine Rolle spielen, werden als wichtiger Grund für die Ab-/Rückwanderung auch ›Diskriminierungs-/ Rassismuserfahrungen‹ benannt. Sie wurden von 23,8 Prozent der Befragten genannt und damit am fünfthäufigsten als Grund für Unzufriedenheit in Deutschland und die Ab- bzw. Rückwanderung benannt (von 15 möglichen Gründen, am häufigsten: ›nicht zuhause/wohl gefühlt‹) (vgl. FES 2024).

Wie oben beschrieben, fußt rassistische Diskriminierung auf der Abwertung und ›Veränderung‹ einer Person, weil sie der Gruppe ›der Anderen‹ zugeordnet wird. Damit erscheint sie als weniger wert als weniger kompetent als weniger glaubwürdig etc. Diese Ideologie der Ungleichwertigkeit widerspricht der Vorstellung der menschlichen Würde, die jede*m zu eigen ist, und damit den Rechtsgrundlagen unserer liberalen, pluralen Demokratie. Aber sie ist durch tradierte gesellschaftliche Vorurteile, Routinen und Handlungsweisen bis heute tief verankert.

Diskriminierung hat immer mit Macht zu tun. Das ist eine relevante Größe in Unternehmen. Diese sind von Hierarchien und Abhängigkeitsverhältnissen unter Mitarbeitenden geprägt. Diskriminierung kann auch ein Mittel sein, um Konkurrenz zu diskreditieren, stumm zu machen oder auszuschalten. Sie kann dazu dienen, die Autorität einer Person zu untergraben oder die Zusammenarbeit im Team zu erschweren. Auch in diesem Sinne ist es wichtig, hier genau hinzuschauen: Dient die Abwertung von Menschen der (Selbst-)Überhöhung und Verdeckung eigener Inkompetenz?

4. Rassistische Diskriminierung gegenüber Klient*innen/Patient*innen

Diskriminierung im Pflege- und Gesundheitswesen ist für Patient*innen besonders folgenreich, da diese in einem Abhängigkeitsverhältnis zum Personal stehen. Auch sind Patient*innen/Klient*innen aufgrund ihrer Krankheit oder Pflegebedürftigkeit besonders vulnerabel. Es geht um ihre körperliche und psychische Unversehrtheit. Und immer wieder geht es bei pflegerischer und medizinischer Versorgung um Leben und Tod.

Die Repräsentativbefragung aus 2017 ›Diskriminierung in Deutschland‹ zeigt, jede*r vierte von Diskriminierung Betroffene hat diese (auch) im Bereich ›Gesundheit und Pflege‹ erlebt (26,4 %) (vgl. Beigang et al. 2017). Der Bericht der Antidiskriminierungsstelle des Bundes 2024 macht – auf der Grundlage von Beratungsanfragen – deutlich, dass im Gesundheitsbereich »Menschen mit besonderen gesundheitsbezogenen Bedarfen, z. B. aufgrund einer Behinderung oder chronischen Erkrankung« (ADS 2024: 148, 151–153) am häufigsten von Diskriminie-

rung betroffen sind. Am zweithäufigsten enthielten Beratungsanfragen Schilderungen von Diskriminierung entlang der »ethnischen Herkunft beziehungsweise aus rassistischen oder antisemitischen Gründen« (ebd.: 151). Beleidigungen und Diskriminierung bei der Behandlung gegenüber vulnerablen Gruppen (z. B. HIV-Infizierten) werden insgesamt als Problem benannt (vgl. ebd.: 148, 155–157). Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass Menschen aufgrund von (Sprach-)Barrieren Diskriminierung und Ausschluss erleben, z. B. wenn verweigert wird, einen Arzttermin zu vereinbaren, weil die Patient*in kein Deutsch spricht (vgl. ebd.: 153f.).

Auch der deutsche Rassismusmonitor mit Fokus Gesundheit für das Jahr 2023 kommt zu dem Ergebnis, dass im Gesundheitsbereich regelmäßig Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen gemacht werden. Besonders betroffen sind rassistisch markierte Frauen. Der Rassismusmonitor differenziert zwischen verschiedenen von Rassismus betroffenen Gruppen: 68 Prozent muslimischer Frauen und 67 Prozent der Schwarzen Frauen geben an, schon einmal »ungerechter oder schlechter behandelt« worden zu sein als andere. 35 Prozent der muslimischen und 39 Prozent der Schwarzen Frauen machen solche Erfahrungen regelmäßig (demgegenüber berichten dies 26 % der nicht von Rassismus betroffene Frauen regelmäßig). Schwarze Männer machen diese Erfahrungen zu 60 Prozent, davon regelmäßig zu 25 Prozent (vgl. DeZIM/NaDiRa 2023: 13).

In ihrer Studie »Diskriminierungsrisiken und Diskriminierungsschutz im Gesundheitswesen – Wissensstand und Forschungsbedarf für die Antidiskriminierungsforschung« fokussieren auch Bartig et al. (2021) auf betroffene Patient*innen. Sie benennen diskriminierendes Verhalten auf *interpersoneller Ebene*, insbesondere durch das medizinische Personal, als auch auf *institutioneller Ebene*, etwa Praktiken und Routinen der Unternehmen, die zu einer ungleichen Behandlung von Patient*innen entlang von vorurteilsbelasteten Gruppenzuordnungen führen. Sie listen folgende Diskriminierungsrisiken: (1) mangelnde räumliche und kommunikative Barrierefreiheit im Gesundheitssystem, (2) Kommunikations- und Interaktionsrisiken, (3) mangelndes Fachwissen und unzureichender Sensibilisierung des medizinischen und pflegenden Gesundheitspersonals für die spezifischen Bedürfnisse bestimmter Patient*innengruppen, (4) institutionelle Diskriminierungsrisiken durch standardisierte Abläufe und Routinen und dem damit verbundenen Zeit- und Effizienzdruck, und (5) mangelnde diversitätsorientierte Ausrichtung der Angebote des Gesundheitssystems. Damit verweisen sie auf Diskriminierungsrisiken sowohl im *Zugang als auch in der Inanspruchnahme von Leistungen*.

International, insbesondere im anglo-amerikanischen Raum, kann die empirische Forschung auf einen größeren Befundkorpus zurückgreifen: Forschungsergebnisse beispielsweise aus den USA können Anhaltspunkte für die Forschung in Europa, Deutschland und regional bieten ebenso wie Einsichten über Zusammenhänge von (rassistischer) Diskriminierung. Es ist jedoch aufgrund der unterschiedlichen historischen sowie gesellschaftspolitischen Situationen nicht klar, inwieweit

sie pauschal übertragbar sind. Eva Beulen (2024) fasst einschlägige US-amerikanische Forschungsergebnisse zu diskriminierenden Verhaltensweisen gegenüber rassistisch markierten Patientinnen (intersektionale Diskriminierung: Rassismus und Sexismus/Frauen) im Gesundheitswesen zusammen: (1) Ignorieren, Trivialisieren oder Abtun von Bedürfnissen oder Symptomen der Patientinnen, (2) respektloser oder grober Umgang, (3) Abwertung des Charakters oder der Lebensführung und (4) Stereotypisierung als ungebildet und Abwertung des Intellekts, sowie das Vorenthalten von Informationen (vgl. Beulen 2024: 33–37).

Die wenigen Studien, die in Deutschland vorliegen, können an internationale Forschungsbefunde und Diskussionen anknüpfen. Der Nationale Rassismusmonitor 2023 mit seinem Fokus auf das Thema Gesundheit ordnet frühere Studien ein und ergänzt durch eigene Daten: So geben 34 Prozent der rassistisch markierten Befragten an, mit ihren Beschwerden bei Ärzt*innen *nicht ernst genommen* worden zu sein und infolgedessen Ärzt*innen gewechselt zu haben. 39 Prozent muslimischer Frauen stimmen obiger Aussage zu, 37 Prozent asiatischer Frauen (demgegenüber: 29 % nicht rassistisch markierter Frauen), 27 Prozent muslimische Männer, 25 Prozent asiatische Männer (demgegenüber: 19 % nicht rassistisch markierter Männer). Der Monitor zeigt auch, dass Menschen mit einem Namen, der weniger in Deutschland und eher in Nigeria oder der Türkei verbreitet ist, weniger häufig eine Terminzusage von Ärzt*innen und insbesondere von Psychotherapeut*innen erhalten (vgl. DeZIM/NaDiRa 2023: 15).

Konkret berichten Betroffene von *Respektlosigkeit, Abwertung und geäußelter Distanz* und davon, dass sie *nicht als vollwertige Gesprächspartner*innen (an-)erkannt*, sondern als ›anders‹ *wahrgenommen* werden (vgl. ebd.: 119). Aufgrund vermeintlicher Marker wie ›Name, Hautfarbe, Kopftuch, tatsächliche oder vermeintliche Religion, Sprache, dunkle Haare, Bart‹ schlösse Personal auf eine spezifische Gruppenzugehörigkeit und verorte Patient*innen als »wesenhaft Andere« (ebd.: 169–178). Ein weiterer Untersuchungsbefund ist, dass Studienteilnehmenden von der *Erfahrung des Silencing* – des Zum-Schweigen-Gebracht-Werdens – berichten. Die wiederholten Erfahrungen mit *Othering*, Entwertung und Ignoranz könnten dazu führen, dass Betroffene selbst verstummen, auch weil sie befürchten, dass ihr Sprechen negative Konsequenzen mit sich bringe (vgl. ebd.: 174f., 178). Ein für den Gesundheits- und Pflegebereich typischer – weil in Berichten immer wieder anzutreffender Befund – ist, dass es durch die (rassistischen) *Zuschreibungen von kollektiven Eigenschaften* immer wieder zu diagnostischen Fehleinschätzungen kommt, z. B. zu kollektiven Schmerztoleranz-Zuschreibungen und falscher Medikation. Der Rassismusmonitor resümiert: Aufgrund entsprechender Zuschreibungen kann es zu ausbleibenden Terminvergaben, langen Wartezeiten, Fehldiagnosen oder Verzögerungen in der Behandlung kommen (vgl. ebd.: 119).

Kritisch gesehen werden heute die *weiß-männlich-normierten Prototypen* in der Medizin – ob Probanden in Studien oder *Dummies* – sie sind traditionellerweise genormte Männer bzw. diesen nachgebaut. Da Körper unterschiedlich sind,

kommt es zu Diagnose- und Versorgungsfehlern bei Schwarzen Menschen, bei Frauen, bei Trans* und insgesamt bei Menschen, die traditionell weniger berücksichtigt wurden (z. B. Erkennen von Hautkrankheiten bei nicht-weißen Hautfarben; Erkennen von Herzinfarkten bei nicht-männlichem Geschlecht) (vgl. hierzu Schellenberg 2024). Hier zeigen sich Konsequenzen fehlender Diversität und fehlender Professionalität in der medizinischen Forschung und Lehre. Selbst wenn sich Forschung und Lehre beginnen zu diversifizieren – bis jetzt leidet die Qualität der Gesundheitsversorgung und Pflege unter dem traditionell eingeschränkten Zugriff. Rassistische Wissensbestände können folgenreich für die Behandlung und Diagnostik sein. In Lehrmaterialien der medizinischen Ausbildung, so resümiert der Nationale Rassismusmonitor 2023, zeige sich bis heute eine Überrepräsentation rassistisch markierter Gruppen in Verbindung mit abwertenden Darstellungen (z. B. mit übermäßigem Alkohol- und Drogenkonsum, erhöhtem Risiko für sexuell übertragbare Krankheiten) (vgl. NaDiRa 2023: 16; Deutsches Ärzteblatt 2023). Auch andere Studien beklagen eine fehlende Diversitätssensibilität im Gesundheitssystem (vgl. u. a. SVR 2022: 174f.).

Interpersonelle und institutionelle Problematiken können sich gegenseitig verstärken: Wenn individuelle diskriminierende Äußerungen im Unternehmen einfach so im Raum stehen bleiben und nicht kritisch aufgegriffen und bearbeitet werden, dann entsteht ein Möglichkeitsraum mit eigenen Dynamiken und Auswirkungen. So kann beispielsweise neues medizinisches Personal – salopp formuliert – »auf dem Gang« und »nebenbei« rassistische Sichtweise durch schon lange im Unternehmen arbeitende Kollege*innen »lernen«. In der Praxis zeigt sich, dass Krankheitsbilder und damit verbundene Verhaltensweisen immer wieder auf »kulturelle« (oder »geschlechtliche«) Unterschiede und die vermeintlich damit verbundenen Lebensweisen und Mentalitäten zurückgeführt werden, ohne dass Symptome an sich bewertet und individuelle wie (mögliche) strukturelle Begebenheiten beachtet werden.

»Morbus Aliorum«: Die Konstruktion der schmerzempfindlichen »Anderen«

Deutsche und länderübergreifende Betroffenenbefragung weisen auf allgemeine Zusammenhänge zwischen stereotypen Vorannahmen des Gesundheitspersonals und Beeinträchtigungen der »rein« medizinischen Versorgungsqualität hin: Danach begünstigen stereotype Vorstellungen beim Gesundheitspersonal, dass bei rassistisch markierten Menschen z. B. Schilderungen starker Schmerzen eher abgewiegt und die Gabe von Schmerzmitteln oder die Behandlung verweigert oder verzögert werden und dass sie mit ihren Beschwerden nicht ernst genommen werden. Das geschieht bis heute regelmäßig in Bezug auf *Schmerzempfindlichkeits*-Zuschreibungen von vermeintlichen Menschengruppen: Begriffe wie »Morbus Mediteranus«, »Morbus Balkan«, »Morbus Bosporus«, »Mamma-mia-Syndrom« oder »transalpines Syndrom« werden angehenden Ärzt*innen oft spätestens mit

Eintritt in die Praxis von Kliniken bekannt (vgl. Den Menschen im Blick 2025; DeZim/NaDiRa 2023; Deutsches Ärzteblatt 2023).

5. Auswirkungen und Folgen rassistischer Diskriminierung auf Einzelne, Teams und ganze Unternehmen

Empirische Studien, insbesondere aus der Psychologie und Medizin, zeigen, dass Menschen, die von Rassismus (oder Sexismus etc.) betroffen sind, im Durchschnitt höheren Belastungen aufgrund von Diskriminierungserfahrungen ausgesetzt sind. Die Rassismuserfahrungen – sowohl offener oder auch subtiler Art – lösen Stress, mitunter toxischen Stress aus (vgl. Shern et al. 2014). Empirische Studien finden zahlreiche negativen Folgen von Diskriminierung: Selbstzweifel, Verlust des Selbstwertgefühls, Unsicherheit, Dünnhäutigkeit, Gereiztheit, Stress, Schamgefühl, Wut, Aggressivität; verringerte Konzentrationsfähigkeit, Schlafstörungen, verschiedene körperliche Erkrankungen; Depressionen, Burnout, Essstörungen, Drogen- oder Alkoholsucht, posttraumatische Belastungsstörung, Suizidgedanken, Suizidversuche, verschiedene psychische Erkrankungen; Ängste vor Kollegen, Führungskräften und der Arbeit, Vermeidungsverhalten, z. B. Vermeidung ›gefährlicher‹ Situationen auf der Arbeit; geringere Zufriedenheit im Job, geringeres Verpflichtungsgefühl gegenüber dem Job, keine Professionalisierung und Karriereentwicklung; geringere Leistungsfähigkeit, deutlicher Leistungsabfall und häufiger Krankenstand, innere Kündigung, Wunsch nach Versetzung, offizielle Kündigung (vgl. Schellenberg 2022).

Ein Schwerpunkt der empirischen Forschung liegt auf Auswirkungen von Mikroaggressionen, unterschwelligem Abwertungen, Kränkungen oder Beleidigungen gegen Personen, die Diskriminierung ausgesetzt sind. Diese können explizit oder implizit geäußert werden (vgl. Torino et al. 2018: 3). Torino et al. unterscheiden drei Formen von Mikroaggressionen (*microaggressions*): (1) Mikroangriff (*microassault*): direkt und absichtsvoll, beispielsweise durch diskriminierende Schimpfworte oder Ausschließen von Personen aus Gesprächen/Verantwortung/allgemeinem Umfeld, (2) Mikrobeleidigung (*microinsult*): unbewusst abwertende, diskriminierende Aussagen oder Verhaltensweisen, (3) Mikroentwertung (*microinvalidation*): Verhaltensweisen oder Kommentare, die betroffenen Personen eine Diskriminierungserfahrung absprechen oder diese bagatellisieren (vgl. auch ›sekundäre Viktimisierung‹ in Schellenberg 2025; Torino et al. 2018). Mikroaggressionen wirken sich negativ auf betroffene Personen aus (vgl. Schellenberg 2025: 4–9). Ein weiterer Aspekt ist, dass Betroffene rassistische Werte und Vorurteile internalisieren, was gravierende Folgen für das eigene Selbstwertgefühl und die psychische Gesundheit haben kann.

Belastungen von Menschen, die von Rassismus (oder Sexismus) betroffen sind, werden u. a. als ›Minoritätenstress‹ bezeichnet. Dieser führt im Durchschnitt zu einem vermehrten Auftreten von psychischen Beeinträchtigungen und negativen

körperlichen Auswirkungen. Diese können sich auch auf das körperliche Wohlbefinden und auf das Lebensgefühl insgesamt negativ auswirken (vgl. Frost/ Meyer 2023; Schellenberg 2024). Gleichzeitig zeigt die Forschung, dass ein unterstützendes soziales Umfeld ein essenzieller Faktor für die positive Entwicklung der Betroffenen ist. Die wichtige Schlussfolgerung aus der Minoritätenstressforschung ist, dass das Ausmaß an Diskriminierungserfahrungen (und die Abwesenheit eines unterstützenden Umfelds) krankheitsauslösend ist (vgl. Frost/Meyer 2023; Schellenberg 2024). Für Unternehmen und Arbeitgeber*innen weist das den Weg hin zu einer kritischen Auseinandersetzung mit Diskriminierung und zu einer aktiven Förderung einer offenen und wertschätzenden Kultur der Ansprechbarkeit.

Neben der breiten internationalen, vor allem anglo-amerikanischen Forschung, erscheinen in jüngster Zeit auch aus Deutschland empirische Beiträge. Der Bericht des Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitors (NaDiRa) 2025 benennt als zentrale Folgen für Betroffene, dass rassistische Diskriminierung mit einem erhöhtem Risiko für psychische Belastungen einhergeht (und zu einem Nachlassen an Vertrauen in [staatliche] Institutionen führt) (vgl. Fuchs et al. 2025). Der NADiRa-Bericht 2023 beschreibt Zusammenhänge zwischen Rassismus und Diskriminierung mit mentaler Gesundheit, insbesondere mit Angststörungen und depressiven Symptomen (vgl. DeZiM/NaDiRa 2023: 127–130). Aufgrund der Beeinträchtigung des psychischen und körperlichen Wohlbefindens und möglichen resultierenden gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen (z. B. Drogenmissbrauch) werde zudem die durchschnittliche Lebenserwartung verringert. Auch können Rassismuserfahrungen mit einem erhöhten Risiko für Herzkrankungen, Bluthochdruck und Diabetes einhergehen (vgl. ebd.: 116). Als Folge von Diskriminierung im Gesundheitswesen wird benannt, dass Personen Versorgungseinrichtungen meiden, wodurch weitere Gesundheitsgefährdungen entstünden (vgl. ADS 2024: 149), überdurchschnittlich stark sind Frauen betroffen (vgl. DeZiM/NADiRa 2023: 14f.) – was wieder die Bedeutung intersektionaler Untersuchungen unterstreicht.

Es lässt sich zusammenfassen und schlussfolgern: Das Thema Gesundheit am Arbeitsplatz hat für Unternehmen und Arbeitgeber*innen sowohl ethische als auch ökonomische Aspekte: Denn, wer Mikroaggressionen und Stress am Arbeitsplatz erlebt, wird eingeschränkt und oft sogar krank. Menschen werden auch in ihrer beruflichen Leistungsfähigkeit und der Verwirklichung ihrer beruflichen Entwicklung beeinträchtigt. Ein Klima der Respektlosigkeit am Arbeitsplatz verhindert freie Entfaltung, Problemlösungsfähigkeit und Freude. Die Befunde mahnen, den Schaden für Betroffene, für potenzielle Betroffenenengruppen, Teams, Unternehmen und die plurale, demokratische Gesellschaft insgesamt ernst zu nehmen. Für Gegen-Strategien bedeutet dies, den Blick auf (potenziell) Betroffene von Diskriminierung zu schärfen, indem sie gesehen und gestärkt werden. Dafür gilt es wertschätzender und solidarischer Räume zu ermöglichen und Sicherheits- und Teilhabestrukturen für Personal wie Klient*innen zu schaffen. Ein solcher Perspektivwandel ist vielversprechend für die Stärkung von Einzelnen (auch

jede*n Einzelne*n unabhängig von unmittelbaren eigenen rassistischen Diskriminierungserfahrungen), von Teams und ganzen Unternehmen.

6. Strukturelle Bedarfe und Bedingungen

Neben den interpersonellen und institutionellen Herausforderungen bezüglich rassistischer Diskriminierung, Inklusion und Diversität und den Auswirkungen rassistischer Diskriminierung auf Einzelne zeigen sich auch strukturelle Probleme im Gesundheits- und Pflegebereich. Diese können Diskriminierung verschärfen und zu weiteren Folgeproblemen führen (Versorgungsproblemen, wirtschaftlichem Abschwung, Verschärfung der gesundheitlichen Situation des Personals).

Fachkräftemangel und internationale Fachkräfte: Aktuell wird ein *grundsätzlicher Personalmangel* im Pflege- und Gesundheitsbereich konstatiert. Es fehlt in Krankenhäusern, Pflegeheimen und ambulanten Einrichtungen an qualifiziertem Personal, um die Bedarfe der Patient*innen/Klient*innen zu decken. Im Jahr 2024 lag der allgemeine Fachkräftebedarf in Deutschland bei 487.029 nicht besetzten offenen Stellen (inkludiert sind hier alle Branchen). Immerhin gab es einen leichten Rückgang gegenüber dem Vorjahr in allen Anforderungsniveaus (vgl. Tiedemann/Risius 2025: 1f.). Allerdings ist davon auszugehen, dass der Arbeitskräftemangel weiter bestehen bleibt (u. a. weil die geburtenstarken Jahrgänge in Rente gehen). Viele Unternehmen, gerade auch im Pflege- und Gesundheitsbereich, suchen händierend nach Fachkräften. Im Jahresdurchschnitt 2023 gab es 35.000 offene Stellen für Arbeitskräfte im Pflegebereich, insbesondere Fachkräfte werden gesucht (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2024). Laut Modellrechnung des Statistischen Bundesamtes 2024 werden bis 2049 voraussichtlich zwischen 280.000 und 690.000 zusätzliche Pflegekräfte benötigt (vgl. Mediendienst Integration 2025: 2). Zu den Lösungsstrategien gehört u. a. die Rekrutierung von Fachkräften aus dem Ausland (vgl. Carstensen et al. 2024). Kliniken und Pflegeeinrichtungen betreiben entsprechende Anwerbeversuche z. T. eigenständig. Einen übergeordneten Rahmen für die internationale Anwerbung haben die staatlichen Initiativen, das Fachkräfteeinwanderungsgesetz von 2023 und die 2024 eingeführte ›Chancenkarte‹ mit Punktesystem und Erleichterungen für berufserfahrene Arbeitskräfte, geschaffen (vgl. Bundesregierung 2024).

Es gibt keine belastbaren Zahlen über den Prozentsatz der Beschäftigten, die am Arbeitsplatz (potenziell oder tatsächlich) von rassistischer Diskriminierung betroffen sind. Hingegen gibt es Daten über die Nationalität von Arbeitnehmer*innen und ihren Migrationshintergrund (selbst eingewandert oder eingewanderte Eltern), die eine wachsende Diversität und Internationalität zeigen. Zudem liegen – wie oben besprochenen – einige Betroffenenbefragungen zu rassistischer Diskriminierung am Arbeitsplatz, auch mit Fokus auf den Pflege- und Gesundheitsbereich, vor. Folgende Daten sollen helfen, quantitativen Entwicklungen und Herausforderungen besser zu verstehen: Von über vier Millionen Menschen in

Gesundheits- und Pflegeberufen hatte im Jahr 2019 fast ein Viertel der Beschäftigten einen *Migrationshintergrund*, vier von fünf Erwerbstätigen sind weiblich. Besonders hoch ist der Anteil von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte in der Altenpflege: Drei von zehn Personen haben einen Migrationshintergrund (insbesondere aus Ost- und Südosteuropa). Die Zahl der zugewanderten Ausländer*innen im Gesundheitswesen hat sich zwischen 2013 und 2019 fast verdoppelt (vgl. SVR 2022: 55). Im Jahr 2023 hatten bereits etwa ein Drittel aller Pflegekräfte (rund 32 %) einen Migrationshintergrund und etwa 29 Prozent eine eigene Einwanderungsgeschichte, so der Mikrozensus 2023 (vgl. Mediendienst Integration 2024: 2). 2024 arbeiteten knapp 18 Prozent der Pflegekräfte mit ausländischem Pass (306.700) in Deutschland (Pflegekräfte insgesamt: 1,7 Millionen). Die Anzahl der ausländischen Beschäftigten war damit viermal so hoch wie 11 Jahre zuvor (2013). Die Anzahl der Beschäftigten hat sich von 2023 auf 2024 um 10.000 Personen erhöht. Das Wachstum geht ausschließlich auf zusätzliches ausländisches Personal zurück. Dabei nahm die Anzahl der Beschäftigten mit deutscher Staatsangehörigkeit in der Altenpflege zwischen 2023 und 2024 um vier Prozent ab, in der Krankenpflege blieb sie etwa gleich. In den vergangenen Jahren ist die Anzahl der Beschäftigten aus Syrien (17.000) und den Philippinen (9.400) sowie aus Indien (8.800) besonders stark gewachsen (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2024).

Bei den Ärzt*innen ist der Trend ähnlich, die Entwicklung stellt sich folgendermaßen dar: Im Jahr 2000 verzeichnet die Statistik der Bundesärztekammer 11.651 Mediziner*innen aus dem Ausland, zehn Jahre später mit 21.650 fast doppelt so viele. Weitere 10 Jahre später, im Jahr 2020, arbeiteten 56.107 ausländische Ärzt*innen im deutschen Gesundheitssystem. Allein von 2022 auf 2023 kamen weitere 3.884 Ärzt*innen hinzu. Syrien ist das Herkunftsland, aus dem die meisten nicht-deutschen Ärzt*innen stammen (5.758). Ein Großteil kommt aus der EU (23.852), davon die meisten (4.287) aus Rumänien (vgl. Bundesärztekammer 2023: 9; Stahl 2024). Studien wie der Afrozensus (vgl. Aikins 2022) zeigen darüber hinaus, dass rassistische Diskriminierung nicht allein (und nicht immer) ausländische Fachkräfte oder Kinder von Ausländer*innen trifft (>Menschen mit Migrationshintergrund<), sondern sich ebenso gegen *rassistisch gelesene Deutsche* (ohne Migrationshintergrund) richtet – die auch einen Teil des Personals (und der Klient*innen) von Unternehmen im Pflege- und Gesundheitsbereich ausmachen.

Resümiert werden kann: Nicht zuletzt durch die internationale Zuwanderung in den Gesundheits- und Pflegebereich werden Belegschaften diverser – das betrifft Herkunftsländer, Sozialisierungs- und Diskriminierungserfahrungen. Diverser werden aber dadurch auch die Pflegeverständnisse des Personals. Das heben jüngere Studien hervor:

»Im Versorgungsalltag rücken variierende Pflegeverständnisse mit unterschiedlichen Erwartungen an pflegerische Tätigkeitsprofile und Verantwortungsbereiche in den Fokus, die von den Beteiligten adressiert und bearbeitet werden müssen. Vor dem Hintergrund der derzeitigen tiefgreifenden Veränderungsprozesse in der deutschen Pflege führt dies

wiederum zu verstärkten Aushandlungen hinsichtlich des Pflegeverständnisses« (Peppler 2024: 175).

Aus einer Umfrage des Meinungsforschungsinstitut Civey im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft 2022 geht hervor, dass für Bürger*innen das größte Problem im deutschen Gesundheitswesen ist, dass das Personal zu wenige Zeit für die Patient*innen habe (vgl. Deutsches Ärzteblatt 2022b). Zudem zeige sich, dass in Teilen des ländlichen Raumes die medizinische Versorgung insgesamt zunehmend weniger oder in Teilen bereits nicht mehr gut gesichert sei (vgl. ebd. 2022a). Aus dem Personalmangel und einer (wahrgenommen) ökonomische Rationalisierung in vielen Unternehmen folgt erhöhter Arbeitsdruck, Stress und Belastung. Infolgedessen können Mitarbeitende erkranken (z. B. Burn-out, Depression, vermehrte Infekte) oder kündigen (z. B. Job- oder Berufswechsel, Abwanderung), was zu einem weiteren Mangel an Arbeitskräften und einer weiteren Zuspitzung der Arbeitsbelastung führen kann (vgl. Deutsches Ärzteblatt 2022b; 2022a).

Die *Vorurteilsforschung zeigt, dass Handeln unter Zeitdruck und Stress vorurteilsbelastetes Handeln und damit Diskriminierung verschärft* (vgl. Stepanikova 2012). Studien belegen, dass der Reflex oder das sogenannte ›Bauchgefühl‹, das Handeln unter Zeitdruck ohne Reflexion ermöglicht, meist das Gegenteil professionellen Handelns ist. Abgerufen werden oft die verinnerlichten sozialen Kategorien (Einordnung von Menschen entlang bestimmter Kategorien wie Geschlecht, Herkunft, Religion), die eng mit Stereotypen und Vorurteilen verbunden sein können. Aufgrund eigener Sozialisationserfahrungen resultiert Handeln unter Zeitdruck immer wieder in sexistischen, rassistischen, ableistischen etc. diskriminierenden Handlungsweisen (vgl. Schellenberg 2024).⁶ Vorurteilsgesteuerte Handlungsmuster unter Zeitdruck wirken sich negativ auf die Einordnung eines Krankheitsbildes oder die Fähigkeit eine Diagnose zu stellen aus. Zeitdruck und Stress können sich damit sehr unmittelbar negativ auf die Qualität der Behandlung bzw. Pflege auswirken. Sie können sogar tödliche Folgen für Patient*innen haben (vgl. Stepanikova 2012).

Interessant sind in diesem Zusammenhang auch die Ergebnisse der Diskriminierungsstudie von Bartig et al. Die Autor*innen stellen fest, dass Sprachbarrieren häufig Grund für Diskriminierung sind, und führen aus, dass Gesundheitspersonal immer wieder »mit ausländischen Patient*innen (...) den Gedanken an Mehrarbeit, Zusatzarbeit, längere Arbeit, mehr Dokumentation« (Bartig et al. 2021: 24) verbindet. Auch die Den-Menschen-im-Blick Befragungen von Fachkräften enthalten diesen Aspekt. So wird berichtet, dass die Behandlung bzw. Pflege nicht deutschsprachiger Patient*innen/Klient*innen aufgrund fehlender Sprachkenntnisse oder auch aufgrund (vermeintlich oder tatsächlich) eingeschränktem Aufenthaltsstatus oder Versicherungsschutzes von Ärzt*innen und Pflegepersonal

⁶ Einen schnellen Einblick in diese Problematik und auch eine Selbst-Testung entlang von Bildmaterial bietet der *Harvard Implicit Association Test* (vgl. Project Implicit 2025).

immer wieder als Mehraufwand wahrgenommen wird (vgl. Den Menschen im Blick 2025). Die Befragten nehmen dabei in den vergangenen Jahren eine Zuspitzung der Lage wahr: Menschen würden weniger gut berücksichtigt, sie bekämen beispielsweise noch schwieriger Arzttermine (insbesondere geflüchtete Menschen und nicht Deutsch sprechende Menschen). Die berichteten Praxiserfahrungen könnten auf die oben beschriebene, sich weiter zugespitzte Situation des Mangels und Zeitdrucks und seiner Auswirkungen hinweisen.

Dabei ist es nicht immer einfach zu ermitteln, ob es rassistische (oder sexistische) Einstellung des Personals sind, die zu einer schlechteren Berücksichtigung, einer Diskriminierung der Patient*innen/Klient*innen führen. Oder, es könnte sich auch um eine im Rahmen der gegebenen Strukturen effiziente und wirtschaftlich gewinnbringende Entscheidung handeln, die das Personal trifft. So kann es eine realistische Einschätzung sein, dass die Behandlung oder Pflege bestimmter Patient*innen/Klient*innen aufwendiger ist und sich finanziell weniger oder mehr lohnt (z. B. mögliche Vorzugsbehandlung von Privatpatient*innen gegenüber Kassenpatient*innen). Kostendruck bei Gesundheits- und Pflegeleistungen und ein möglicher Mehraufwand bei der Behandlung von vulnerablen Personen (ggf. bei Personen, die nicht deutsch sprechen) bzw. unüblichen Fällen (z. B. seltene Erkrankungen) ohne budgetären Ausgleich, kann Realität sein.

Bestimmte Rahmenbedingungen (z. B. fehlende Abrechnungsmöglichkeiten/Zeitaufwand), in denen es tatsächlich um ökonomische Nachteile für die Unternehmen/Praxen geht, wenn sie vulnerable Menschen behandeln/pflegen, können zu Diskriminierung führen. Dabei ist für ethisches und diskriminierungskritisches Arbeiten die Perspektive auf die Patient*innen/Klient*innen zentral: So ist die Bewertung in beiden Fällen klar und zwar unabhängig von dem Grund für die Entscheidung des Fachpersonals: Es handelt sich um Diskriminierung.

Ein weiterer Aspekt ist zu beachten: Auch eine kritische Auseinandersetzung oder Ablehnung der übergeordneten Lösungsstrategie ›Rekrutieren von ausländischen Arbeitskräften‹ gegen den Fachkräftemangel im Gesundheits- und Pflegebereich muss nicht rassistische motiviert sein. Sie kann beispielsweise als Instrument gegen Lohnsteigerungen, als Instrument des Lohndumpings interpretiert werden, womit die potenzielle Einschränkung der eigenen budgetären Verhandlungsposition verbunden ist.

Es stellt sich unter Zeitdruck und Stress des Personals zudem die Frage, welche Patient*innen/Klient*innen wann bzw. in welcher Reihenfolge behandelt werden. Das Verfahren der *Triage* (Sichtung) wird in der Medizin genutzt, um in Notfällen und Katastrophen die Dringlichkeit und Priorität der Behandlung von Patient*innen zu bestimmen. Ziel ist es, Ressourcen (Personal, Materialien) möglichst optimal zu nutzen, um sicherzustellen, dass möglichst viele Menschen die bestmögliche Versorgung erhalten. So wird beispielsweise beim Unfallarzt der/die blutüberströmte Notfallpatient*in einer typischen Knochenbruch-Patient*in vorgezogen. In Zeiten von Masseninfektionen oder -verletzungen, etwa in der ersten Coronaausbruchsphase, spielt die *Triage* eine herausragende Rolle. Allerdings

zeigt sich aktuell, dass sie oft Normalität des Krankenhausalltags ist (vgl. Den Menschen im Blick 2025) und dass sie – wie oben beschrieben – durchaus Barrieren für potentiell weniger berücksichtigte und diskriminierte Menschen darstellen kann.

7. Menschenverachtende und exkludierende Diskurse und Anfeindungen

Diese sich wandelnde Situation in Unternehmen trifft auf sich in den vergangenen Jahren zuspitzende menschenverachtende Diskurse in Deutschland (und anderenorts) und auf wachsende Fallzahlen von Vorurteilskriminalität (vgl. Schellenberg 2025). Unternehmer*innen, Arbeitgeber*innen und Verbände aus dem Pflege- und Gesundheitsbereich stellt dies vor weitere Herausforderungen, wollen sie ihre Institutionen erfolgreich betreiben. So schwappen die Vorurteils-Debatten einerseits hinein in das Unternehmen – Personal wie Klient*innen schließen sich möglicherweise rassistischen und ausländerfeindlichen Gesellschaftsdeutungen an, was Teamarbeit und Versorgung erschwert. Andererseits nehmen (potentiell) von Rassismus und Ausländerfeindlichkeit betroffene Mitarbeitende und Klient*innen die Debatten mitunter als bedrohlich wahr, was die Arbeit erschweren kann – bis hin zu Kündigung und Wegzug aus Deutschland. Vor diesem Hintergrund haben 2025 Ärzte- und Pflegeverbände (Bundesärztekammer, Bundespsychotherapeutenkammer, Deutscher Hebammenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Deutscher Pflegerat, Marburger Bund und ver.di) gemeinsam dazu aufgerufen, dass Deutschland ›ein weltoffenes und tolerantes Land‹ bleiben muss, u. a. um eine flächendeckende Krankenhausversorgung zu sichern. Konkret richten sie sich gegen aktuelle Ausgrenzungs- und Abschiebediskurse:

»Wir sehen mit großer Sorge, dass derzeit mit Schlagworten wie ›Remigration‹ und ›Massenabschiebungen‹ unsere ausländischen Kolleginnen und Kollegen zutiefst verunsichert werden und nicht wenige von ihnen bereits darüber nachdenken, in einem anderen Land in Europa zu heilen, zu helfen und zu pflegen. Für die gesundheitliche Versorgung der Menschen in Deutschland würde das zu unverantwortbaren Verwerfungen in der Behandlung und Betreuung der Menschen führen. Demokratie, Rechtsstaatlichkeit und Menschenrechte sind für ein menschliches, diskriminierungsfreies Gesundheitswesen essenziell. Menschen mit Migrationshintergrund sind und bleiben selbstverständlicher Teil unserer Gesellschaft. Das ist aktuell so, dafür wollen wir uns auch in Zukunft gemeinsam mit allen demokratischen Kräften einsetzen. In einer Demokratie tragen wir alle gemeinsam auch als Wählerinnen und Wähler Verantwortung, dass Deutschland ein tolerantes und weltoffenes Land bleibt« (Bundesärztekammer et al. 2025: 2).

Aktuelle strukturelle Rahmenbedingungen haben das Potential (rassistische) Diskriminierung im Pflege- und Gesundheitsbereich zu verstärken. Fachkräftemangel, Zeitdruck und Stress bei Mitarbeitenden, fehlende Reflexion(szeit) bezüglich vorurteilsgeleiteten Handelns und eigener Vorurteile, Einstellung ausländischer Fachkräfte ohne Inklusionsmaßnahmen, ebenso wie menschenverachtende gesellschaftliche Diskurse mit schlichten Schuldzuweisungen befördern und verstärken rassistische und diskriminierende Welt-, Gesellschafts- und Menschenbilder. Sie beeinträchtigen professionelles Arbeiten. Eine ökonomisch-sozial verträgliche

Arbeitskräftepolitik und Arbeitskräfteanwerbung ist nötig, um Diskriminierung zu vermeiden und gesunde Arbeitsbedingungen für Mitarbeitende, produktive Teams und Unternehmen ebenso wie eine gute gesundheitliche und pflegerische Versorgung und sozialen Frieden zu ermöglichen.

8. Handlungsbedarfe und Möglichkeiten

Alles deutet darauf hin: Der Handlungsdruck, Diversität und Anti-Diskriminierung offensiv aufzugreifen und Inklusion zielführend zu gestalten, verschärft sich. Die Gemengelage stellt Unternehmen vor neue Herausforderung in Hinblick auf die Gesundheit des Personals, die Zusammenarbeit in Teams, das Betriebsklima und die Effektivität und Produktivität des Unternehmens. Die dargelegte aktuelle Situation im Pflege- und Gesundheitsbereich kann auch (bislang als selbstverständlich geltende) ethische und demokratische Grundüberzeugungen unterminieren.

Aktuelle normative Grundlagen sind zwar hilfreich, aber nicht ausreichend. Eine Diskriminierung von Patient*innen/Klient*innen und Mitarbeitenden widerspricht den Normen der Bundesrepublik Deutschland. Mit dem Grundgesetz wird die ›Würde des Menschen‹ (Art. 1) betont, ebenso dass alle Menschen vor dem Gesetz gleich sind – unabhängig von Geschlecht, Herkunft, Religion etc. (Art. 3). Das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) regelt zivil- und arbeitsrechtlich den Anspruch auf Gleichbehandlung. Es nimmt dabei auch Arbeitgeber*innen in die Pflicht, Beschäftigte vor Diskriminierung zu schützen. Darüber hinaus bestehen in verschiedenen Berufsbereichen, so im Pflege- und Gesundheitsbereich, normative Vorgaben. Personal des Gesundheits- und Pflegebereichs verbindet mit der Berufswahl oft positive, andere Menschen unterstützende Werte, wie helfen, heilen und pflegen. Mit dem ärztlichen Gelöbnis (Deklaration von Genf) geloben Ärzt*innen bei der Aufnahme in den Berufsstand ihr »Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen. Die Gesundheit und das Wohlergehen« (Bundesärztekammer o. J) der Patient*innen als ›oberstes Anliegen‹ zu setzen und die ›Autonomie und die Würde‹ der Patient*innen zu respektieren. Explizit geloben sie dabei, dass nicht »Alter, Krankheit oder Behinderung, Glaube, ethnische[r] Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politische[r] Zugehörigkeit, Rasse, sexuelle[r] Orientierung, soziale[r] Stellung oder jegliche[r] andere[r] Faktoren« (ebd.) zwischen Ärzt*in und Patient*in treten. Darüber hinaus geloben sie auch auf ihre eigene Gesundheit zu achten (vgl. ebd.).

Krankenhäuser und Rehakliniken sind gesetzlich dazu verpflichtet, Beschwerdestellen einzurichten, die Patient*innen zu beraten, Beschwerden individuell zu verfolgen und mit den Betroffenen nach Lösungen zu suchen. In einigen Krankenhäusern gibt es zusätzlich kommunal berufene, ehrenamtlich tätige, neutrale Ansprechpartner*innen: die Patient*innenfürsprecher*innen. Allerdings zeigt eine von der Antidiskriminierungsstelle des Bundes beauftragte Untersuchung, dass die

Einrichtungen die bestehenden Beschwerdeverfahren bisher nur in einzelnen Fällen auch als Anlauf- und Beschwerdestellen bei (rassistischen) Diskriminierungserfahrungen bereitstellen (vgl. an der Heiden 2024: 13–15). Darüber hinaus gibt es externe Beratungs- und Beschwerdestellen. So auf Bundesebene die Antidiskriminierungsstelle des Bundes, (nicht flächendeckende) regionale und kommunale staatliche Antidiskriminierungsstellen sowie zivilgesellschaftliche Antidiskriminierungsbüros (z. B. vom Antidiskriminierungsverband Deutschland [advd]) und Betroffenenberatungsgestellen (z. B. von den Beratungsstellen Betroffene rechter, rassistischer und antisemitischer Gewalt [VGBR e. V.]) (vgl. hierzu Schellenberg 2023; 2024).

Unternehmen des Pflege- und Gesundheitsbereichs in Zeiten von Diversität, Menschenverachtung und Diskriminierung ist zu raten, Bedarfe zu erkennen und kompetent abzuholen: Mitarbeitende und Führungskräfte von Unternehmen oft recht gut, um die ›Baustellen‹ rund um ihren Arbeitsplatz. Im Rahmen des Antidiskriminierungstrainings ›Den Menschen im Blick‹ mit den Schwerpunkten ›Rassismus‹ (weitere Schwerpunkte: ›Sexismus‹ und ›intersektionaler Diskriminierung‹) bietet das Zentrum ›Den Menschen im Blick‹ in Zusammenarbeit mit der Ludwig-Maximilians-Universität München Unternehmen Analyse, Beratung sowie *in-house*-Schulungen an. Hier werden die Teilnehmenden befragt, ob und warum ihnen die kritische Auseinandersetzung mit Diskriminierung und das Gespräch über ein wertschätzendes Arbeitsumfeld nützt. Wenngleich jedes Unternehmen vor unterschiedlichen Herausforderungen steht und damit verbundene Lösungsversuche entwickelt, gleichen sich die Antworten zu den allgemeinen Bedarfen des Personals in einigen Punkten – und sie spiegeln die Forschungsbefunde zum Themenfeld. Typische Zitate aus der Evaluation bezüglich der Frage, ›was nützt die Auseinandersetzung?‹⁷ sind: ›gute Arbeitsatmosphäre‹, ›bessere Gesundheit unter Mitarbeitenden‹, ›attraktiverer Arbeitgeber: längerer Verbleib im Unternehmen‹, ›Vielfalt gerecht werden‹, ›Probleme schneller erkennen‹, ›sich und andere schützen‹, ›weniger schwelende Konflikte‹, ›weniger Mobbing und Diskriminierung‹, ›Kooperation und Kommunikation macht erfolgreicher und glücklicher‹, ›mehr Teilhabe und Inklusion‹, ›Teams stärken – Unternehmen stärken‹, ›mehr Perspektiven einbringen, macht kompetenter‹, ›Klient*innen besser verstehen‹, ›bessere Passung zwischen nach außen und innen vertretenen Werten‹ (vgl. Den Menschen im Blick 2025).

Die Kenntnis, aber eben auch ein Verständnis der Werte und Normen, welche die Demokratie in Deutschland, die sich auf die Menschenrechte stützt, ausmachen, können Halt und Orientierung für die Haltung von Einzelnen, Teams und Unternehmen in Zeiten von menschenverachtenden Debatten und Anfeindungen bieten. Gleichwohl sind Unternehmen und Politik dazu aufgerufen, die aktuellen Herausforderungen im Pflege- und Gesundheitsbereich zu reflektieren, zu bearbei-

⁷ Gefragt wurde nach den Chancen und Potentialen der kritischen Auseinandersetzung mit Rassismus, Sexismus und Diskriminierung im Arbeitskontext.

ten und produktive Perspektiven für die Arbeit, für Zugang und Versorgung zu gestalten. Aufgabe der Politik ist es, ökonomisch-sozial verträgliche Rahmenbedingungen für das Arbeiten in und Funktionieren der medizinischen und pflegerischen Versorgung zu schaffen.

Für Unternehmen braucht es (weitere) Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung. Ein hilfreiches Instrument für die Durchsetzung der Rechte und den Schutz vor Diskriminierung von Patient*innen und Arbeitnehmer*innen sind Beschwerdestellen. Ziel sollte es sein, diese intern und extern flächendeckend zu etablieren. Insgesamt gilt es die (arbeits-)rechtlichen Rahmenbedingungen weiterzuentwickeln, um den aktuellen Problematiken adäquat begegnen zu können und den Schutz vor Diskriminierung zu verbessern. Der Weg hin zu einem inklusiven, diskriminierungskritischen Unternehmen heute braucht Diversitäts-Strategien, Qualitätsentwicklung und diskriminierungskritische Schulungen für Führungskräfte und Mitarbeitende gleichermaßen. Nötig ist eine umfassende Sensibilisierung für die Herausforderungen von Diversität, Diskriminierung und Inklusion in Pflege und Medizin. Dabei gilt es eigene Vorurteile zu reflektieren, überholte Muster und Routinen zu korrigieren, Kommunikationsbarrieren abzubauen und eine wertschätzende und solidarische Kultur der Ansprechbarkeit zu etablieren, damit Herausforderungen bei der Arbeit, mit Patient*innen/Klient*innen, in Teams, im Unternehmen und im Bereich Pflege und Gesundheit insgesamt verstanden, reflektiert und gemeinsam in Chancen umgestaltet werden können.

Literaturverzeichnis

- ADS (*Antidiskriminierungsstelle des Bundes*) (Hrsg.) (2024): Diskriminierung in Deutschland. Erkenntnisse und Empfehlungen, Fünfter Gemeinsamer Bericht der Antidiskriminierungsstelle des Bundes und der in ihrem Zuständigkeitsbereich betroffenen Beauftragten der Bundesregierung und des Deutschen Bundestages, Berlin: Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Link: https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/BT_Bericht/gemeinsamer_bericht_fuenfter_lang_2024.pdf?__blob=publicationFile&v=10 (zuletzt abgerufen am 23.04.2025).
- Aikins, J. K./Bremberger, T./Gyamerah, D./Aikins, M. A. (2022): Afrozensus. Intersektionale Analysen zu Anti-Schwarzem Rassismus in Deutschland, in: Aus Politik und Zeitgeschichte APUZ: Schwarz und Deutsch, Jg. 72/H. 12, 26–34. Link: https://www.bpb.de/system/files/dokument_pdf/APuZ_2022-12_online.pdf (zuletzt abgerufen am 23.04.2025).
- Bartig, S./Kalkum, D./Le, H. M./Lewicki, A. (2021): Diskriminierungsrisiken und Diskriminierungsschutz im Gesundheitswesen – Wissensstand und Forschungsbedarf für die Antidiskriminierungsforschung. Herausgegeben von der Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Link: https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/Expertisen/diskrimisrisiken_diskrimschutz_gesundheitswesen.pdf?__blob=publicationFile&v=5 (zuletzt abgerufen am 23.04.2025).
- Beigang, S./Fetz, K./Kalkum, D./Otto, M. (2017): Diskriminierungserfahrungen in Deutschland. Ergebnisse der Repräsentativ- und der Betroffenenbefragung. Herausgegeben von der Antidiskriminierungsstelle des Bundes, Baden-Baden: Nomos. Link: https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/Expertisen/expertise_d

- iskriminierungserfahrungen_in_deutschland.pdf?__blob=publicationFile&v=6 (zuletzt abgerufen am 23.04.2025).
- Beulen, E. (2024): Intersektionale Diskriminierung im Gesundheitswesen. Eine Literaturstudie zu den potenziellen Auswirkungen von Rassismus und Sexismus in medizinischen Settings. Bachelor-Thesis, Düsseldorf: Hochschule Düsseldorf. Link: https://opus4.kobv.de/opus4-hs-duesseldorf/frontdoor/deliver/index/docId/4615/file/FBSK_Bachelorthesis_SoSe24_Beulen.pdf (zuletzt abgerufen am 23.04.2025).
- Boockmann, B./Kalweit, R./Kleinemeier, R./Knirsch, F./Maier, A./Murawski, W./Pube, H./Scheu, T. (2022): Abschlussbericht. Vorstudie zur Abwanderung von ausländischen Fachkräften, im Auftrag der Bundesagentur für Arbeit, Tübingen, Bielefeld: Institut für Angewandte Wirtschaftsforschung e. V. (IAW), SOKU Institut. Link: https://www.iaw.edu/ueberuns/team/direktoren-geschaeftsfuehrung/bernhard-boockmann.html?file=files/dokumente/ab_04_2021/Vorstudie_Fachkraefteabwanderung_2022.pdf (zuletzt abgerufen am 23.04.2025).
- Bundesagentur für Arbeit (2024): Pflegepersonal in Deutschland: Überwiegend weiblich, teilszeitbeschäftigt und gefragter denn je. Presseinfo Nr. 19 vom 08.05.2024. Link: <https://www.arbeitsagentur.de/presse/2024-19-pflegepersonal-in-deutschland-ueberwiegend-weiblich-teilszeitbeschaeftigt-und-gefragter-denn-je> (zuletzt abgerufen am 23.04.2025).
- Bundesärztekammer (2023): Ärztestatistik zum 31. Dezember 2023. Link: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Ueber_uns/Statistik/AErztstatistik_2023_Update_Juni_2024.pdf#page=9 (zuletzt abgerufen am 23.04.2025).
- Bundesärztekammer (o. J.): Weltärztebund. Deklaration von Genf. Das ärztliche Gelöbnis. Link: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Internationales/Bundesaerztekammer_Deklaration_von_Genf_04.pdf (zuletzt abgerufen am 23.04.2025).
- Bundesärztekammer et al. (2025): Gemeinsamer Aufruf: Fachkräfte aus dem Ausland sind unverzichtbar für eine flächendeckende Krankenhausversorgung. Auch deshalb muss Deutschland ein weltoffenes und tolerantes Land bleiben vom 10. Februar 2025. Link: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Politik/Programme-Positionen/Gemeinsamer_Aufruf_Vielfalt_im_Gesundheitswesen.pdf (zuletzt abgerufen am 23.04.2025).
- Bundesregierung (2024): Fachkräfteeinwanderungsgesetz. Neue Wege zur Fachkräftegewinnung vom 03. Juni 2024. Link: <https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/fachkraefteeinwanderungsgesetz-2182168> (zuletzt abgerufen am 23.04.2025).
- Carstensen, J./Seibert, H./Wiethölter, D. (2024): Internationalisierung der Pflege – Pflegekräfte mit ausländischer Staatsangehörigkeit und ihr Beitrag zur Fachkräftesicherung. IAB-Forschungsbericht, No. 22, Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB). Link: <https://doku.iab.de/forschungsbericht/2024/fb2224.pdf> (zuletzt abgerufen am 23.04.2025).
- Decker, O./Kiess, J./Heller, A./Brähler, E. (Hrsg.) (2024): Vereint im Ressentiment. Autoritäre Dynamiken und rechtsextreme Einstellungen. Leipziger Autoritarismus Studie, Baden-Baden: Nomos.
- Den Menschen im Blick (Hrsg.) (2025): Feedback und Evaluationen. Das Antidiskriminierungstraining Den Menschen im Blick. Schwerpunkt: Rassismus, 2022–2025, unveröffentlichtes Papier.
- Deutsches Ärzteblatt (2023): Rassismus und Diskriminierung im Gesundheitssystem keine Seltenheit, in: Deutsches Ärzteblatt vom 08.11.2023. Link: <https://www.aerzteblatt.de/news/rassismus-und-diskriminierung-im-gesundheitssystem-keine-seltenheit-f620e40f-27d9-4b8b-9bc5-f9d36bf08579> (zuletzt abgerufen am 23.04.2025).
- Deutsches Ärzteblatt (2022a): Ärztemangel im ländlichen Raum bedroht medizinische Versorgung, in: Deutsches Ärzteblatt vom 29.09.2022. Link: <https://www.aerzteblatt.de/nachricht>

- ten/137762/Aerztmangel-im-laendlichen-Raum-bedroht-medizinische-Versorgung (zuletzt abgerufen am 23.04.2025).
- Deutsches Ärzteblatt (2022b): Personalmangel größtes Problem im Gesundheitswesen, in: Deutsches Ärzteblatt vom 12.10.2022. Link: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/138045/Personalmangel-groesstes-Problem-im-Gesundheitswesen> (zuletzt abgerufen am 23.04.2025).
- DeZIM/NaDiRa – Deutsches Zentrum für integrations- und Migrationsforschung/Nationaler Diskriminierungs- und Rassismusmonitor (Hrsg.) (2023): NaDiRa-Bericht 2023. Rassismus und seine Symptome, Berlin: Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung. Link: https://www.rassismusmonitor.de/fileadmin/user_upload/NaDiRa/Rassismus_Symptome/Rassismus_und_seine_Symptome.pdf (zuletzt abgerufen am 23.04.2025).
- FES – Friedrich-Ebert-Stiftung (2024): Preview. Studie zur Abwanderung aus und Rückwanderung nach Deutschland. Link: <https://www.fes.de/themenportal-flucht-migration-integration/artikelseite-flucht-migration-integration/preview-studie-zur-abwanderung-aus-und-rueckwanderung-nach-deutschland> (zuletzt abgerufen am 23.04.2025).
- FRA – European Union Agency for Fundamental Rights (2023): Being Black in the EU. Experiences of People of African Descent, Vienna. Link: https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2023-being-black_in_the_eu_en.pdf (zuletzt abgerufen am 23.04.2025).
- Frost, D. M./Meyer, I. H. (2023): Minority Stress Theory: Application, Critique, and Continued Relevance, in: Current Opinion in Psychology, Vol. 51, 101579. Link: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352250X23000246?via%3Dihub> (zuletzt abgerufen am 23.04.2025).
- Fuchs, L./Gahein-Sama, M./Jun Kim, T./Mengi, A./Podkowik, K./Salikutluk, Z./Thom, M./Tran, K./Zindel, Z. (2025): NaDiRa. Monitoringbericht 2025. Verborgene Muster, sichtbare Folgen. Rassismus und Diskriminierung in Deutschland. Herausgegeben vom DeZIM Institut Berlin: Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung. Link: https://www.rassismusmonitor.de/fileadmin/user_upload/NaDiRa/Publikationen/Verborgene_Muster_Monitoringbericht/NaDiRa_Monitoringbericht_2025_FINAL_1_.pdf (zuletzt abgerufen am 23.04.2025).
- Heiden, I. an der (2024): Diagnose Diskriminierung. Beratungs- und Beschwerdemöglichkeiten bei Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitswesen. Herausgegeben von der Antidiskriminierungsstelle des Bundes, Berlin. Link: https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/Expertisen/Studie_Diagnose_Diskriminierung_kurz.pdf?__blob=publicationFile&cv=9 (zuletzt abgerufen am 23.04.2025).
- Loschert, F./Komitowski, D. (2024): Auf Wiedersehen? Analyse der Daten- und Forschungslage zu Ab- und Rückwanderungsprozessen von Zugewanderten aus/nach Deutschland. FES diskurs. Herausgegeben von der Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn, Juni 2024. Link: <https://library.fes.de/pdf-files/a-p-b/21269.pdf> (zuletzt abgerufen am 23.04.2025).
- Marten, E./Walgenbach, K. (2023): Intersektionale Diskriminierung, in: Scherr, A./Reinhardt, A. C./El-Mafaalani, A. (Hrsg.): Handbuch Diskriminierung, Wiesbaden: Springer Fachmedien, 132–145.
- McKinsey & Company/Zehnder, E. (2023): Erfolgsfaktor kulturelle Diversität und faire Teilhabe. Wie deutsche Unternehmen jetzt aufholen können, August 2023. Link: https://www.mckinsey.de/~media/mckinsey/locations/europe%20and%20middle%20east/deutschland/news/presse/2023/2023-09-18%20kulturelle%20vielfalt/2308_whitepaper_cultural_diversity_vs.pdf (zuletzt abgerufen am 23.04.2025).
- Mediendienst Integration (2025): Factsheet. Ausländische Ärzte und Pflegekräfte, Berlin. Link: https://mediendienst-integration.de/fileadmin/Dateien/Auslaendische_Pflegekraefte_Aerzte_Mediendienst_Factsheet_2025.pdf (zuletzt abgerufen am 23.04.2025).
- Pepppler, L. (2024): Zuwanderung und Anwerbung internationaler Pflegefachkräfte in: Schwinnger, A./Kuhlmey, A./Greß, S./Klauber, J./Jacobs, K./Behrendt, S. (Hrsg.): Pflege-Report

- 2024, Berlin, Heidelberg: Springer, 173–183. Link: https://doi.org/10.1007/978-3-662-70189-8_12 (zuletzt abgerufen am 23.04.2025).
- Project Implicit* (2025): Take a Test. Harvard University. Link: <https://implicit.harvard.edu/implicit/takeatest.html> (zuletzt abgerufen am 23.04.2025).
- Reichle, L. R./Dieckmann, J. (2024): Institutioneller Rassismus: Wer von Polizei spricht, darf von Sozialbehörden nicht schweigen. *Migration & Soziale Arbeit* 45, 4, 286–292.
- Schellenberg, B. (2022): Unveröffentlichtes Hintergrundpapier für BMW, München, unveröffentlichte Quelle.
- Schellenberg, B. (2023): Training Antidiskriminierung. Den Menschen im Blick. Schwerpunkt Rassismus, Frankfurt/Main: Wochenschau Verlag.
- Schellenberg, B. (2024): Training Antidiskriminierung. Den Menschen im Blick. Schwerpunkt Sexismus, Frankfurt/Main: Wochenschau Verlag.
- Schellenberg, B. (2025): Politisch motivierte Kriminalität und Hasskriminalität. Das polizeiliche Definitionssystem. Wissenschaftliche Begutachtung und Vorschläge für die Weiterentwicklung, München. Grüne Fraktion/Landtag Bayern.
- Scherr, A./Reinhardt, A. C./El-Mafaalani, A. (Hrsg.) (2023): Handbuch Diskriminierung, Wiesbaden: Springer VS.
- Sherm, D. L./Blanch, A. K./Steverman, S. M. (2014): Impact of Toxic Stress on Individuals and Communities: A Review of the Literature, Alexandria, VA: Mental Health America.
- Stahl, S. (2024): Ausländische Ärzte in Deutschland. Das deutsche Gesundheitssystem profitiert Jahr für Jahr von der Zuwanderung ausländischer Ärztinnen und Ärzte, in: *doctari magazin* vom 20.5.2024. Link: https://www.doctari.de/magazin/wissenswertes/aktuelles/aerztestatistik_2024_teil_3/ (zuletzt abgerufen am 23.04.2025).
- Stepanikova, I. (2012): Racial-Ethnic Biases, Time Pressure, and Medical Decisions, in: *Journal of Health and Social Behavior*, Vol 53/No. 3, 329–343.
- SVR – Sachverständigenrat für Integration und Migration (2022): Jahresgutachten 2022. Systemrelevant: Migration als Stütze und Herausforderung für die Gesundheitsversorgung in Deutschland. Herausgegeben vom Sachverständigenrat für Integration und Migration (SVR) gGmbH, Berlin. Link: https://www.svr-migration.de/wp-content/uploads/2023/01/SVR_Jahresgutachten_2022_barrierefrei-8.pdf (zuletzt abgerufen am 23.04.2025).
- Tiedemann, J./Risius, P. (2025): Jahresrückblick 2024 – Engpässe für Energiewende trotz sinkender Fachkräftelücke. Studie im Rahmen des Projektes Kompetenzzentrum Fachkräftesicherung (KOFA) in Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz (BMWK), No 2, Köln. Link: https://www.iwkoeln.de/fileadmin/user_upload/Studien/KOFA_kompakt_und_Studien/2025/KOFA_Kompakt_02-2025_Jahresrückblick_2024.pdf (zuletzt abgerufen am 23.04.2025).
- Torino, G./Rivera, D./Capodilupo, C./Nadal, K./Sue, D. (2018): Microaggression Theory: Influence and Implications, Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Incorporated.
- Wodak, R. (2023): Rechtspopulistische Diskursverschiebung, in: *Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ)*, Jg. 73/H. 43–45, 31–35.
- Zick, A./Küpper, B. (Hrsg.) (2021): Die geforderte Mitte. Rechtsextreme und demokratiegefährdende Einstellungen in Deutschland 2020/21, Bonn: Dietz Verlag J.H.W. Nachf.
- Zick, A./Küpper, B./Mokros, N. (2023): Die distanzierte Mitte. Rechtsextreme und demokratiegefährdende Einstellungen in Deutschland 2022/23, Bonn: Dietz Verlag J.H.W. Nachf.