

Diversität und Diskriminierung in der Pflege

Miriam Tariba Richter

Abstract *Diversität als Konzept ist noch neueren Ursprungs und erkennt die Vielfalt aller Menschen in der Gesellschaft an. Die Auseinandersetzung mit der Diversität von Menschen macht deutlich, dass diese nicht ohne eine kritische Reflexion gesellschaftlicher Machtverhältnisse und der dazugehörigen Normsetzungen möglich ist. Denn Menschen mit spezifischen diversen Lebenslagen sind nicht selten auf allen Handlungsebenen Diskriminierung ausgesetzt. Dies wird im pflegerischen Handlungsfeld bedeutsam, in dem sich Pflegende wie auch zu Pflegenden mit unterschiedlichen Diversitätsdimensionen befinden, die gleichermaßen von Diskriminierungserfahrungen betroffen sind und daher von einem konstruktiven, d. h. anerkennenden und nicht diskriminierenden, Umgang mit Diversität profitieren würden. Hierfür werden Impulse für Pflegepraxis, -management und -bildung aufgezeigt.*

1. Einleitung

»Es gibt keine Orte und keine Zeiten, die uns zwingen (dürfen), die tiefste Anerkennung der radikalen Verschiedenheit von Menschen (Diversity) und der Bejahung einer demokratisch-pluralen Gesellschaft aufzugeben. Und es gibt keine Orte und keine Zeiten, die uns zwingen (dürfen), das eigenständig-kritische Denken aufzugeben. Die Unverletzlichkeit und Würde jedes Menschen sind der Referenzrahmen.« (Czollek u. a. 2019: 9)

Diversität in Deutschland ist ein Normalzustand. Wir befinden uns in einer Migrationsgesellschaft mit Menschen unterschiedlicher Herkunft. Wir leben in einer Gesellschaft, in der es geschlechtliche und sexuelle Vielfalt und unterschiedliche Religionen gibt. In dieser Gesellschaft haben Menschen ein unterschiedliches Alter, diverses Aussehen, verschiedene finanzielle Möglichkeiten und gesundheitliche Konstitutionen. Diese und weitere Realitäten beeinflussen die Lebenslagen von Menschen. Diversität wirkt sich auf alle Bereiche unserer Gesellschaft aus, sei es das Bildungswesen oder auch die Gesundheitsversorgung. In einigen Kontexten wird Diversität gefeiert, z. B. bei kulinarischer Vielfalt oder wenn in beruflichen Kontexten die unterschiedlichen Kompetenzen im Diversity Management einbezogen werden.

Diversität birgt neben Chancen aber auch Herausforderungen im Umgang mit vielfältigen Lebenslagen.

Der folgende Beitrag soll Diversität als Begriff machtkritisch beleuchten, aber vor allem deren Relevanz im pflegerischen Handlungsfeld aufzeigen. Eine zunehmende Anerkennung und Sichtbarkeit von gesellschaftlicher Vielfalt bringen Implikationen für einen konstruktiven Umgang mit sich, welche für Einrichtungen des Gesundheitswesens, Pflegebeziehungen und in Bildungsprozessen bedeutsam sind, um eine gerechte pflegerische Versorgung zu sichern. Diversität kann nicht ohne die Frage nach Machtverhältnissen, Ausschlüssen und Diskriminierung aufgrund bestimmter Diversitätskategorien betrachtet werden, weshalb der Beitrag einen besonderen Fokus auf Diskriminierungseffekte legt. Dies begründet sich aktuell auch durch gesellschaftspolitische Entwicklungen, in denen die Berücksichtigung von Diversität zur Diskussion gestellt wird und damit auch Diskriminierungsrisiken zunehmen. Abschließend sollen einige Handlungsmöglichkeiten und Forderungen im Umgang mit Diversität in der Pflege aufgezeigt werden.

2. Was ist Diversität?

Der noch junge Begriff der Diversität begründet sich in einer Zunahme bzw. einer größeren Sichtbarkeit gesellschaftlicher Vielfalt, die auf unterschiedliche Entwicklungen wie die demografische Entwicklung, Migrationsgeschehen und soziale Wandlungsprozesse zurückgeht, welche sich in vielfältigen Lebenslagen von Menschen niederschlagen. Im Folgenden wird der Begriff Diversität, der oft analog zu Heterogenität und Inter- bzw. Transkulturalität verwendet wird, in einer intersektionalen Perspektive betrachtet und dabei bewusst von Diskursen zur Heterogenität und Kultur abgegrenzt.

2.1 Diversität als Begrifflichkeit

In den Erziehungswissenschaften und der Pädagogik wurde lange Zeit der Begriff der *Heterogenität* genutzt, in dem individuell verschiedene Dispositionen der Lernenden in Lernprozessen betrachtet wurden. Der Begriff wird häufig eher mit einer Problematisierung von Vielfalt gleichgesetzt, nämlich da, wo sie Lehrprozesse einschränkt (vgl. Messerschmidt 2013: 49 ff.; Trautmann/Wischer 2011: 36 ff.).

Seltener wird die Begriffsgenese reflektiert: Das Zustandekommen der implizit vermittelten Problembestimmung, welche auf hegemonialen Zuschreibungen wie z. B. in Normalitätsvorstellungen basiert und diese reproduzieren kann, wird damit kaum hinterfragt.

Inter-, aber vor allem *Transkulturalität* wird als Begriff genutzt, um Vielfalt in Bezug auf Kultur zu analysieren. Während Interkulturalität mehr einer Zustands-

beschreibung der Interaktionsprozesse zweier Kulturen dient, stellt Transkulturalität das kulturell Verbindende und Gemeinsame von Individuen in den Vordergrund. Das Konzept der Transkulturalität in der Pflegewissenschaft wird auf die US-amerikanische Pflegewissenschaftlerin Madeleine Leininger zurückgeführt und gilt in der früheren Konzeptionalisierung als eher stereotypisierend (vgl. Domenig 2017: 170 f.). Im deutschsprachigen Raum ist vor allem das Konzept der transkulturellen Kompetenz von Dagmar Domenig (2017) von Bedeutung. Aber auch der Begriff der *Kultursensibilität* wird genutzt (vgl. Schwass 2025). Unabhängig der Verdienste dieser Ansätze birgt die Verwendung des Kulturbegriffs im Kontext von Vielfalt einige Gefahren. Zusätzlich zu der Kritik, dass die Ansätze häufig auf einem eher geschlossenen und wenig dynamischen Kulturverständnis beruhen, das nicht nur stereotype Festschreibungen enthält, sondern sich einseitig mit sog. *Fremdkulturen* beschäftigt (vgl. Schwass 2025: 13; Domenig 2017: 178), kommt zum Tragen, dass mit dem Kulturbegriff kaum gesellschaftliche Machtverhältnisse und Zugänge zu Ressourcen analysiert werden. Mit dem Begriff Kultur sind häufig und hartnäckig kategoriale (Ab-)Wertungen von Verhalten, Normvorstellungen etc. (vgl. Ehret 2011: 15 f.) und nicht selten Otheringprozesse¹ verbunden. Das *Othering* ist eine Abgrenzungspraxis, die stereotype und dichotome Einteilungen von Menschengruppen vornimmt, die mit Wertigkeiten einhergehen. Meist wird hierfür ein kulturelles Wir einem kulturellen Anderen – als vermeintlichem Gegensatz – gegenübergestellt. Beispiele wären die Konstruktion einer deutschen, westlichen, christlichen, normalen und zivilisierten Kultur gegenüber der der *Anderen* als fremdländisch, arabisch, muslimisch, unnormal und unzivilisiert beschriebenen Kultur. Dabei werden häufig kulturelle Elemente der Anderen vereinfacht dargestellt, homogenisiert und als abweichend vom kulturellen Wir konstruiert und abgewertet (vgl. Qamar u. a. 2025: 75 f.; Kollender 2020). Kultursensible Pflegekonzepte sollten dahingehend kritisch überprüft, ggf. verworfen bzw. zumindest um eine kritische Macht- wie Gleichwertigkeitsperspektive erweitert werden.

Diversität weist mindestens drei Ebenen auf: eine deskriptive Ebene, eine dekonstruktive Ebene und eine Ebene der Anerkennung. Der Begriff Diversität hat sich historisch aus dem Ungleichheits- und Rassismuskurs der USA in der Bürgerrechtsbewegung entwickelt (vgl. Ehret 2011: 43 f.) und bedeutet aus dem Lateinischen übersetzt Vielfalt oder Vielfältigkeit. Diese bezieht sich deskriptiv auf eine gesellschaftlich zunehmende Sichtbarkeit unterschiedlicher Herkunft, nationethno-kulturelle (Mehrfach-)Zugehörigkeiten, Religionen, Sprachen oder auf Merkmale wie äußere Erscheinung, geschlechtliche und sexuelle Identität, sozioökono-

1 Otheringprozesse werden hier in Bezug zu kulturellem Rassismus erläutert, zeigen sich aber auch hinsichtlich anderer Diversitätskategorien.

mischer Status, Alter, Be_hinderung² und andere körperliche Merkmale. Die individuellen und gruppenbezogenen Merkmale sind teilweise angeboren, individuell erworben und entstehen vor allem durch soziale Praxen. Als Zuschreibungen wirken sie bis in persönliche Identitätsprozesse hinein (vgl. Hussain/Hofmann 2013: o. S.). Die Auswirkungen auf Identitätsprozesse zeigen sich, wenn z. B. Muslim*innen, queere Menschen und Schwarze Menschen immer wieder ihre Existenz rechtfertigen, begründen, diskutieren sowie Hass und Gewalt aushalten müssen, anstelle einfach *nur* Menschen zu sein. Toni Morrison hat in einer Rede zum Thema Rassismus prägnant formuliert: »The function, the very serious function of racism is distraction. It keeps you from doing your work. It keeps you explaining, over and over again, your reason for being.« (Morrison 1975, zit. n. Berenstain 2016: 569).

In Interaktionen treten sichtbare und unsichtbare Merkmale von Verschiedenheit auf bzw. werden in diesen erst sozial konstruiert und sind je nach Orientierungsrahmen mehr oder weniger bedeutsam (vgl. Hussain/Hofmann 2013: o. S.). So können bestimmte Merkmale wie z. B. das Aussehen einer Schwarzen Person oder manche Formen von Beeinträchtigungen nicht verborgen bzw. *gecovert* werden. Weniger sichtbare Merkmale der Identität können z. B. in unsicheren Situationen verborgen werden. Die Personen entscheiden dann selbst über die Preisgabe ihrer sexuellen Identität, Religionszugehörigkeit etc. Das Verbergen der eigenen Identität bleibt allerdings nicht ohne Folgen und ist mit einem erhöhten Stresspotenzial verbunden (vgl. Frost/Meyer 2023: 2; s. Kapitel 3.2).

Die unterschiedliche Wertung von Diversitätsmerkmalen bzw. -dimensionen beeinflusst Chancen in der Gesellschaft. Ein kritisches Diversitätsverständnis³ beinhaltet daher eine kritische und dekonstruierende Auseinandersetzung mit Machtverhältnissen, gesellschaftlicher Ungleichheit und Ausschlüssen (vgl. Messerschmidt 2013: 51 f.). Mit Diversität gehen *Differenzsetzungen* (vgl. Fenstermaker/West 2001) einher, die auf Basis von Fremd- und Selbstzuschreibungen auf die unterschiedlichen Bedeutungen verweisen und als Gruppenkonstruktionen für Unterscheidungspraxen fungieren (vgl. Leiprecht 2008: 426 ff.). Hier zeigt sich, dass Diversität eben nicht neutral zu betrachten ist, sondern historisch gewachsene gesellschaftliche Differenzsetzungen integriert, welche soziale Ungerechtigkeiten hervorbringen und sich an Begriffen wie dem *Anderssein* und der *Normalität* oder

2 Mit dem Unterstrich, dem sog. Abilitygap, soll verdeutlicht werden, dass das Merkmal Be_hinderung gesellschaftlich konstruiert wird und nicht einfach ein *natürliches* Merkmal einer Person darstellt.

3 Um auf das kritische Potenzial von Diversität hinzuweisen, wird teilweise »Diversity« als englische Begrifflichkeit verwendet (vgl. Baader 2013) oder aber auch von einem kritischen Diversitätsansatz gesprochen (vgl. Leiprecht 2008; Beitrag von Rudolf Leiprecht in diesem Band).

der Konstruktion von *Minderheiten* und *Mehrheiten* erkennen lassen (vgl. Richter 2024: 208).

Diversität erkennt vorrangig die Normalität der Vielfalt *aller* Menschen an (vgl. Linde/Auferkorte 2018: 304 ff.). Denn alle Menschen sind vielfältig und haben eine Geschlechtsidentität, eine Herkunft, eine Sexualität etc. und nicht nur die *Anderen*, diejenigen die nicht in eine Norm der binären Cis-Geschlechtlichkeit, deutschen Herkunft oder Heterosexualität etc. passen. Wenn z. B. von *kulturell bedingten Wünschen* in der Pflege gesprochen wird, sind damit nicht nur Menschen mit primärem oder sekundärem Migrationshintergrund gemeint, sondern es handelt sich um die kulturellen Bedarfe *aller* Patient*innen.

Diversität ist eng mit einer intersektionalen Perspektive verbunden, welche die Wechselwirkung zwischen verschiedenen Diversitätsdimensionen betrachtet. So können Merkmale wie Gender, Herkunft, Alter, Be_hinderung etc. bei einer Person in ihrer verwobenen Weise analysiert werden, die vor allem ungleiche Lebenslagen wechselseitig verändern, verstärken oder abschwächen (vgl. Degele/Winker 2007: 1). Intersektionalität ergänzt den Begriff Diversität um eine analytische und methodische Perspektive, mit der die einzelnen Diversitätsdimensionen verknüpft und deren Dynamik in unterschiedlichen Lebenswelten herausgearbeitet werden kann.

Zwar befindet sich der Diversitätsbegriff noch in einem Weiterentwicklungsprozess und bleibt noch einige Erklärungen und Begründungen schuldig,⁴ bietet aber erhebliche Potenziale für die Pflege.

2.2 Diversität im pflegerischen Handlungsfeld

Die Pflege ist – wie kaum ein anderes Berufsfeld – durch Diversität geprägt und der größte Ausbildungssektor in Deutschland (vgl. BMFSFJ 2023). Diversität zeigt sich in diesem auf mindestens drei Ebenen: Einerseits ist das pflegerische Handeln durch eine Vielfalt an Zuständigkeiten, Professionen etc. grundsätzlich divers (vgl. Gahlen-Hoops 2019: 178), andererseits bieten Patient*innen, Bewohner*innen etc. eine große Bandbreite an Diversität (vgl. Heinemann u. a. 2020: 1). Und nicht zuletzt ist die Gruppe der Pflegenden selbst vielfältig bzgl. verschiedener Diversitätskategorien und dadurch geprägt, dass im Berufsfeld mit 75–80 Prozent mehrheitlich weibliche (bzw. weiblich gelesene) Pflegefachpersonen tätig sind (vgl. Statistisches Bundesamt 2024a) oder aktuell viele internationale Fachkräfte integriert werden (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2025). Demografische, epidemiologische, technische und gesellschaftliche Entwicklungen sowie medizinischer Fortschritt führen zu einer erhöhten Nachfrage an pflegerischen Leistungen (vgl. Wissenschaftsrat 2023: 7) und einem hohen Bedarf an Pflegefachpersonen. Dieser variiert bis 2049 je nach Berechnungsvariante zwischen 500.000 und 690.000

4 Zu den Kritikpunkten von Diversität vgl. exemplarisch Richter 2024.

Pflegefachpersonen (vgl. Statistisches Bundesamt 2024b: o. S.). Für die Abdeckung dieses sehr hohen Bedarfs wurden vor allem zwei wesentliche Strategien initiiert, die in einem deutlichen Zusammenhang zu dem Thema Diversität stehen: Dies ist zum einen die Gewinnung von internationalen Pflegefachpersonen (vgl. Habermann/Stagge 2015) und zum anderen eine deutliche Erhöhung der Ausbildungszahlen durch die Ausbildungs-offensive (vgl. BMFSFJ 2025). Bei letzterem geht es u. a. um die Erschließung des Berufsfeldes für unterrepräsentierte Zielgruppen. Bei beiden Strategien zeigen sich verhindernde Effekte durch einen misslungenen Umgang mit Diversität. Diese lassen sich bspw. an weitreichenden Ausschlüssen, Diskriminierungen und Benachteiligungen im Gesundheitswesen aufzeigen (vgl. Richter/Owusu-Boakye 2025; Bartig u. a. 2021). Auszugsweise zeigt der internationale Forschungsstand für *Pflegefachpersonen* Diskriminierungen u. a. aufgrund der Herkunft (vgl. Ulusoy/Schablon 2020) oder *Behinderung* (vgl. Barber 2015). Auch sind Berufe, die überwiegend von Frauen ausgeübt werden u. a. durch eine schlechtere Bezahlung und ein hohes Maß an sexualisierten Übergriffen gekennzeichnet, was auch für die Pflege zutrifft (vgl. Lu u. a. 2020). Bei *zu Pflegenden* zeigen sich Diskriminierungseffekte u. a. bei Schwarzen Personen, z. B. Schwarzen schwangeren Frauen (vgl. Chambers u. a. 2020), queeren Menschen wie z. B. Trans*Personen (vgl. Drabish/Theeke 2022) oder homosexuellen Männern (vgl. Handlovsky u. a. 2018), Muslim*innen (vgl. Murrar u. a. 2023) oder Menschen mit *Behinderung* (vgl. Schniering/Frederich 2025; Tyerman u. a. 2021). Bei der Rolle der *zu Pflegenden* ist zu betonen, dass für diese – durch die Abhängigkeit und das Machtgefälle im Gesundheitswesen – deutlich höhere Vulnerabilitäten (v. a. aufgrund der Diskriminierungseffekte) und das Risiko einer schlechteren Versorgungsqualität bestehen (vgl. Bartig u. a. 2021).

2.3 Diversität und pflegerische Verantwortung

Die WHO erklärt Gesundheit als ein wesentliches Menschenrecht, durch das allen Menschen ein Recht auf ein erreichbares Höchstmaß an Gesundheit zusteht (vgl. WHO 2023: o. S.). Dies gilt ebenso für *Pflegende* wie für *zu Pflegenden*, unabhängig ihrer Diversitätsdimensionen. Hinsichtlich der Herausforderung gesellschaftlicher Wandlungsprozesse – auch durch Diversitäten – stellen sich für die Pflege ethisch-moralische Fragen nach Gerechtigkeit, Macht und Solidarität (vgl. Remmers/Kohlen 2010) wie auch nach der Achtung von Menschenrechten (vgl. Dibelius/Piechotta-Henze 2020). Im ICN-Ethikkodex wird betont:

»Der Pflege inhärent ist die Achtung der Menschenrechte, einschließlich der kulturellen Rechte, des Rechts auf Leben und Wahlfreiheit, das Recht auf Würde und respektvolle Behandlung. Die Pflege ist respektvoll und uneingeschränkt in Bezug auf die Merkmale Alter, Hautfarbe, Kultur, kulturelle Zugehörigkeit, Behinderung oder Krankheit, Geschlecht, sexuelle Orientierung, Nationalität, Politik, Sprache,

ethnische Zugehörigkeit, religiöse oder spirituelle Überzeugungen, rechtlicher, wirtschaftlicher oder sozialer Status.« (ICN 2021: 4)

In der Pflegepraxis wird diese Verantwortung und ein Bemühen um eine bedürfnisorientierte und professionelle pflegerische Versorgung z. B. in der Pflegebedarfsgestaltung teilweise ersichtlich. Bei der Berücksichtigung von Bedarfen spezifischer Zielgruppen ist in der Pflegepraxis allerdings nicht selten zu hören: »Wir pflegen doch alle gleich!«. Dahinter steht meist der eigene Anspruch in der pflegerischen Versorgung keine Unterschiede zu machen und allen Menschen gerecht zu werden. In dieser Aussage wird übersehen, dass Menschen eben nicht gleich *sind* und nicht die gleichen Erfahrungen hinsichtlich ihrer Diversität machen. In Bezug zum Thema Rassismus und dem Critical Whiteness-Ansatz wird die Ignorierung von Unterschieden »Colorblindness« genannt, was sich auch auf andere Diversitäten beziehen lässt.⁵ Grada Kilomba (2023) hat dahingehend formuliert, dass es weiße Menschen gewohnt seien, sich nur als Mensch zu identifizieren und damit ihr Weiß-Sein unsichtbar zu machen. Sie gibt weiter an, dass es keine machtvollere Position gebe, sich nur als Mensch zu sehen und die Norm damit zu bestimmen. Die Norm zu bestimmen, macht Diversität unsichtbar, grenzt Menschen aus und sorgt mit einer Gleichbehandlung dafür, dass eben *nicht* alle Menschen die gleich gute, gerechte, anerkennende und würdevolle pflegerische Versorgung erhalten. In der kritischen Auseinandersetzung mit eigenen Privilegien soll daher darauf aufmerksam gemacht werden, dass *Menschen* nicht einfach Menschen sind, sondern z. B. weiße, deutsche, heterosexuelle, cis-geschlechtliche, able-bodied etc. Menschen sind, die rassialisierte, hetero- und cis-identitäre, ableistische etc. Normen in die pflegerische Versorgung mit einbringen. Nicht selten führt daher eine Haltung professioneller Neutralität (»Ich behandle alle gleich«) dazu, dass erlernte normierende Vorstellungen von Geschlecht, Sexualität, Aussehen, Herkunft etc. wie eine Schablone auf Menschen gelegt wird und diese eben *nicht* in ihrer Diversität anerkannt werden. Denn Menschen sind nicht gleich, sie unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Diversitätsdimensionen und können aufgrund dieser spezifische Bedarfe haben und gesundheitsbeeinträchtigenden Erfahrungen von Benachteiligung, Ausgrenzung und Diskriminierung ausgesetzt sein. Dem sollte mit einem pflegerisch verantwortungsvollen, reflexiven und anerkennenden Handeln begegnet werden.

5 Beispielweise wird im Kontext Heteronormativität auch von »Queer Blindfolding« oder Diversität von »Difference Blindness« gesprochen (Smith/Shin 2014).

3. Diskriminierung aufgrund von Diversität in der Pflege

Anhand eines Beispiels soll verdeutlicht werden, weshalb die Berücksichtigung von Diversität Teil des pflegerisch verantwortungsvollen Handelns sein sollte und welche Konsequenzen eine Nicht-Berücksichtigung mit sich bringen kann:

»Bei einem Praxiseinsatz im 2. Semester in einem Krankenhaus für Maximalversorgung, höre ich zwei Kolleg*innen bei der Übergabe zu. Kollegin 1 spricht gerade über Zimmer 23 (Zahl [...] frei erfunden), das durch einen Fall von Tuberkulose nur in Schutzkleidung betreten werden darf. Die Hygienemaßnahmen laufen nach Standard, meint sie. Dann beugt sie sich näher über den Tisch. Die Sache sei so, sagt sie, eigentlich sei das ein Mann, sehe aber aus wie eine Frau und auf dem Ausweis stünde auch Frau So und So. Aber die Stimme sei doch eindeutig männlich. Sie schüttelt den Kopf und meint, da könne man ihr doch nichts vormachen. Da es aber heiße man solle ihn als Frau behandeln, versuche sie einfach, die Ansprache mit Namen ganz zu vermeiden. Sie schließt mit einem Schulterzucken den Bericht und meint die Person müsse ja sowieso isoliert sein. Dann rät sie der Kollegin 2 einfach, nicht so oft in das Zimmer reinzugehen, um da nicht in Verlegenheit zu kommen. Die Person sei mobil und selbstständig, da muss man ja nicht so oft nach dem Rechten sehen.

Der Standard für Hygienemaßnahmen scheint ihr klar, wie man mit einer Trans-Person respektvoll und antistigmatisierend umgehen sollte aber nicht. Ich sitze da, mit verkrampften Händen unter dem Tisch und weiß nicht, was ich sagen soll. Ich bin in einem anderen Bereich eingeteilt und fühle mich unsicher als Pflegestudentin im 2. Semester einer älteren und erfahrenen Kollegin Kontra zu geben. Dass der Umgang mit der Patientin falsch ist, ist mir eigentlich klar, aber mir fehlen die Worte und das Selbstbewusstsein diesen Missstand klarzustellen. Also schweige ich und bleibe damit ein Teil des Problems.«⁶

In diesem Beispiel werden mehrere Ebenen der Nicht-Berücksichtigung von Diversität sichtbar. Der Pflegefachperson fehlt es zum einen an einer *anerkennden Haltung* gegenüber einer zu unterstützenden Person. Ihr Verhalten zeigt gewissermaßen das genaue Gegenteil: Die Patientin wird in ihrer Diversität, in ihrem So-Sein und ihrer Identität infrage gestellt. Ob sich dies auf einen eklatanten Wissensmangel oder eine geringe Bereitschaft, eine solche Haltung einzunehmen – oder beides – gründet, bleibt offen. Die fehlende Anerkennung führt mit Unkenntnis im Umgang und der Entschuldigung, nicht in Verlegenheit kommen zu wollen, dazu, dass die zu unterstützende Patientin nicht die Behandlung erfährt, die sie eigentlich erhalten müsste. Sie hat damit geringere Chancen auf eine *gerechte gesundheitliche*

6 Mit ausdrücklicher Genehmigung durch die Autorin Sophie Santos.

Versorgung. Nicht zuletzt erfährt sie aufgrund der Diversitätskategorie Geschlechtsidentität Nachteile und sogar Diskriminierung. Die diskriminierte Person hat wenig Möglichkeiten, sich dieser Behandlung zu entziehen, denn sie ist auf die Behandlung im Krankenhaus angewiesen. Sie ist abhängig und kann durch die Isolierung und ggf. auch die gesundheitlichen Einschränkungen noch nicht einmal aktiv ihre Rechte einfordern. Es folgt als Reaktion darauf, was in der Pflegepraxis in vielen Fällen passiert: Die beteiligten Personen werden nicht aktiv und greifen nicht ein, um den Missstand zu beheben. Sie unterstützen institutionell wie personell die Diskriminierung. Die Motive der zweiten Kollegin sind nicht bekannt und auch nicht deren Reaktion. Die beteiligte Studentin sieht sich in einer Machtasymmetrie durch Hierarchien, die neben einer möglichen Wissenslücke um Handlungsalternativen ebenso zu einer unterlassenen Unterstützung der Patientin oder Thematisierung der Diskriminierung führt. Sie trägt, wie sie selbst reflektiert, dazu bei, das Problem auf der Handlungsebene der privilegierten Zielgruppe unsichtbar zu machen.

Das Fallbeispiel zeigt zudem, dass Diversität untrennbar mit Fragen von Diskriminierung in der pflegerischen Versorgung verbunden ist. Aber was ist Diskriminierung eigentlich? Albert Scherr geht davon aus, dass Diskriminierung eine kategoriale Unterscheidungspraxis ist, mit der soziale Gruppen und Personen gekennzeichnet werden und die zur Begründung und Rechtfertigung gesellschaftlicher – also ökonomischer, politischer, rechtlicher, kultureller (und gesundheitlicher) – Benachteiligungen verwendet werden. Durch Diskriminierung werden auf Grundlage jeweils wirkungsmächtiger Normalitätsvorstellungen soziale Gruppen und Personen markiert, deren Status als gleichwertige und gleichberechtigte Gesellschaftsmitglieder bestritten wird. Die Normalitätsvorstellungen fungieren darüber hinaus als Identitätszuschreibungen, die zusätzlich zur sozialen Benachteiligung eine Beschädigung der Selbstachtung und der eigenen Identitätsbestimmung nach sich ziehen (vgl. Scherr 2014: 43 f.). Gerade diese Normalitätssetzungen – oder auch Differenzsetzungen – lassen sich an Begriffen des Othering wie dem *Anderssein* und *Normalität* oder der Konstruktion von *Minderheiten* und *Mehrheiten* erkennen. Dass diese Konstruktionen auch dem Erhalt von Machtverhältnissen dienen, lässt sich in der Gesellschaft z. B. an Migrationsdebatten und deren Zuschreibungskategorien nachvollziehen. Bezogen auf das Beispiel kann die machtvolle Konstruktion einer cis-geschlechtlichen Norm aufgezeigt werden. Weitere Normen neben der bereits erwähnten kulturellen und geschlechtlichen Norm z. B. das Weiß-Sein, Heterosexualität, eine deutsche Herkunft und Sprache, normgewichtige Körpermaße, Abwesenheit von physischer und psychischer Beeinträchtigung (able-body), christliche Religion etc.

In Deutschland ist der Schutz vor Diskriminierung in unterschiedlichen Teilbereichen des Rechts wie dem öffentlichen Recht (z. B. Grundgesetz), dem Strafrecht und dem Zivilrecht (z. B. Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz) verankert. Während das Diskriminierungsverbot aus Art. 3 Abs. 3 Grundgesetz (GG)

die allgemeinen Rechte von Bürger*innen formuliert, schützt das Strafrecht elementare Rechtsgüter wie körperliche Unversehrtheit, z. B. durch diskriminierende Gewalttaten. Das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) regelt den Diskriminierungsschutz im Bereich des Zivilrechts (vgl. Collien 2025: 25 f.). Das Gesundheitswesen ist einer der Bereiche, die das AGG (§ 2 Satz 5 u. 7 AGG) explizit bezüglich des Schutzes vor »Benachteiligungen aus Gründen der Rasse⁷ oder wegen der ethnischen Herkunft, des Geschlechts, der Religion oder Weltanschauung, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Identität« (§ 1 AGG) hervorhebt. Im AGG werden sechs Diskriminierungsdimensionen rechtlich geschützt. Dazu zählen: Rassistische Zuschreibungen/ethnische Herkunft, Geschlecht/Geschlechtsidentität, Religion/Weltanschauung, Be_hinderung/chronische Erkrankung, Alter sowie sexuelle Identität. Alle Arbeitgebenden in der Bundesrepublik unterliegen dem AGG. Beschäftigte und Bewerber*innen in der Pflege fallen mind. unter den Diskriminierungsschutz des AGG und können ein Beschwerderecht und Schadensersatz geltend machen – unabhängig davon, ob sie durch Patient*innen oder Kolleg*innen diskriminiert werden. Eine Ausnahme im AGG besteht für kirchliche Arbeitgeber*innen. Diese haben das Recht, von ihren Beschäftigten weltanschauliche Loyalität einzufordern (sog. Kirchenklausel). Ob und für welche Diskriminierungsmerkmale das AGG auch für Patient*innen gilt, ist noch nicht abschließend geklärt. Sie haben bisher in den meisten Bundesländern nur in privaten Gesundheitseinrichtungen die Möglichkeit einer formellen Beschwerde nach dem AGG sowie einer Klage auf Schadensersatz (vgl. Collien 2025: 26). Laut § 33c SGB I (Benachteiligungsverbot) dürfen bei der Regelung über und dem Empfang von staatlichen Sozialleistungen keine Benachteiligungen aus Gründen »der Rasse, wegen der ethnischen Herkunft oder einer Behinderung« erfolgen. Die Antidiskriminierungsstelle des Bundes spricht sich dringend für eine Erweiterung der Diskriminierungsmerkmale des AGG aus (Ernst & Young Law GmbH 2019). Hier werden vor allem die soziale Herkunft und sozioökonomische Faktoren betont. Aber auch der Familienstatus/Fürsorgeverantwortung und das äußere Erscheinungsbild, vor allem Mehrgewichtigkeit (vgl. Owusu-Boakye/Oeste 2025) werden diskutiert. Zunehmend wird auch die Beachtung der komplexen Verschränkung von Diskriminierungskategorien in Form einer intersektionalen Diskriminierung gefordert (vgl. Richter/Owusu-Boakye 2025).

3.1 Handlungsebenen von Diskriminierung im Pflege- und Gesundheitsbereich

Diskriminierung in der Pflege ist auf allen Handlungsebenen sichtbar: Die strukturelle Ebene erzeugt Diskriminierung in Form von Gesetzen und Normen; die insti-

7 Die Verwendung des Begriffs »Rasse« ist hoch umstritten, da er die Vorstellung normalisiert, dass es unterschiedliche menschliche Rassen gäbe (vgl. Cremer 2020: 4).

tionelle Ebene verweist auf Diskriminierung anhand von Routinen, Regeln, Organisationsstrukturen oder Kulturen in Gesundheitseinrichtungen und Institutionen der Pflege; die individuelle Ebene beschreibt das Denken und Handeln von Personen oder Gruppen, die von Vorurteilen bis hin zu Hass gegenüber bestimmten Gruppen geprägt ist, die sich jeweils benachteiligend auswirken können. Durch die Verwobenheit der drei Ebenen prägen sie die pflegerische Arbeitswelt sowie den Alltag der zu Pflegenden, indem z. B. Gesetze bestimmte Zielgruppen benachteiligen, Personengruppen herabwürdigend beschrieben und ihnen ihre Rechte nicht zugestanden werden oder spezifische Lebenslagen keine Berücksichtigung finden.

Diskriminierung im Pflege- und Gesundheitsbereich auf der *individuellen Ebene* wäre gegeben, wenn eine weibliche Pflegefachperson von ihrem Stationsleiter mit sexualisierten Bemerkungen über ihr Äußeres belästigt wird und damit Sexismus am Arbeitsplatz ausgesetzt ist (Diversitätskategorie Geschlecht). Oder wenn eine Pflegefachperson mit Unverständnis darauf reagiert, wenn eine pflegebedürftige *be_hinderte* Person äußert, dass sie gerne eine Sexualassistentin hätte und ihr möglicherweise damit das Recht auf selbstbestimmte Sexualität und dahingehende Bedarfe infrage gestellt werden (Diversitätskategorie *Be_hinderung*). Eine individuelle Diskriminierung wäre es ebenso, wenn eine *trans** männliche Person trotz mehrmaligem Verweis von einer Pflegefachperson mit der Anrede *Frau* angesprochen wird (Diversitätskategorie Geschlechtsidentität) (vgl. Collien 2025: 30).

Diskriminierung im Pflege- und Gesundheitsbereich auf der *institutionellen Ebene* wird beispielsweise sichtbar, wenn das Registrierungssystem einer Klinik das Geschlecht nur in zwei Kategorien (weiblich und männlich) erfasst. Eine non-binäre Person kann trotz der weiteren Optionen des Personenstandregisters – divers oder gar kein Eintrag – nicht in ihrem Geschlecht erfasst werden (Diversitätskategorie Geschlechtsidentität). Wenn es in einer Großstadt keine gynäkologische Praxis gibt, die im Rollstuhl zugänglich ist oder über einen barrierefreien gynäkologischen Stuhl verfügt, ist dies ebenfalls eine Diskriminierung, da dadurch Personen im Rollstuhl keinen Zugang zu einer wohnortnahen gesundheitlichen Versorgung haben (Diversitätskategorie *Be_hinderung* und ggf. Geschlecht). Eine institutionelle Diskriminierung besteht auch, wenn eine mehrgewichtige Person beim Röntgen, MRT oder CT Nachteile hat, da die Liegen zu schmal sind, um eine gute Positionierung und damit aussagekräftige Bilder zu erhalten (vgl. Collien 2025: 32) oder nur bis zu einem max. Höchstgewicht von ca. 130 kg ausgelegt sind. Das gleiche gilt für RR-Manschetten zur Blutdruckmessung oder OP-Hemden zur Bedeckung der Körperblöße (Diversitätskategorie Gewicht) (vgl. Owusu-Boakye/Oeste 2025: 159).

Strukturelle Diskriminierung im Pflege- und Gesundheitsbereich liegt dann vor, wenn ein kirchlicher Träger einer Pflegeeinrichtung einen katholischen Mitarbeiter entlässt, nachdem er am Arbeitsplatz öffentlich gemacht hat, dass er mit einem Mann verheiratet ist. Die Kündigung wird mit Verweis auf einen Loyalitätsverstoß ausgesprochen (Diversitätskategorie sexuelle Identität). Trotz Diskriminie-

rungsverbot aufgrund des AGG lässt die sog. *Kirchenklausel* in bestimmten Fällen eine arbeitsplatzbezogene Diskriminierung zu (vgl. Collien 2025: 33). Eine geflüchtete Person, die aufgrund des Aufenthaltsstatus nur eine eingeschränkte gesundheitliche Versorgung erhält (vgl. § 4 AsylbLG), wird strukturell diskriminiert. Wenn die Person z. B. ein Trauma aufgrund der Fluchtumstände erlitten hat, erhält sie keine ambulante psychotherapeutische Versorgung und kann ihr Menschenrecht auf Gesundheit nicht zur Geltung bringen (Diversitätskategorie Herkunft) (vgl. Bartig u. a. 2021: 28).

3.2 Auswirkungen von Diskriminierung in der Pflege

Trotz limitierter Forschungslage kann zusammenfassend festgehalten werden, dass gesellschaftliche Diskriminierung aufgrund der Diversität von Menschen ein erhöhtes Stresspotenzial mit sich bringt und die Gesundheit massiv beeinträchtigt (vgl. Rafii u. a. 2019). Vor allem Auswirkungen auf die mentale Gesundheit wie Angst und Depression (vgl. Alvarez u. a. 2021) werden beschrieben. So ist z. B. das Suizidrisiko bei queeren Menschen wesentlich höher als in der Allgemeinbevölkerung, insbesondere bei queeren Jugendlichen (vgl. Plöderl 2016). Gerade der sog. *Minoritystress*, der in Bezug auf LGBTIQ+-Personen analysiert wurde, legt nahe, dass diese aufgrund von Erfahrung mit Stigmatisierung, Vorurteilen und Diskriminierung grundsätzlich einem höheren Stressniveau ausgesetzt sind als die Allgemeinbevölkerung, was sich auf deren physisch-psychische Gesundheit auswirken kann (vgl. Frost/Meyer 2023). Das Modell bestätigte sich mittlerweile auch bei anderen diskriminierten Zielgruppen u. a. auch bei rassifizierten Menschen. Hier ist zusätzlich erforscht, dass der Stress durch die tägliche Konfrontation mit Rassismen, Praktiken der gesellschaftlichen Ausgrenzung, physischer Gewalt etc. sowie die Antizipation der nächsten Diskriminierungserfahrung zu einem Erschöpfungssyndrom, der sog. *Racial Battle Fatigue*, führen kann, dessen Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung ähneln (vgl. Goodman 2018; Smith u. a. 2016).

Diskriminierte *pflegebedürftige Menschen* erhalten eine schlechtere Qualität der Versorgung (vgl. Richter/Owusu-Boakye 2025). Aufgrund des seit 2020 von der Bundesregierung beauftragten Rassismus- und Diskriminierungsmonitors sind in Deutschland Auswirkungen rassistischer Diskriminierung besser erforscht als andere Diskriminierungsformen. Hier zeigt sich u. a., dass viele rassifizierte Personen, insbesondere Schwarze, muslimische und asiatische Frauen erleben, dass ihre gesundheitlichen Beschwerden nicht bzw. weniger ernst genommen werden (vgl. DeZIM 2023: 8). Zudem kann eine mangelnde Diversitätskompetenz von Pflegefachpersonen zu gesundheitlichen Risiken führen, wenn z. B. in Notfallsituationen Hämatome oder eine Zyanose bei Schwarzen Menschen nicht beurteilt werden kann, da in der Ausbildung die Hautbeurteilung einseitig anhand

weißer Menschen gelehrt wird (vgl. Golsabahi-Brocławski 2021). Ähnliche Lücken bestehen u. a. auch bei der sexuellen Identität (vgl. Eickhoff 2021) und Behinderung (vgl. Schniering/Frederich 2025; Nadolny u. a. 2023; Scullion 2000). Erlebte Diskriminierung kann beispielsweise zu mangelnder Kooperation bei Gesundheitsmaßnahmen, Therapieabbruch (vgl. Ziegler/Beelmann 2009) oder der Meidung des Gesundheitswesens führen (vgl. Alvarez u. a. 2021). Besonders eindrücklich hat sich dies in einer Studie hinsichtlich von Trans*-Personen in Deutschland gezeigt: Als eine der Handlungsstrategien des Selbstschutzes vor tatsächlicher und erwarteter Diskriminierung wurden die Flucht oder die Meidung des Gesundheitssystems identifiziert. Termine wurden beispielsweise verzögert vereinbart oder gesundheitliche Leistungen gar nicht in Anspruch genommen (vgl. Richter u. a. 2025). Diese Strategien haben nachteilige Folgen auf die Gesundheit.

Pflegefachpersonen können sowohl von zu Pflegenden als auch von ihren Kolleg*innen diskriminiert werden. Auch hier sind die Auswirkungen in Bezug auf Rassismus besser erforscht. So führen die durch Diskriminierung ausgelösten vielfältigen Stressoren zu psychischen Auswirkungen wie Depressionen, Angstzuständen, Burnout, aber auch zu Substanzmissbrauch und Suizid. Insbesondere bei der kollegialen Diskriminierung zeigt sich, dass diese eine Senkung der Sicherheit der zu Pflegenden bewirken kann (vgl. Bailey 2013). Auch in Bezug auf andere Diversitätskategorien lassen sich bei Diskriminierung Auswirkungen wie eine hohe arbeitsbezogene Fluktuation analysieren (vgl. Truitt/Snyder 2020), die neben einer reduzierten Arbeitszufriedenheit und -qualität auch zu Kündigungen führen kann (vgl. Rhead u. a. 2020; Barra/Singh Hernandez 2018; Pung/Goh 2017). Unter anderem vor dem Hintergrund des Pflegefachpersonenmangels ist dies von großer Relevanz.

In der *Pflegebildung* sind zudem drei relevante Auswirkungen ersichtlich: Zum einen führen stereotype Bilder über den Pflegeberuf dazu, dass der Pflegeberuf von diskriminierten Zielgruppen nicht oder seltener angewählt wird und dadurch Ausschlüsse produziert werden (vgl. Serrano u. a. 2023; Houlahan u. a. 2022; Metzger u. a. 2020). Zum anderen können diejenigen, die trotzdem eine Ausbildung oder ein Studium im Bereich Pflege aufnehmen, durch Diskriminierungseffekte in ihrem Lernprozess gehindert werden, indem die Aufmerksamkeit notgedrungen auf die Verarbeitung von Diskriminierungserfahrungen gelenkt wird. Hinzu kommen Kompetenzlücken in der Pflegebildung in Bezug auf einen reflexiven Umgang mit Diversität und Diskriminierung. In der Pflegebildung erlernen Auszubildende und Studierende häufig wenig Handlungsmöglichkeiten im Umgang mit Diversität und können zudem durch Stereotype und Vorurteile vorsozialisiert werden (vgl. Burton u. a. 2021; Calloway/Copeland 2021).

4. Handlungsimpulse zur Antidiskriminierung und Integration von Diversität in der Pflege

Generell bedarf es eines konstruktiven Umgangs mit Diversität in der Pflege, einer Diversitätskompetenz aller beteiligten Personen (vgl. Richter 2024: 213 f.) und diversitätssensibler Strukturen und institutioneller Prozesse, welche eben nicht nur auf die Diversität bestimmter Zielgruppen abzielen, sondern auf die Diversität *aller* in der Einrichtung befindlichen Personen (vgl. Hockings 2010: 3 f.). Neben einem diversitätstheoretischen Wissen, einer systematischen Selbstreflexion der eigenen Diversität, einer diversitätssensiblen Handlungskompetenz (vgl. Hussain/Hofmann 2013: o. S.) fordert Diversitätskompetenz ein, sich selbst und die eigene Machtposition im (Pflege-)Handeln zu analysieren und Normen privilegierter Gruppen zu hinterfragen. In diesem Sinne muss auf allen Ebenen der Einrichtungen des Gesundheitswesens – sei es die Pflegepraxis, das Pflege- management oder die Pflegebildung – nachdrücklich reflektiert werden, wer in welchen Kontexten über wen und was und mit welchen Vorannahmen spricht, um epistemische Gewalt und Vorherrschaft zu vermeiden. Bestimmt beispielsweise die weiße Pflegedirektion darüber, ob in einer Pflegeeinrichtung Rassismus vorliegt oder nicht oder die davon betroffenen BIPOC⁸ (vgl. Richter 2024: 213)? Werden auch ausdrücklich Pflegendе bei der Umstrukturierung von Arbeitsbedingungen mit einbezogen, die am meisten darunter leiden, wie z. B. ältere und chronisch kranke Pflegefachpersonen?

In einigen Einrichtungen ist der Einbezug von Diversität nur ein symbolisches Aushängeschild (*Tokenism*), um den Eindruck von Vielfalt, Inklusion oder Gleichberechtigung zu erwecken, ohne jedoch tatsächlich substanzielle Veränderungen oder Fortschritte in diesen Bereichen zu bewirken. Marginalisierte Gruppen erhalten dann häufig eine Alibifunktion, die z. B. in Pauschalaussagen wie ›*Wir haben doch eine Chefärztin*‹ (in der Gynäkologie) oder ›*Bei uns arbeiten doch viele Schwarze Menschen*‹ (als Reinigungskräfte) sichtbar werden kann. Im Gegensatz dazu sind diversitätssensible Einrichtungen daran erkennbar, dass dort alle Menschen in ihrer Diversität und mit ihren Risiken hinsichtlich spezifischer Diskriminierungserfahrungen anerkannt werden. Sie zeigen sich in ihrer Haltung, Gestaltung und Reflexionsfähigkeit als Einrichtungen, in denen Benachteiligung und Diskriminierung vermieden, exkludierende Strukturen abgebaut werden und Diversität aktiv einbezogen und berücksichtigt wird (vgl. Richter 2024: 213).

Zudem sollte auch den unterschiedlichen Wirkmechanismen von Diskriminierung Rechnung getragen werden. Diskriminierung kann Menschen verletzen, in

8 BIPOC (= Black Indigenous, Person of Colour) ist eine Selbstbezeichnung von Menschen, die aufgrund ihrer äußeren Erscheinung von Rassismus betroffen sind (vgl. Arndt/Hornscheidt 2018: 14).

ihrer Integrität zerstören oder gar töten. Vor allem aber wirkt sie sich nachteilig auf die Gesundheit aus. Durch Diskriminierung aufgrund von Diversitätsmerkmalen können allerdings auch Ressourcen entstehen, wie z. B. Widerstandsressourcen, welche diskriminierte Menschen stärken. Dies kann u. a. auch dadurch gefördert werden, dass Menschen Zugang zu Personen aus Communities haben bzw. zu Menschen mit ähnlichen Diskriminierungserfahrungen (vgl. Richter u. a. 2025: o. S.). Dieser Raum des Austauschs kann ein Merkmal einer diversitätssensiblen Einrichtung sein, wie auch das Bewusstsein für die Ambiguität von Diskriminierungserfahrungen.

Diversitätssensible Einrichtungen verfügen über ein Diversity Management, welches eine *diskriminierungskritische Organisationsentwicklung* verantwortet, in der alle Personen in den Einrichtungen in der Entwicklung ihrer Diversitätskompetenz gestärkt werden. Dies betrifft nicht nur Pflege- und andere Gesundheitsfachberufe oder medizinisches Personal, sondern auch administratives oder Servicepersonal, wie auch die Managementebene und die Pflegebildung. Hier sollte es Angebote zum Ausbau und zur Vertiefung von Diversitätskompetenz aller Mitarbeitenden (z. B. durch Fort- und Weiterbildungen, Teamentwicklungsprozesse etc.) geben. Das dahingehende Angebot sollte neben einer generellen Sensibilisierung und einem Wissenszuwachs auch reflexive Elemente und Handlungskompetenzen hinsichtlich Diversität – aber auch Antidiskriminierung – integrieren. Zudem sollten neben einem Monitoring auch Beschwerde- und Beratungsstellen sowie Schutzkonzepte vorliegen, die insbesondere Diskriminierungsrisiken wie -erfahrungen, aber auch (räumliche, sprachliche etc.) Barrierefreiheit fokussieren. Zudem kann neben einer Überprüfung der Diversitätskompetenz eine diversitätsbewusste Personalauswahl hinsichtlich der Bewerber*innen erfolgen (vgl. Richter 2024: 217). Qualifizierungen der Einrichtungen wie das LGBTIQ+-Gütesiegel *Vielfalt pflegen* können dabei helfen, die Einrichtungen strukturiert zu verändern und dies nach außen sichtbar zu machen (vgl. Collien 2025: 38).

In der *Pflegebildung* könnte Diversitätskompetenz über die Organisationsentwicklung gefördert werden (vgl. Dreas/Raststetter 2020), z. B. orientiert an der Idee einer inklusiven, diversitätswertschätzenden Bildungseinrichtung. Bisher stehen solchen Entwicklungen noch einige Herausforderungen entgegen: Erstens können in allen Bildungskontexten Normvorstellungen und Wissensbestände dominieren, die auf ein rassialisiertes, heteronormatives, mittelschichtorientiertes und ableistisches etc. Verständnis zurückgehen und dahingehend den Unterricht beeinflussen (vgl. Riegel 2022: 9). Zweitens werden häufig ausschließlich einzelne Diversitätsdimensionen betrachtet und dadurch eine zunehmend mehrdimensionale bzw. intersektionale Diskriminierung verdeckt (vgl. Li u. a. 2022; Christian u. a. 2021; Matheson u. a. 2019). Und drittens finden sich innerhalb der einzelnen Kategorien häufig reduzierte Verständnisse, wie sich am Beispiel Gender und einer ausschließlich binären Geschlechterordnung aufzeigen lässt (vgl. Riegel 2022: 10).

Eine Grundherausforderung in der Pflegebildung ist zudem die Diversitätskompetenz von Pflegelehrenden. National wie international zeigt sich, dass diese sowohl verstärkt als auch ausgebaut werden müsste (vgl. Richter 2023; Valdez u. a. 2023). Hier sollte einleitend angesetzt werden, beispielsweise über die generelle Sensibilisierung für diversitätsbezogenen Themen und den Besuch von Fort- und Weiterbildungen. Auf der strukturellen Ebene könnte Diversität stärker in Rahmenlehrplänen und Curricula etc. regelhaft verankert werden (vgl. Richter 2024). Zu überprüfen ist außerdem, welche Diversitätskategorien in diesen Ordnungsgrundlagen (v. a. in den Rahmenlehrplänen) bereits aufgegriffen wurden, welche nicht und wie diese mit anderen Diversitätskategorien interagieren. Zentrale Grundlage sollte ein kritisch-dekonstruierendes und umfassendes Verständnis von Diversität sein, über das Intersektionalität als analytische Perspektive der wechselseitigen Beeinflussung verschiedener Dimensionen (vgl. Degele/Winker 2007) in den Unterricht einbezogen werden kann. Zusätzlich sollten institutionelle Normen und Wissensbestände auf ihre jeweiligen Verständnisse kritisch überprüft werden und Lücken auf der methodischen wie thematischen Ebene aufgedeckt und geschlossen werden. Ein gutes Beispiel hierfür wäre z. B. Hautbeobachtung anhand diverser Hauttönungen zu lehren.⁹

Damit sich Diversität anerkennend und nicht diskriminierend in der Pflegepraxis niederschlagen kann und Menschen – Pflegende wie zu Pflegende – nicht durch Diskriminierungserfahrungen beschädigt werden, braucht es einen offenen und reflektierten Umgang mit Diversität. Dieser baut vor allem auf institutionellen und individuellen Veränderungen auf und setzt diversitätssensible Institutionen wie auch Menschen voraus, die sich aktiv für einen Einbezug von Diversität und Antidiskriminierung einsetzen. Hierfür sind einige Handlungsimpulse aufgezeigt worden.

Literatur

- Alvarez, Carmen/Hines, Anika L./Carson, Kathryn A./Andrade, Nadia/Ibe, Chidinma A./Marsteller, Jill A./Cooper, Lisa A./RICH LIFE Project Investigators (2021). Association of Perceived Stress and Discrimination on Medication Adherence among Diverse Patients with Uncontrolled Hypertension. In: *Ethnicity & Disease*, 31 (1).
- Arndt, Susan/Hornscheidt, Antje (Hg.) (2018). *Afrika und die deutsche Sprache*. Münster: Unrast.

9 An dieser Stelle sei auf das praxisorientierte Handbuch »Mind the Gap: A handbook of clinical signs in Black and Brown skin« von Malone Mukwende u. a. (2020) hingewiesen. Online: <https://www.blackandbrownskin.co.uk/mindthegap> (Abruf: 06.10.2025).

- Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) (1993). Online: <https://www.gesetze-im-internet.de/asylblg/BJNR107410993.html> (Abruf: 13.09.2025).
- Baader, Meike (2013). Diversity Education in den Erziehungswissenschaften. In: Hauenschild, Katrin/Robak, Steffi/Sievers, Isabel (Hg.). Diversity Education. Zugänge – Perspektiven – Beispiele. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel.
- Bailey, Lorraine D. (2013). Horizontal hostility: Why you should care? In: *Adv Neonatal Care*, 13 (1), S. 41–47.
- Barber, Christopher (2015). Disability discrimination in healthcare services and employment. In: *Nursing Standard*, 30 (5), S. 40–45.
- Barra, Maryanne/Singh Hernandez, Samatha S. (2018). Too big to be seen. Weight-based discrimination among nursing students. In: *Nursing Forum*, 53 (4), S. 529–534.
- Bartig, Susanne/Kalkum, Dorina/Le, Ha M./Lewicki, Aleksandra (2021). Diskriminierungsrisiken und Diskriminierungsschutz im Gesundheitswesen – Wissensstand und Forschungsbedarf für die Antidiskriminierungsforschung. Online: https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/Expertisen/diskrimrisiken_diskrimschutz_gesundheitswesen.html (Abruf: 13.09.2025).
- Berenstein, Nora (2016). Epistemic Exploitation. In: *Ergo* 3 (22), S. 569–590.
- Bundesagentur für Arbeit (2025). Online: <https://www.arbeitsagentur.de/presse/2025-21-tag-der-pflege-neue-pflegekraefte-kommen-vor-allem-aus-dem-ausland> (Abruf: 02.10.2025).
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2025). Ausbildungs-offensive Pflege. Online: <https://www.bmbfsfj.bund.de/bmbfsfj/the-men/aeltere-menschen/berufsfeld-pflege/ausbildungs-offensive-pflege> (Abruf: 16.10.2025).
- Burton, Candace W./Nolasco, Kevin/Holmes, Dave (2021). Queering nursing curricula: Understanding and increasing attention to LGBTQIA+ health needs. In: *Journal of Professional Nursing*, 37 (1), S. 101–107.
- Calloway, Kristie/Copeland, Darcy (2021). Acute care nurses' attitudes toward nursing students with disabilities: A focused ethnography. In: *Nurse Education in Practice*, 51, 102960.
- Chambers, Brittany D./Arabia, Silvia E./Arega, Helen A./Altman, Molly R./Berkowitz, Rachel/Feuer, Sky K./Franck, Linda S./Gomez, Anu M./Kober, Kord/Pacheco-Werner, Tania/Paynter, Randi A./Prather, Aric A./Spellen, Solaire A./Stanley, Darcy/Jelliffe-Pawlowski, Laura L./McLemore, Monica R. (2020). Exposures to structural racism and racial discrimination among pregnant and early post-partum Black women living in Oakland, California. In: *Stress and Health*, 36 (2), S. 213–219.
- Christian, Lisa M./Cole, Steve W./McDade, Thomas/Pachankis, John E./Morgan, Ethan/Strahm, Anna M./Kamp Dush, Claire M. (2021). A biopsychosocial frame-

- work for understanding sexual and gender minority health: A call for action. In: *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 129, S. 107–116.
- Collien, Isabel (2025). Diskriminierung begegnen, Potenziale von Vielfalt nutzen. Wie Diskriminierung Pflegefachkräften, Patient*innen und Organisationen im Gesundheitswesen schadet – und was wir dagegen tun können. In: Richter, Miriam T./Owusu-Boakye, Sonja (Hg.). *Diskriminierung in der Pflege*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Cremer, Hendrik (2020). Rassistische Diskriminierung. Deutsches Institut für Menschenrechte (Hg.). Online: https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/Redaktion/Publikationen/Analyse_Studie/Analyse_Verbot_rassistischer_Diskriminierung.pdf (Abruf: 13.09.2025).
- Czollek, Leah C./Perko, Gudrun/Kaszner, Corinne/Czollek, Maximilian (2019). *Praxishandbuch Social Justice und Diversity. Theorien, Training, Methoden, Übungen*. (2. Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Degele, Nina/Winker, Gabriele (2007). Intersektionalität als Mehrebenenanalyse. Online: <https://www.soziologie.uni-freiburg.de/personen/degele/dokumente-publikationen/intersektionalitaet-mehrebenen.pdf> (Abruf: 13.09.2025).
- DeZIM (Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung) (2023). *Rassismus und seine Symptome*. Bericht des Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitors. Berlin. Online: https://www.rassismusmonitor.de/fileadmin/user_upload/NaDiRa/Rassismus_Symptome/Rassismus_und_seine_Symptome.pdf (Abruf: 16.10.2025).
- Dibelius, Olivia/Piechotta-Henze, Gudrun (2020) (Hg.). *Menschenrechtsbasierte Pflege. Plädoyer für die Achtung und Anwendung von Menschenrechten in der Pflege*. Göttingen: Hogrefe.
- Domenig, Dagmar (2017). Das Konzept der transkulturellen Kompetenz. In: Domenig, Dagmar (Hg.). *Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe* (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Drabish, Kerry/Theeke, Laurie A. (2022). Health Impact of Stigma, Discrimination, Prejudice, and Bias Experienced by Transgender People. A Systematic Review of Quantitative Studies. In: *Issues in Mental Health Nursing*, 43 (2), S. 111–118.
- Dreas, Susanne/Rastetter, Daniela (2016). Die Entwicklung von Diversity Kompetenz als Veränderungsprozess. In: Genkova, Petia/Ringeisen, Tobias (Hg.). *Handbuch Diversity Kompetenz. Band 1: Perspektiven und Anwendungsfelder*. Wiesbaden: Springer.
- Ehret, Rebekka (2011). Diversity – Modebegriff oder eine Chance für den strukturellen Wandel? In: Keuk, Ghaderi van/Joksimovic, David (Hg.). *Diversity. Transkulturelle Kompetenz in klinischen und sozialen Arbeitsfeldern*. Stuttgart: Kohlhammer.

- Eickhoff, Carsten (2021). Identifying Gaps in LGBTQ Health Education in Baccalaureate Undergraduate Nursing Programs. In: *Journal of Nursing Education*, 60 (10), S. 552–558.
- Ernst & Young Law GmbH (2019). Rechtsexpertise zum Bedarf einer Präzisierung und Erweiterung der im Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz genannten Merkmale. Online: https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/Expertisen/rechtsexpertise_merkmalserweiterung_im_agg.pdf?__blob=publicationFile&v=3 (Abruf: 23.11.2025).
- Fenstermaker, Sarah/West, Candace (2001): »Doing Difference« revisited. Probleme, Aussichten und der Dialog in der Geschlechterforschung. In: Heintz, Bettina (Hg.). *Geschlechtersoziologie. Sonderheft 41 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, S. 236–249.
- Frost, David M./Meyer, Ilan H. (2023). Minority Stress theory: Application, critique, and continued relevance. In: *Curr Opin Psychol*, 51, 101579.
- Gahlen-Hoops, Wolfgang von (2019). Berufliche Fachrichtung und Fachdidaktik Gesundheit und Pflege. In: Kalisch, Claudia/Kaiser, Franz (Hg.). *Berufsbildung, Arbeit und Innovation: V.48. Bildung beruflicher Lehrkräfte. Wege in die pädagogische Königsklasse*. Bielefeld: wbv Publikation.
- Golsabahi-Broclawski, Solmaz (2021). Rassismus im medizinischen Alltag und in der Lehre. In: *impulse für Gesundheitsförderung*, 110 (1), S. 8–9.
- Goodman, Morgan (2018). Racial Battle Fatigue: What is it and What are the Symptoms? Oregon Center for Educational Equity. Online: https://teach.ucmerced.edu/sites/g/files/ufvvhj1831/f/page/documents/racial_battle_fatigue_-_handout.pdf (Abruf: 10.10.2025).
- Habermann, Monika/Stagge, Maya (2015). Menschen mit Migrationshintergrund in der professionellen Pflege. In: Zängl, Peter (Hg.). *Zukunft der Pflege*. Wiesbaden: Springer VS, S. 159–175.
- Handlovsky, Ingrid/Bungay, Vicky/Oliffe, John/Johnson, Joy (2018). Developing Resilience. Gay Men's Response to Systemic Discrimination. In: *American Journal of Men's Health*, 12 (5), S. 1473–1485.
- Heinemann, Alisha M. B./Pape, Norman/Kakkattil, John M. (2020). Zum Umgang mit Heterogenität in der Ausbildung von Pflegefachpersonen. In: Darmann-Finck, Ingrid/Sahmel, Karl-Heinz (Hg.). *Pädagogik im Gesundheitswesen*. Heidelberg, Berlin: Springer.
- Hockings, Christine (2010). Inclusive Learning and Teaching in Higher Education. A Synthesis of Research. Online: https://s3.eu-west-2.amazonaws.com/assets.creode.advancehe-document-manager/documents/hea/private/inclusive_teaching_and_learning_in_he_synthesis_200410_o_1568037026.pdf (Abruf: 18.09.2025).

- Houlahan, Bridget/Deveneau, Liliana/Robinson, Jamie (2022). The lasting effects of historical racial divides in nursing education: A case study examining holistic admission policies development. In: *Nurse Education Today*, 114, 105392.
- Hussain, Surur/Hofmann, Roswitha (2013). Diversitätsmanagement in der Erwachsenenbildung. Online: <https://erwachsenenbildung.at/themen/diversitymanagement> (Abruf: 18.09.2025).
- ICN – International Council of Nurses (2021). Der ICN-Ethikkodex für Pflegefachpersonen. ICN. Online: https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/publikationen/ICN_Code-of-Ethics_DE_WEB.pdf (Abruf: 18.09.2025).
- Kilomba, Grada (2023). *Plantation Memories. Episodes of Everyday Racism*. (7. Aufl.). Münster: Unrast.
- Kollender, Ellen (2020). Eltern-Schule-Migrationsgesellschaft. Neuformation von rassistischen Ein- und Ausschlüssen in Zeiten neoliberaler Staatlichkeit. Bielefeld: transcript.
- Leininger, Madeleine (2002). Culture care theory. A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. In: *Journal of transcultural nursing*, 13 (3), S. 189–192.
- Leiprecht, Rudolf (2008). Eine diversitätsbewusste und subjektorientierte Sozialpädagogik. In: *Neue Praxis. Zeitschrift für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Sozialpolitik*, 38 (4), S. 427–439.
- Li, Chien-Ching/Matthews, Alicia K./Yen, Pei-Shan/Chen, Yi-Fan/Dong, Xinqi (2022). The influence of perceived discrimination in healthcare settings on psychological distress among a diverse sample of older Asian Americans. In: *Aging & Mental Health*, 26 (9), S. 1874–1881.
- Linde, Frank/Auferkorte-Michaelis, Nicole (2018). Entwicklung von Diversity-Kompetenz. In: Linde, Frank/Auferkorte-Michaelis, Nicole (Hg.). *Diversität lernen und lehren – ein Hochschulbuch*. Opladen u. a.: Barbara Budrich.
- Lu, Li/Dong, Min/Lok, Grace K. I./Feng, Yuan/Wang, Gang/Ng, Chee H./Ungvari, Gabor S./Xiang, Yu-Tao (2020). Worldwide prevalence of sexual harassment towards nurses: A comprehensive meta-analysis of observational studies. In: *Journal of Advanced Nursing*, 76 (4), S. 980–990.
- Matheson, Kimberly/Foster, Minda D./Bombay, Amy/McQuaid, Robyn J./Anisman, Hymie (2019). Traumatic Experiences, Perceived Discrimination, and Psychological Distress Among Members of Various Socially Marginalized Groups. In: *Frontiers in Psychology*, 10, 416.
- Messerschmidt, Astrid (2013). Über Verschiedenheit verfügen? Heterogenität und Diversity zwischen Effizienz und Kritik. In: Kleinau, Elke/Rendtorff, Barbara (Hg.). *Differenz, Diversität und Heterogenität in erziehungswissenschaftlichen Diskursen*. Opladen u. a.: Barbara Budrich.
- Metzger, Maureen/Dowling, Tomeka/Guinn, Janice/Wilson, Daniel T. (2020). Inclusivity in Baccalaureate Nursing Education: A Scoping Study. In: *Journal of Pro-*

- fessional Nursing. Official Journal of the American Association of Colleges of Nursing, 36 (1), S. 5–14.
- Murrar, Sohad/Baqai, Benish/Padela, Aasim I. (2023). Predictors of Perceived Discrimination in Medical Settings Among Muslim Women in the USA. In: Journal of Racial and Ethnic Health Disparities, 11, S. 150–156.
- Nadolny, Stephan/Brulan, Dirk/Grunwald, Marie/Gröndahl, Annika/Grammatico, Jessica/Richter, Miriam T./Grebe, Christian/Lattek, Anne-Dörte (2023). Case management and care expertise as a prevention approach for adults with intellectual disabilities (FaPP-MgB). Study protocol for a randomized-controlled trial. In: Trials, 24 (1), S. 136.
- Owusu-Boakye, Sonja/Oeste, Nicole (2025). Körpergewicht – Ein bisher kaum berücksichtigtes Diskriminierungsmerkmal mit großer (Aus-)Wirkung. In: Richter, Miriam T./Owusu-Boakye, Sonja (Hg.). Diskriminierung in der Pflege. Stuttgart: Kohlhammer.
- Plöderl, Martin (2016). LSBTI und psychische Gesundheit: Fakten und Erklärungsmodelle. Psychotherapie-Wissenschaft, 6 (2), S. 140–151.
- Pung, Li-Xin/Goh, Yong-Shian (2017). Challenges faced by international nurses when migrating: An integrative literature review. In: International Nursing Review, 64 (1), S. 146–165.
- Qamar, Alisha I./Mecheril, Lynn/Owusu-Boakye, Sonja/Richter, Miriam T. (2025). Diskriminierung in der Pflege aufgrund der Religion am Beispiel von Muslim*innen und muslimisierten Menschen. In: Richter, Miriam T./Owusu-Boakye, Sonja (Hg.). Diskriminierung in der Pflege. Stuttgart: Kohlhammer.
- Rafii, Forough/Ghezaljah, Tahereh N./Nasrollah, Sepideh (2019). Discriminative nursing care: A grounded theory study. In: J Family Med Prim Care, 8 (7), S. 2289–2293.
- Remmers, Hartmut/Kohlen, Helen (Hg.) (2010). Bioethics, Care and Gender. Osnabrück: Vandenhoeck & Ruprecht unipress.
- Rhead, Rebecca D./Chui, Zoe/Bakolis, Ioannis/Gazard, Billy/Harwood, Hannah/MacCrimmon, Shirlee/Woodhead, Charlotte/Hatch, Stephani L. (2020). Impact of workplace discrimination and harassment among National Health Service staff working in London trusts. Results from the TIDES study. In: BJPsych Open, 7 (1), e10.
- Richter, Miriam T. (2024). Intersektionale Diversity Perspektiven in der Pflegedidaktik. In: Ertl-Schmuck, Roswitha/Hänel, Jonas/Fichtmüller, Franziska (Hg.). Pflegedidaktik als Disziplin – eine systematische Einführung. (2. Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Richter, Miriam T./Owusu-Boakye, Sonja (Hg.) (2025). Diskriminierung in der Pflege. Stuttgart: Kohlhammer.
- Richter, Miriam T./Fütty, Tamas J./Trautwein, Ray/Lankenau, Lando/Rupp, Kilian/Hampel, Anna (2025). Gesundheitsförderung in Lebenswelten von trans* Men-

- schen. In: Prävention und Gesundheitsförderung. <https://doi.org/10.1007/s11553-025-01202-x>.
- Riegel, Christine (2022). Differenzverhältnisse in pädagogischen Räumen. In: Akbaba, Yalız/Buchner, Tobias/Heinemann, Alisha M. B./Pokitsch, Doris/Thoma, Nadja (Hg.). *Lehren und Lernen in Differenzverhältnissen. Interdisziplinäre und Intersektionale Betrachtungen*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Scherr, Albert (2014). *Diskriminierung und soziale Ungleichheiten*. Wiesbaden: Springer VS.
- Schniering, Stefanie/Frederich, Beatrice (2025). Diskriminierung von Menschen mit Behinderung in der Pflege. In: Richter, Miriam T./Owusu-Boakye, Sonja (Hg.). *Diskriminierung in der Pflege*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schwass, Theresa (2025). Von kultursensibler zu diversitätssensibler Altenpflege: Einblicke in die häusliche Pflege älterer Migrant*innen in Berlin. *DeZIM Working Papers 4*, Berlin: Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (DeZIM). Online: https://www.dezim-institut.de/fileadmin/user_upload/fis/publikation_pdf/FA-6322.pdf (Abruf: 22.09.2025).
- Scullion, Philip (2000). Disability as an equal opportunity issue within nurse education in the UK. In: *Nurse Education Today*, 20 (3), S. 199–206.
- Serrano, Yosmel/Dalley, Carrie B./Crowell, Nancy A./Eshkevari, Ladan (2023). Racial And Ethnic Discrimination During Clinical Education and Its Impact on the Well-Being of Nurse Anesthesia Students. In: *AANA Journal*, 91 (4), S. 259–266.
- Smith, Lance C./Shin, Richard Q. (2014). Queer blindfolding. A case study on difference »blindness« toward persons who identify as lesbian, gay, bisexual, and transgender. In: *Journal of homosexuality*, 61 (7), S. 940–961.
- Smith, William A./Mustaffa, Jalil B./Jones, Chantal M./Curry, Tommy J./Allen, Walter (2016). ›You make me wanna holler and throw up both my hands!‹: campus culture, Black misandric microaggressions, and racial battle fatigue. In: *Int J Qual Stud Educ*, 29 (9), S. 1189–1209.
- Statistisches Bundesamt (2024a). *Geschlechterverteilung unter sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Pflege und insgesamt in Deutschland im Jahr 2024*. Statistisches Bundesamt. Online: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1029877/umfrage/verteilung-von-pflegekraefte-in-deutschland-nach-pflegeart-und-geschlecht/> (Abruf: 10.10.2025).
- Statistisches Bundesamt (2024b). *Bedarf an Pflegekräften*. Statistisches Bundesamt. Online: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/172651/umfrage/bedarf-an-pflegekraeften-2025/> (Abruf: 22.09.2025).
- Trautmann, Matthias/Wischer, Beate (2011). *Heterogenität in der Schule. Eine kritische Einführung*. Wiesbaden: VS.

- Truitt, Anjali R./Snyder, Cyndi R. (2020). Racialized Experiences of Black Nursing Professionals and Certified Nursing Assistants in Long-Term Care Settings. In: *J Transcult Nurs*, 31 (3), S. 312–318.
- Tyerman, Jane/Patovirta, Autumn-Lee/Celestini, Ann (2021). How Stigma and Discrimination Influences Nursing Care of Persons Diagnosed with Mental Illness. A Systematic Review. In: *Issues in Mental Health Nursing*, 42 (2), S. 153–163.
- Ulusoy, Nazan/Schablun, Anja (2020). Discrimination in In-Patient Geriatric Care. A Qualitative Study on the Experiences of Employees with a Turkish Migration Background. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (7), 2205.
- Valdez, Anna M./Fontenot, Justin/Millan, Angelica/McMurray, Patrick L. (2023). Knowledge, skills, and attitudes about diversity, equity, and inclusion among nurse educators. In: *Teaching and Learning in Nursing*, 18 (2), S. 308–316.
- World Health Organization (2023). Human Rights. Online: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health> (Abruf: 22.09.2025).
- Wissenschaftsrat (2023). Perspektiven für die Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe. Wissenschaftliche Potenziale für die Gesundheitsversorgung erkennen und nutzen. Online: https://www.wissenschaftsrat.de/download/2023/1548-23.pdf?__blob=publicationFile&v=14 (Abruf: 22.09.2025).
- Ziegler, Petra/Beelmann, Andreas (2009). Diskriminierung und Gesundheit. In: Beelmann, Andreas/Jonas, Kai J. (Hg.). *Diskriminierung und Toleranz: Psychologische Grundlagen und Anwendungsperspektiven*. Wiesbaden: Springer.