

1 Diskriminierung begegnen, Potenziale von Vielfalt nutzen. Wie Diskriminierung Pflegefachkräften, Patient*innen und Organisationen im Gesundheitswesen schadet – und was wir dagegen tun können

Isabel Collien

Diskriminierungserfahrungen belasten nicht nur betroffene Pflegefachkräfte und Patient*innen. Sie wirken sich durch Arbeitsausfälle, Kündigungen und geminderte Rehabilitationserfolge auch negativ auf die Performance und den Ruf der gesamten Organisation aus.

Es ist daher wichtig zu verstehen, wie sich Diskriminierung im Gesundheits- und Pflegebereich auswirkt und was Organisationen unternehmen können, um den daraus entstehenden Schaden in eine potenzialorientierte Perspektive auf Vielfalt zu verwandeln.

1.1 Einleitung

»Jeder Mensch hat uneingeschränkten Anspruch darauf, dass seine Würde und Einzigartigkeit respektiert werden. Menschen, die Hilfe und Pflege benötigen, haben die gleichen Rechte wie alle anderen Menschen. [...] Da sie sich häufig nicht selbst vertreten können, tragen Staat und Gesellschaft eine besondere Verantwortung zum Schutz ihrer Würde.« (BMFSFJ, 2020, S. 6)

Menschenrechte der Teilhabe, Selbstbestimmung und Nichtdiskriminierung gelten besonders auch für den Pflege- und Gesundheitsbereich. Das unterstreicht die Pflege-Charta, ein von der Bundesregierung zusammen mit Vertretungen u. a. aus Kommunen, Wissenschaft und Verbänden im Jahr 2005 verabschiedeter Rechtskatalog für pflegebedürftige Menschen.⁵ Um die Charta in der Praxis mit Leben zu füllen, wurden nach ihrer

Verabschiedung verschiedene Pilotprojekte in ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt und Leitfäden entwickelt.⁶

Trotz solcher politischer Willensbekundungen und weiterer Gesetzesreformen kommt ein Policy Paper des Deutschen Instituts für Menschenrechte mehr als zehn Jahre später zu dem Schluss, dass der Pflegebereich zu wenig an den Menschenrechten ausgerichtet sei:

»Im Bereich der Pflege bestehen nach wie vor strukturelle Mängel und menschenrechtliche Defizite, insbesondere bei der Festlegung der Qualitätskriterien in der Pflege und bei wirksamen Qualitätskontrollen« (Mahler, 2018, S. 21).

5 Die Pflege-Charta umfasst neben der Präambel acht Artikel, in denen die Rechte Pflegebedürftiger in Bereichen wie körperliche Unversehrtheit, Privatheit, Aufklärung oder Religion und Kultur dargelegt werden.

6 Mehr zu den Praxisprojekten findet sich auf der Webseite zur Pflege-Charta unter: <https://www.zqpf.de/angebot/pflege-charta/> (Zugriff am 15.07.2025).

Dieser Beitrag zeigt, dass die Wahrung von Menschenrechten im Gesundheits- und Pflegebereich nicht nur rechtlich geboten, sondern auch ökonomisch vorteilhaft ist. So wirken sich Erfahrungen des Ausschlusses, der fehlenden Teilhabe oder der Gewalt sowohl negativ auf Patient*innen als auch auf Beschäftigte aus. Auf der Seite der Pflegefachkräfte äußern sie sich bspw. in sinkender Arbeitsmotivation und Identifikation mit dem Beruf bis hin zur Kündigung (Schneeberger et al., 2002). Diese Folgen sind gerade vor dem Hintergrund des eklatanten Fachkräftemangels in der Pflege gravierend. Es gilt daher, Diskriminierung abzubauen und Wertschätzung für Vielfalt zu fördern – sowohl, um das bestehende Personal möglichst lange zu halten, als auch, um sich als attraktive*r Arbeitgeber*in für Bewerber*innen zu positionieren (Camphausen & Brandstädter, 2019).

Auf der Seite der Gepflegten führen erlebte Diskriminierungen unter anderem zu man-

gelnder Kooperation bei Gesundheitsmaßnahmen bis hin zum Therapieabbruch (Ziegler & Beelmann, 2009). Auch der Ruf von Organisationen im Gesundheits- und Pflegebereich leidet unter negativen Patient*innenerfahrungen. So können Diskriminierungserfahrungen beeinflussen, ob ein Krankenhaus, ein ambulanter Pflegedienst oder ein Pflegeheim bei Mund-zu-Mund-Empfehlungen, Bewertungen im Netz oder in Studien als qualitativ hochwertig und empfehlenswert eingestuft werden.

Im Folgenden wird zunächst erläutert, was Diskriminierung ist, auf welchen Ebenen sie im Gesundheits- und Pflegebereich wirksam wird und welche Folgen dies hat. Anschließend wird diskutiert, wie Organisationen Diskriminierung konkret begegnen können – wobei der Bogen von individuellen Sensibilisierungsmaßnahmen (Stichwort: Diversity Training) bis hin zu einem umfassenden Organisationsentwicklungsprozess (Stichwort: Diversity Management) gespannt wird.

1.2 Was ist Diskriminierung?

Der Begriff *Diskriminierung* entstammt dem Lateinischen und meint in seiner ursprünglichen Bedeutung *unterscheiden*. Der heutige Begriff von Diskriminierung geht über die reine Unterscheidung hinaus und betont, dass Diskriminierung eine ungerechtfertigte Ungleichbehandlung beinhaltet. Diskriminierung kann in diesem Sinne definiert werden als »eine auf einer unzulässigen Differenzierungskategorie beruhende Ausschließung oder Beschränkung, die es bezweckt oder (nur) bewirkt, dass ein anderer Mensch seine Menschenrechte nicht oder nicht vollständig ausüben kann« (Rudolf, 2017, S. 27).

Diskriminierung ist folglich eine ungerechtfertigte Ungleichbehandlung von Menschen, durch die ihnen der Status eines

gleichberechtigten und gleichwertigen Mitgliedes der Gesellschaft abgesprochen wird.

Der Terminus der *unzulässigen Differenzierungskategorie* hebt hervor, dass Diskriminierung darauf beruht, dass Menschen anhand von Hautfarbe, Geschlecht, Herkunft, etc. in Gruppen unterteilt und diesen Gruppen Eigenschaften zugeschrieben werden. Diese Zuschreibungen, so der Soziologie Albert Scherr (2016), werden dann benutzt, um zu rechtfertigen, warum der Zugang einer bestimmten Gruppe zu Rechten und gesellschaftlichen Gütern und Dienstleistungen eingeschränkt oder ausgeschlossen werden soll. So dürfen Frauen in Deutschland erst seit 1918 wählen und seit 1958 ein eigenes Konto eröffnen. Während diese Ungleichbehandlungen in-

zwischen gesellschaftlich als Diskriminierung anerkannt und abgeschafft sind, werden andere Ungleichbehandlungen eher selten hinterfragt. So wird der Zugang zu Sozialleistungen für Asylbewerber*innen in Deutschland seit 1993 in einem speziellen Gesetz, dem Asylbewerberleistungsgesetz, geregelt. Demzufolge erhalten Asylbewerber*innen in den ersten 18 Monaten weniger gesundheitliche Leistungen als gesetzlich Versicherte.

Diskriminierende Gruppeneinteilungen sind also nicht per se gegeben, sondern gesellschaftlich hergestellt – auch, wenn sie uns über die Zeit als natürlich gegeben erscheinen. Scherr (2016) spricht in diesem Zusammen-

hang davon, dass die Ungleichbehandlung der Diskriminierungsbetroffenen als unvermeidbares Ergebnis ihrer Andersartigkeit betrachtet werde – oder am Beispiel des Frauenwahlrechts erklärt: Frauen galten gesellschaftlich lange Zeit als zu emotional für die Politik und als nicht fähig, rationale Entscheidungen zu treffen (vermeintliche Andersartigkeit). Ihr Ausschluss von der politischen Sphäre und vom allgemeinen Wahlrecht (Ungleichbehandlung) wurde daher als logische Konsequenz ihrer fehlenden Rationalität dargestellt (unvermeidbares Ergebnis). Heute würde eine solche Argumentation als Diskriminierung aufgrund des Geschlechts gelten.

1.3 Wo ist der Diskriminierungsschutz rechtlich verankert?

In Deutschland ist der Schutz vor Diskriminierung in unterschiedlichen Teilbereichen des Rechts verankert: Zivilrecht, Öffentliches Recht und Strafrecht.

1.3.1 Zivilrecht

Das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) regelt den Diskriminierungsschutz im Bereich des Zivilrechts, also im Verhältnis der Bürger*innen untereinander. Im AGG sind sechs Diskriminierungsmerkmale rechtlich besonders geschützt. Dazu zählen: Geschlecht, sexuelle Orientierung, Alter, Behinderung/chronische Erkrankung⁷, Religion/Weltanschauung sowie rassistische Zuschreibungen/ethnische Herkunft. Alle Arbeitgeber*innen

in der Bundesrepublik unterliegen dem AGG. Im Falle einer Diskriminierung haben Beschäftigte sowie Bewerber*innen ein Beschwerderecht und können Schadensersatz geltend machen. 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 umstritten. So ist ein Diskriminierungsverbot aus rassistischen Gründen oder aufgrund der (zugeschriebenen) ethnischen Herkunft in Art. 19 Abs. 2 AGG festgeschrieben, welches sich auch auf medizinische Behandlungsverträge bezieht. Ferner kommt die Antidiskriminierungsstelle des Bundes (2020) zu dem

⁷ *Chronische Erkrankung* ist kein explizit im AGG benanntes Diskriminierungsmerkmal. Unter bestimmten Voraussetzungen kann sie jedoch vom Diskriminierungsmerkmal der Behinderung umfasst sein: Dies ist der Fall, wenn a) mit der chronischen Krankheit eine dauerhafte medizinische Funktionsbeeinträchtigung einhergeht, die b) im Zusammenwirken mit gesellschaftlichen Barrieren zu einer Teilhabebeeinträchtigung führt oder wahrscheinlich dazu führt bzw. zu führen droht (Pärli & Naguib, 2012).

Schluss, dass dies auch für alle weiteren Diskriminierungsmerkmale des AGG gelten sollte.

1.3.2 Öffentliches Recht

Das Verhältnis von Bürger*innen zum Staat ist im Öffentlichen Recht geregelt. Das Diskriminierungsverbot ergibt sich hier aus Art. 3 Abs. 3 Grundgesetz (GG) und die darin geschützten Merkmale sind fast deckungsgleich mit den Merkmalen im AGG. Für Bereiche, in denen der Staat als Hoheitsträger agiert (z. B. öffentliche Krankenhäuser), gibt es für Patient*innen zwar über das Grundgesetz ein Diskriminierungsverbot, aber kein vergleichbares gesetzlich verankertes Be-

schwerderecht oder einen Schadensersatzanspruch wie im AGG.⁸

1.3.3 Strafrecht

Das Strafrecht schützt elementare Rechtsgüter wie körperliche Unversehrtheit oder Eigentum und dient dazu, die Rechtsordnung eines Staates zu erhalten. Unter das Strafrecht fallen in Bezug auf Diskriminierung beispielsweise Tatbestände der Volksverhetzung, also das Stören des öffentlichen Friedens, indem zum Beispiel zu Hass und Gewalt gegen bestimmte gesellschaftliche Gruppen aufgrund ihrer Herkunft, Religion oder aus rassistischen Gründen aufgerufen wird (Art. 130 Abs. 1 StGB).

1.4 Zwischenfazit

Für den Gesundheits- und Pflegebereich ergibt sich eine komplexe Rechtslage bezüglich des Diskriminierungsschutzes. Mitarbeitende und Bewerber*innen fallen unter den Diskriminierungsschutz des AGG. Dies gilt auch, wenn sie durch Patient*innen diskriminiert werden. Für Patient*innen gestaltet sich der Diskriminierungsschutz uneinheitlicher. Grundsätzlich ist Diskriminierung rechtlich verboten und Patient*innen können sich entsprechend bei der jeweiligen Gesundheitseinrichtung darüber beschweren. Sie haben aber nur bei privaten Gesundheitseinrichtungen die Möglichkeit einer formellen Beschwerde nach dem AGG sowie einer Klage auf Schadensersatz. Ob diese

Möglichkeit für alle Diskriminierungsmerkmale nach dem AGG gilt oder nur für rassistische Diskriminierung, ist bisher rechtlich nicht eindeutig geklärt. Die eigenen Rechte und entsprechende Handlungsmöglichkeiten zu kennen, dürfte für Patient*innen bisweilen schwierig sein. Auch für Organisationen im Gesundheits- und Pflegebereich ergeben sich aus dieser Rechtslage Herausforderungen, beispielsweise was die Schaffung einheitlicher und gut nachvollziehbarer Beschwerdeverfahren im Diskriminierungsfall angeht.

Im Folgenden werden aus einer sozialwissenschaftlichen Perspektive neben den rechtlich geschützten Diskriminierungskategorien des

8 Eine Ausnahme bildet hier das Land Berlin, das mit seinem Landesantidiskriminierungsgesetz Schadensersatz bei Diskriminierung durch staatliches Handeln auf Landesebene ermöglicht. Aktuell arbeiten weitere Bundesländer an Landesantidiskriminierungsgesetzen, so dass sich die Rechtslage auf Landesebene in Zukunft vermutlich verbessern wird. Auch im Rahmen der aktuellen Reform des AGG wird eine Ausweitung des Diskriminierungsschutzes im Falle des Handelns von Bundesbehörden diskutiert.

AGG weitere Kategorien wie soziale Herkunft (► Kap. 8) oder Körpergewicht (► Kap. 9) betrachtet, die ebenfalls nachweislich zu Diskriminierung im Gesundheits- und Pflegebereich führen können (Beigang et al., 2017). Eine

Rechtsexpertise im Auftrag der Antidiskriminierungsstelle des Bundes empfiehlt aufgrund solcher rechtlicher Schutzlücken die Konkretisierung und Ausweitung des Merkmalskatalogs des AGG (Ernst & Young Law GmbH, 2019).

1.5 Ebenen von Diskriminierung

Je nach Wissenschaftsfeld unterscheiden sich Diskriminierungsverständnisse, insbesondere auch hinsichtlich der Ebenen von Diskriminierung (Scherr et al., 2017).⁹ So wird Diskriminierung sozialpsychologisch beispielsweise primär auf der Ebene der individuellen Wahrnehmung und Handlung sowie als Gruppenphänomen betrachtet. In der Soziologie wird dagegen stärker betont, dass Diskriminierung historisch gewachsen und tief in gesellschaftliche Institutionen, Gesetze und Kultur eingeschrieben ist. Hier wird, ebenso wie in den Erziehungswissenschaften, stärker erforscht, wie Benachteiligung und Ausgrenzung – häufig auch unabsichtlich – hervorgebracht werden, indem organisationale Regeln und rechtliche Vorgaben befolgt werden. Dieses Phänomen wird als institutionelle Diskriminierung bezeichnet (Gomolla, 2017), wie im gleichnamigen Abschnitt ausführlicher erläutert wird.

Im Folgenden werden drei Ebenen von Diskriminierung unterschieden: individuelle, institutionelle und strukturelle Diskriminierung. Wenngleich separat dargestellt, so sind diese Ebenen von Diskriminierung miteinander verwoben. Die Rechtsextremismusforscherin Birgit Rommelspacher (2009) betont, dass das Zusammenwirken der unterschiedlichen Diskriminierungsebenen ge-

ellschaftliche Segregationslinien hervorbringe. Das heißt: Ökonomische, kulturelle, soziale und politische Teilhabe und Selbstbestimmung sind je nach Zugehörigkeit zu bestimmten gesellschaftlichen Gruppen ungleich verteilt.

Die folgende Grafik gibt einen Überblick über die drei Diskriminierungsebenen (► Abb. 1.1).

Alle drei Diskriminierungsebenen prägen – häufig ineinander verwoben – den Alltag von Beschäftigten und Patient*innen im Gesundheits- und Pflegebereich, wie eine repräsentative Studie im Auftrag der Antidiskriminierungsstelle des Bundes (Beigang et al., 2017) bestätigt. Die Studie unterscheidet in diesem Lebensbereich vier besonders häufige Diskriminierungsfallbilder¹⁰:

- Nichtberücksichtigung der spezifischen Lebenssituation (35,9 %):
Eine trans* Frau bedarf einer fachärztlichen Untersuchung, wird aber von der*dem Gynäkolog*in abgewiesen, da sie ja keine *echte* Frau sei.
- Diskriminierungen durch Regeln und Gesetze (27,0 %):
Eine künstliche Befruchtung wird bei verschiedengeschlechtlichen Ehepaaren fi-

⁹ Im *Handbuch Diskriminierung*, herausgegeben von Albert Scherr und Kolleg*innen (2017), findet sich eine übersichtliche, vertiefende Darstellung historischer, soziologischer, sozialpsychologischer, sprach-, rechts- und erziehungswissenschaftlicher Diskriminierungsforschung.

¹⁰ Die einzelnen Fälle betreffen teilweise mehrere Fallbilder, so dass diese insgesamt über 100 % liegen.

nanziell unterstützt, bei gleichgeschlechtlichen insbesondere weiblichen Ehepaaren nicht.

- Herabwürdigende Darstellungen (42,1 %): Eine schwangere Person, die ein Kopftuch trägt, hört, wie ihre behandelnde Ärztin zu einer Pflegefachkraft über sie sagt, dass arabische Familien zu viele Kinder bekämen und

die Deutschen so aussterben würden (► Kap. 4).

- Nichtzugestehen von Rechten (38,0 %): Eine be_hinderte Person¹¹ darf in der Rehabilitation nicht an der standardmäßig vorgesehenen Sportgruppe teilnehmen, da die Übungen nicht an ihre körperlichen Fähigkeiten angepasst seien. Eine mögliche Anpassung der Übungen wird abgelehnt.

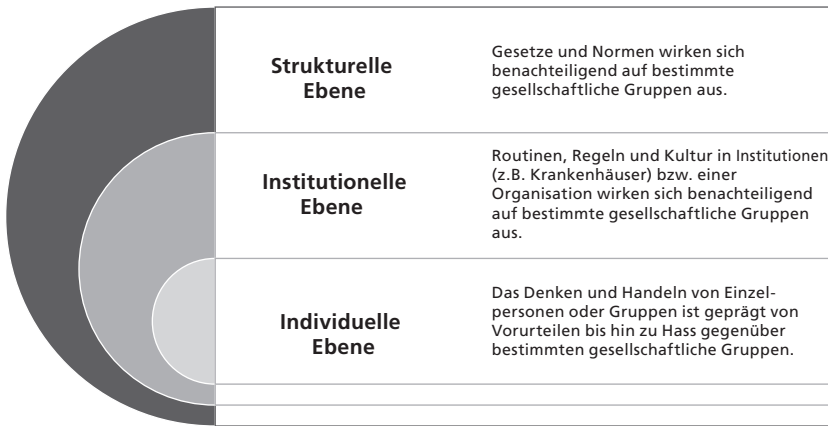


Abb. 1.1: Ebenen von Diskriminierung (Quelle: Eigene Darstellung)

In den folgenden Darstellungen der drei Diskriminierungsebenen sind Beispiele für die vier Diskriminierungsfallbilder zu finden:

1.5.1 Individuelle Diskriminierung

Auf der individuellen Ebene stehen das Denken und Verhalten von Individuen oder Gruppen im Mittelpunkt, das Menschen aufgrund ihrer (vermeintlichen) Zugehörigkeit zu einer gesellschaftlichen Gruppe abwertet, stigmatisiert oder ausgrenzt.

Bis in die 1960er Jahre dominierte eine wissenschaftliche Betrachtung von Diskriminierung als Resultat des Denkens und Handelns diskriminierender Individuen. Bis heute geht vor allem die sozialpsychologische Diskriminierungsforschung der Frage nach, welche individuellen Faktoren dazu führen, dass Personen andere diskriminieren (Scherr et al., 2017). Hier wird Diskriminierung vor allem als Resultat von Stereotypen und Vorurteilen¹² definiert, welches das Handeln von Individuen und Gruppen beeinflusst.

Das Konzept der *Gruppenbezogenen Menschenfeindlichkeit* (GMF), welches im Be-

¹¹ s. Verwendung des *ability gap* (► Einleitung; ► Kap. 5)

¹² Während Stereotype das Zuschreiben von positiven oder negativen Merkmalen zu einer Person bezeichnen, beinhalten Vorurteile darüber hinaus eine Wertung und zielen darauf ab, eine Ungleichwertigkeit zu begründen (Zick, 2009).

reich der Rechtsextremismusforschung und -bekämpfung häufig verwendet wird, um Hass und Gewalt gegen bestimmte Gruppen zu erklären, ist an einem sozialpsychologischen Verständnis orientiert. Das Konzept wurde im Rahmen einer mehrjährigen Langzeitstudie unter Leitung des Soziologen Wilhelm Heitmeyer geprägt. Laut Heitmeyer liegt GMF vor, wenn »Personen aufgrund ihrer gewählten oder zugewiesenen Gruppenzugehörigkeit als ungleichwertig markiert und feindseligen Mentalitäten der Abwertung und Ausgrenzung ausgesetzt [werden]« (Heitmeyer, 2005, S. 6). Dies könne alle Personen treffen, »deren Verhaltensweisen oder Lebensstile in der Bevölkerung als ›abweichend‹ von einer als beruhigend empfundenen Normalität interpretiert werden« (Heitmeyer, 2005, S. 6). Die Langzeitstudie zu GMF erfasst Einstellungen und Verhaltensbereitschaften, da diese – gepaart mit anderen Faktoren wie Sanktionswahrscheinlichkeit oder gesellschaftliches Klima – ein Nährboden für ausgelebte Menschenfeindlichkeit sein können. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn eine weiße deutsche Pflegefachkraft, welche die Ansicht vertritt, dass Migrant*innen faul seien und unverdientermaßen vom deutschen Sozialstaat und seinem Gesundheitssystem profitieren, eine pflegebedürftige Schwarze Person oder Person of Color (► Kap. 2) rassistisch beleidigt und sie schlechter behandelt als weiße deutsche Patient*innen. Die Pflegefachkraft fühlt sich berechtigt so zu handeln, da im aktuellen gesellschaftlichen Klima selbst z. B. Politiker*innen der CDU Geflüchtete aus der Ukraine als Sozialtourist*innen bezeichnen.

Solche latenten bis manifesten menschenfeindlichen Einstellungen prägen auch den Gesundheits- und Pflegebereich. Eine Studie zu Diskriminierung in unterschiedlichen Lebensbereichen der Antidiskriminierungsstelle des Bundes beinhaltet eine Vielzahl an Beispielen für individuelle Diskriminierung durch Vorgesetzte, Kolleg*innen oder auch Patient*innen. So berichtet ein Physiothera-

peut eine Situation des antimuslimischen Rassismus (► Kap. 4), also der Stigmatisierung aufgrund eines tatsächlichen oder vermuteten muslimischen Glaubens und damit einhergehender negativer Assoziationen, wie Terrorismus oder Extremismus:

»Ich wurde als Salafist stigmatisiert worden v. eine Patientin, die ich physiotherapeutisch betreut habe.« (Zitat Betroffenenbefragung Beigang et al., 2017, S. 183)

Beleidigungen, Stigmatisierung, Demütigung und Gewalt können bei Diskriminierungs-betroffenen beispielsweise dazu führen, dass sie ihre Identität im Beruf verstecken.

»Im Job wird so oft und heftig über Schwule hergezogen, dass ich nicht traue, über mein Privatleben und meinen Partner zu erzählen.« (Zitat Betroffenenbefragung Beigang et al., 2017, S. 183)

Die gesundheitlichen Folgen wiederholter Ausgrenzungs- und Stigmatisierungserfahrungen sind unter anderem Ängste, Depression oder Substanzmittelgebrauch (Ziegler & Beilmann, 2009). Diskriminierungserfahrungen können bei Mitarbeitenden außerdem zu sinkender Motivation und Konzentration sowie Desidentifikation mit dem*der Arbeitgeber*in führen (Schneeberger et al., 2002). Letztlich leiden dadurch die Qualität und Quantität der Arbeitsleistung. Weiterhin kann auch das Organisationsklima negativ beeinflusst werden, wenn durch vermehrte Ausfälle von Diskriminierungsbetroffenen Spannungen zwischen Kolleg*innen entstehen oder andere fürchten, auch ausgegrenzt zu werden, wenn sie sich beispielsweise als homosexuell outen (Bartig et al., 2017). Diskriminierung hat somit nicht nur Auswirkungen auf die betroffenen Beschäftigten, sondern auf die gesamte Organisation.

Neben den Beschäftigten selbst können auch zu Pflegenden von Diskriminierung betroffen sein – mit erheblichen negativen Folgen. Bei Patient*innen wirken sich Diskriminierungserfahrungen im Pflege- und Gesundheitsbereich unter anderem auf den Rehabilitationserfolg oder die psychische Gesundheit

aus (Bartig et al., 2021; Kluge et al., 2020). Erfahrungen der Herabwürdigung, Benachteiligung und Gewalt werden hier durch multiple Abhängigkeitsverhältnisse teilweise noch verstärkt (Beigang et al., 2017; Voss & Rothermund, 2019): Einerseits besteht häufig eine Abhängigkeit, wenn Patient*innen beispielsweise ihre alltäglichen Verrichtungen nicht mehr alleine erledigen können. Darüber hinaus sind Patient*innen stark auf das Expert*innenwissen von Ärzt*innen und Pfleger*innen angewiesen. Diskriminierungen können das dafür notwendige Vertrauensverhältnis erheblich stören und den Behandlungserfolg negativ beeinflussen.

Auch Geschlechterstereotype können beispielsweise Behandlungsempfehlungen beeinflussen.

»Studien aus verschiedenen Ländern zeigen auch, dass Frauen bei Schmerzen seltener Schmerzmittel erhalten als Männer und häufiger zu Psycholog*innen überwiesen werden« (Bartig et al., 2021, S. 33).

Im Gegensatz dazu wird Depression bei Männern häufig nicht erkannt, da ihre Symptome nicht unbedingt denen von Frauen entsprechen (Möller-Leimkühler, 2010).

Beispiele für individuelle Diskriminierung im Pflege- und Gesundheitsbereich

- Eine weibliche Pflegefachkraft wird von ihrem Stationsleiter mit anzüglichen Bemerkungen über ihr Äußeres belästigt.
- Ein Bewohner eines Altenpflegeheims fasst einer Schwarzen Pflegerin¹³ fortwährend in ihre *Afro-Haare*. Der Bewohner spiegelt dabei ein gesellschaftlich

verbreitetes, grenzüberschreitendes Verhalten gegenüber Schwarzen Menschen. Ihre Körper wurden seit der Kolonialzeit als exotisch und anders als weiße Körper konstruiert, ausgestellt und durften – ohne Respekt vor persönlichen Grenzen – angefasst werden.

- Eine Pflegerin reagiert mit Unverständnis, als eine pflegebedürftige be_hinderte Person äußert, dass sie gerne eine Sexualassistentin hätte. Die Pflegerin nimmt, wie eine Mehrheit der Gesellschaft, be_hinderte Menschen nicht als Personen mit sexuellen Bedürfnissen wahr. Zusätzlich ist der Pflegerin nicht bewusst, dass Pflegebedürftige ein Recht auf eine selbstbestimmte Sexualität haben, da Sexualität in der Pflege noch vielfach ein Tabu darstellt.
- Eine trans* männliche Person wird im Krankenhaus von einem Pfleger mit der Anrede *Frau* angesprochen. Trotz mehrmaligem Verweis darauf, dass die Person mit *Herr* angesprochen werden möchte, verwendet der Pfleger nach wie vor die falsche Anrede und das falsche Pronomen.

1.5.2 Institutionelle Diskriminierung

Die Ebene der institutionellen Diskriminierung fokussiert Prozesse, Strukturen und Kulturen, die sich – oft auch unbeabsichtigt – benachteiligend auf bestimmte gesellschaftliche Gruppen und ihnen (vermeintlich) angehörige Einzelpersonen auswirken. Die Erziehungswissenschaftlerin Mechthild Gomolla definiert institutionelle Diskriminierung als

13 Die Begriffe *Schwarz* und *weiß* sind in diesem Beitrag nicht als Hautfarbe zu verstehen. *Schwarz* ist eine emanzipatorische Selbstbezeichnung von Menschen mit afro-diasporischer Identität oder afrikanischer Herkunft und wird daher großgeschrieben. Im Gegensatz dazu wird *weiß* kleingeschrieben (und manchmal auch kursiv), um die – in der Regel unsichtbare – privilegierte Position in einem rassistischen gesellschaftlichen Machtverhältnis sichtbar zu machen (► Kap. 2).

»Praktiken der Herabsetzung, Benachteiligung und Ausgrenzung von sozialen Gruppen und ihnen angehörigen Personen auf der Ebene von Organisationen und der in ihnen tätigen Professionen« (Gomolla, 2017, S. 134).

Bei der Analyse institutioneller Diskriminierung kann es sinnvoll sein, sowohl konkrete Strukturen und Prozessen bestimmter Organisationen wie ein bestimmtes Krankenhaus oder eine spezifische Versicherung zu betrachten, als auch Strukturen und Logiken in Feldern wie dem Gesundheitsbereich, der Institution Krankenhaus oder der Profession Pflege zu berücksichtigen (Gomolla, 2005).

Organisationale Praktiken der Herabsetzung, Benachteiligung und Ausgrenzung können, ebenso wie individuelle Handlungen, absichtlich und unintendiert erfolgen. Der Begriff der institutionellen Diskriminierung betont, dass Diskriminierung häufig nicht willentlich und nicht wissentlich erfolgt (Gomolla, 2017).

Die schiere Befolgung von Regeln, Routinen und rechtlichen Vorgaben kann bereits zu Ungleichbehandlung im Sinne von Benachteiligung führen. Das AGG kennt dafür im Bereich des Zivilrechts den Begriff der mittelbaren Benachteiligung (Art. 3 Abs. 2 AGG). Eine mittelbare Benachteiligung liegt beispielsweise vor, wenn sich scheinbar neutrale Regeln, die für alle Mitarbeitenden gelten, negativ auf eine bestimmte Gruppe auswirken. Dies kann zum Beispiel der Fall sein, wenn eine Pflegeeinrichtung ein Schichtsystem einführt, bei dem alle Mitarbeitenden rotierend Nachtschicht arbeiten müssen und eine Mitarbeiterin mit chronischer Erkrankung, obwohl sie keine Nachtschicht arbeiten kann, nicht aus dem System herausnimmt.

Institutionelle Diskriminierung stellt daher nicht einzelne diskriminierende Akte in den Mittelpunkt der Analyse, sondern insti-

tutionelle Strukturen, Prozesse, Kulturen und Logiken. Es geht folglich um langfristig wirkende Ausgrenzungs- und Benachteiligungsmechanismen, die auch dann wirksam werden, wenn die handelnden Personen dies nicht beabsichtigen. Dabei sind es häufig organisationale Routinen und soziale Normen¹⁴, die zu unbeabsichtigter Benachteiligung führen können – beispielsweise, wenn außer den Toiletten und Aufzügen die Einrichtung eines Kurorts ansonsten wenig barrierefrei ist:

»Kurort – Salatbuffet, Frühstücksbuffet – aus meiner Sitzposition konnte ich mich nie selber bedienen und musste immer fragen, was es gibt. Das nette Servicepersonal meinte es immer zu gut: mein Teller war oft mit Sachen bestückt, die ich gar nicht haben wollte.« (Zitat Betroffenenbefragung Beigang et al., 2017, S. 195)

Ein weiteres Beispiel für institutionelle Diskriminierung im Gesundheits- und Pflegebereich ist die Normierung von medizinischen Apparaten oder Liegen, die meist nicht für höergewichtige Menschen ausgelegt sind. Diskriminierungen durch die Raumsituation in Einrichtungen sind bei rund einem Drittel der Fälle mit dem Gewicht verknüpft (Beigang et al., 2017).

Es besteht folglich großer Handlungsbedarf beim Thema institutionelle Diskriminierung, auch wenn festzuhalten ist, dass Barrierefreiheit im Gesundheits- und Pflegebereich im Vergleich zu anderen gesellschaftlichen Bereichen einen vergleichsweise höheren Stellenwert hat. So wird Betroffenen im Gesundheitswesen ein barrierefreier Zugang zu Dienstleistungen eher ermöglicht als in anderen Lebensbereichen. Gleichzeitig berichten mehr als ein Drittel, dass die Dienstleistung nicht mehr die gleiche Qualität gehabt habe wie bei anderen Patient*innen (Beigang et al., 2017).

14 Soziale Normen sind Erwartungen daran, wie Menschen sich – je nach Geschlecht, Alter oder Herkunft – verhalten sollen. Soziale Normen enthalten häufig stereotype Vorstellungen darüber, wie sich bestimmte gesellschaftliche Gruppen angeblich typischer- oder natürlicherweise verhalten.

Beispiele für institutionelle Diskriminierung im Pflege- und Gesundheitsbereich

- Das Registrierungssystem einer Rehabilitationseinrichtung erfasst Geschlecht nur in zwei Kategorien als weiblich und männlich. Eine Anpassung an die rechtlichen Erfordernisse in Hinblick auf die *Dritte Option*¹⁵ ist bisher nicht erfolgt. Eine inter* Person mit Geschlechtseintrag divers kann nicht in ihrem Geschlecht erfasst werden.
- In einer Stadt gibt es keine gynäkologische Praxis, die für Patient*innen im Rollstuhl zugänglich ist. Aufgrund der mangelnden Barrierefreiheit müssen Patient*innen in andere Städte fahren, um behandelt zu werden.
- Eine höhergewichtige Person hat bei Röntgen, MRT und CT immer wieder Probleme. Zwar tragen die Tische und Unterlagen ihr Gewicht, dennoch sind die Liegen häufig zu schmal, um eine gute Positionierung zu ermöglichen und damit aussagekräftige Bilder zu erhalten. Gleiches gilt für MR-Spulen zur Untersuchung der Schulter, die bereits bei weniger gewichtigen Personen eng anliegen.

1.5.3 Strukturelle Diskriminierung

Strukturelle Diskriminierung bezeichnet gesellschaftliche Benachteiligungen und Vorurteile über bestimmte Personengruppen, die

oft über Jahrhunderte gewachsen sind. Der Begriff verweist auf das Ineinandergreifen verschiedener Diskriminierungsebenen mit dem Resultat, dass Menschen aufgrund der (vermeintlichen) Zugehörigkeit zu einer Gruppe weniger Teilhabe und Selbstbestimmung leben können (Rommelspacher, 2009).

Strukturelle Diskriminierung findet statt, wenn »das gesellschaftliche System mit seinen Rechtsvorstellungen und seinen politischen und ökonomischen Strukturen Ausgrenzung bewirkt« (Rommelspacher, 2009, S. 30).

So ist das gesellschaftliche Denken und damit auch die Rechtsvorschriften nach wie vor (in Teilen) von der Vorstellung einer heteronormativen Kleinfamilie bestehend aus *Papa, Mama* und *Kind(ern)* geprägt. Dies zeigt sich beispielsweise beim Abstammungsrecht: Bekommt eine Ehefrau in einer verschieden- und cisgeschlechtlichen¹⁶ Ehe ein Kind, so ist automatisch der Ehemann der zweite rechtliche Elternteil des Kindes. Bei einem gleichgeschlechtlichen weiblichen Ehepaar ist dies beispielsweise nicht der Fall. Die nicht gebärende Partnerin muss das Kind erst adoptieren, um rechtlich als Mutter anerkannt zu werden.

Strukturelle Diskriminierung wird – ebenso wie institutionelle Diskriminierung – häufig nicht hinterfragt. Sie ist so tief in der Gesellschaft verwurzelt und damit so normalisiert, dass die Ungleichbehandlung bestimmter Gruppen nicht unbedingt als Benachteiligung erscheint:

»Diskriminierende Strukturen haben ihre je eigene Geschichte; [...] Sie prägen die Kultur und werden zugleich von ihr hervorgebracht

15 Seit dem Jahr 2018 gibt es in Deutschland vier Möglichkeiten des Geschlechtseintrags: weiblich, männlich, divers und keine Angabe (Art. 22 Abs. 3 Personenstandsgesetz). Intergeschlechtliche Menschen haben seitdem die Möglichkeit, sich als divers eintragen zu lassen. Die Eintragung als divers wird auch als *Dritte Option* bezeichnet.

16 Das Adjektiv *cis* bzw. *cisgeschlechtlich* bezeichnet Menschen, die sich dem Geschlecht zugehörig fühlen, das ihnen bei der Geburt zugewiesen wurde. Ein cis Mann ist also eine Person, die bei der Geburt als männlich eingeordnet wurde und sich auch als Mann identifiziert. Das Gegenteil von cis ist *trans** bzw. *transgeschlechtlich*.