



Pflege

Praxis – Geschichte – Politik

Hürrem Tezcan-Güntekin

Diversität und Pflege

Zur Notwendigkeit einer intersektionalen Perspektive in der Pflege

Diversität wird im Kontext der Pflegewissenschaft bislang zumeist im Sinne einer Kulturspezifität,¹ Kultursensibilität² oder einer Transkulturalität³ verstanden. Diese zumeist auf einen essentialistisch ausgelegten Kulturbegriff rekurrierenden Ansätze verkürzen Merkmale von Diversität auf Sprache, Herkunft und zugeschriebenen Eigenschaften ganzer Bevölkerungsgruppen – auch wenn insbesondere der Begriff der Transkulturalität ursprünglich von flexiblen und fluiden Identitäten ausging. Pflegerische Bedürfnisse von Menschen mit unterschiedlichen Diversitätsmerkmalen, die Möglichkeiten, Selbstmanagementkompetenzen zu aktivieren, und ihr Verhalten bei der Inanspruchnahme von Angeboten werden durch den Blick auf nur ein Diversitätsmerkmal nur bedingt sichtbar beziehungsweise verständlich. Diversität in der Pflege wird in diesem Beitrag im Hinblick auf Pflege-theorien und pflegepraktische Konzepte, den Forschungsstand zu den ausgewählten Diversitätsmerkmalen Migrationshintergrund, sexuelle Orientierung und Identität sowie Trauma und Pflege erörtert. Anschließend wird ausgehend vom Critical-Diversity-Ansatz die Relevanz intersektionaler Perspektiven in der Pflegewissenschaft und den Gesundheitswissenschaften herausgearbeitet. Abschließend werden die Notwendigkeit einer Theorie der Diversität in der Pflegewissenschaft dargestellt und Handlungsansätze auf praktisch-organisationalen Ebenen bei der Transformation einer intersektionalen Perspektive in der Wissenschaft hin zur Etablierung einer Diversitätssensibilität in der Praxis diskutiert.

Heterogenität der Bevölkerung im Lichte des demografischen Wandels

Die Zahl pflegebedürftiger Menschen wird im Zuge des demografischen Wandels in den kommenden Jahren ansteigen.⁴ Hierbei handelt es sich um eine sehr heterogene Bevölkerungsgruppe, mit Blick auf Herkunft, Berufsbiografien, sexuelle Orientierung und Identität, den sozioökonomischen Status und andere Differenzmerkmale.⁵ Diese Differenzmerkmale bestimmen als soziale Determinanten die Gesundheit und den Umgang mit Pflegebedürftigkeit.⁶ Ungleichheiten, denen Menschen in ihrem Leben ausgesetzt waren, bleiben auch im Alter weiter bestehen und beeinflussen den Zugang zu gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung.⁷ Neben den institutionellen und strukturellen Barrieren, die den Zugang bei unterschiedlichen Diversitätsmerkmalen und Ausprägungen sozialer Determinanten reglementieren, sind Auswirkungen auf die Wahrnehmung von Pflegebedürftigkeit, pflegerische Bedürfnisse und die Ausgestaltung der pflegerischen Versorgung zu erwarten. Dies geht mit veränderten Herausforderungen für die professionelle pflegerische Versorgung einher.⁸ Bislang bildet sich diese Vielfalt weder in den Pflegetheorien und pflegepraktische Konzepten noch in den Curricula der Pflegeausbildungen ab.

Pflegetheorien und pflegepraktische Konzepte

Im Rahmen der Auseinandersetzung mit den Themen Migration, Pflegebedürftigkeit und Herausforderungen für die Institutionen der Altenpflege tauchen immer wieder die Begriffe »Kultursensibilität«, »kultursensible Pflege«, »interkulturelle Kompetenzen«, »interkulturelle Öffnung« und »transkulturelle Pflege« auf.⁹

Die Notwendigkeit einer kultursensiblen¹⁰ oder transkulturellen Pflege¹¹ wird seit einigen Jahren im Kontext der Pflege diskutiert, und es wird teilweise versucht, eine kultursensible beziehungsweise transkulturelle Pflege auszugestalten. Diese Ansätze gehen zumeist – trotz der Flexibilität, die mit dem Präfix »trans-« verbunden ist – von einem essentialistischen Kulturbegriff aus, der Kultur auf Herkunft, Religion und Sprache reduziert und somit enggeführt wird.¹²

Ein Begriff, der sich in der Pflegewissenschaft und Pflegepraxis in den vergangenen Jahrzehnten findet, ist die »kultursensible Pflege«. Dieser wurde 1999 im Rahmen des Arbeitskreises »Charta für eine kultursensible Altenhilfe« weiterentwickelt und 2002 im Rahmen des »Memorandum

für kultursensible Altenhilfe« veröffentlicht. Kultursensible Pflege leistet hiernach einen Beitrag dazu, dass »eine pflegebedürftige Person entsprechend ihrer individuellen Werte, kulturellen und religiösen Prägungen und Bedürfnisse leben kann«. ¹³ Kultursensibilität geht von einer Haltung aus, die »Unterschiede differenziert wahrnimmt, sich damit auseinandersetzt und respektiert (...), Wertvorstellungen, Deutungs-, Bewertungs-, Kommunikationsmuster und Handlungsmuster anderer Kulturen, Religionen und Milieus als gleichwertig behandelt (...) und auf die kulturell, sozial und religiös, geschlechtlich, altersgeprägten Bedürfnisse des Gegenübers sensibel eingeht«. ¹⁴

Migrationssensibilität steht im Vordergrund der kultursensiblen Pflege, da Migration als zentraler »biografischer Einschnitt« verstanden wird. ¹⁵ Das Kennenlernen und das Verständnis der eigenen kulturellen Prägung verstehen auch Nicole Lieberam und Christoph Müller als Voraussetzung für kultursensibles Handeln. Dazu gehört zudem der reflexive Umgang mit Normen, Werten, Ritualen, Zeremonien, aber auch Scham und Beschämung – sowohl mit Blick auf Pflegepersonen als auch Pflegebedürftige. ¹⁶

Der Diskurs zur Transkulturalität hat mit der Entwicklung der Theorie transkultureller Pflege durch die Pflegewissenschaftlerin Madeleine M. Leininger, die das sogenannte Sunrise-Modell entwickelte, einen frühen Ursprung. Ausgehend von ihrer Arbeit mit Kindern aus unterschiedlichen kulturellen Milieus in den USA entwickelte sie das Konzept »Cultural Care«. ¹⁷ Leininger versuchte mit diesem Ansatz, Ähnlichkeiten und Unterschiede pflegerischer Bedürfnisse durch das herkunftsgeprägte Verständnis von der Welt zu erklären. Zentral waren ihre Erkenntnisse zu kulturspezifischen Eigenheiten, die sie den von ihr untersuchten Herkunftsländern zuordnete. Gleichwohl sie in ihrer Theorie den Begriff »Diversity« benutzte, stand in der Umsetzung ihrer Forschung die Herkunft der Kinder und ein kulturspezifischer Ansatz im Vordergrund. Das Konzept der Transkulturalität wurde in den folgenden Jahren von unterschiedlichen Pflegewissenschaftler*innen kritisch gewürdigt, weiterentwickelt und angewandt. ¹⁸

Dagmar Domenig differenzierte die Transkulturalität dahingehend aus, dass sie Voraussetzungen für transkulturelle Kompetenz formulierte. Diese sind beispielsweise die Fähigkeit der Selbstreflexion, die Aneignung eines Fundus an Hintergrundwissen und Erfahrungen zu Kultur- und Migrationszusammenhängen, migrationspezifischen Lebensweisen, Rassismus, ethnologischen Gesundheits- und Krankheitskonzepten und weiteren migrationspezifischen Aspekten. Darüber hinaus spricht sie von einer »narrativen Empathie«, ¹⁹ die durch aufmerksames Zuhören und das

Erzählen-Lassen von Erfahrungen durch die pflegebedürftige Person charakterisiert ist. In dieser Weiterentwicklung wird der Transkulturalität die Ressource zugeschrieben, »nicht nur Unterschiede, sondern auch Gemeinsamkeiten zu entdecken und durch ein gegenseitiges Aufeinanderzugehen und Verstehen Abgrenzungen und Ausgrenzungen zu verhindern.«²⁰ Ermöglicht werden soll dies durch die Flexibilität der Transkulturalität. Diese impliziert, keinen festgelegten Kulturgrenzen zu folgen, sondern den Raum zu eröffnen, dass zwischen zwei Menschen »transkulturelle Zwischenräume« entstehen.²¹ Bereits 2007 konstatiert Domenig mit Verweis auf Wolfgang Welschs Ausführungen zur Transkulturalität,²² dass dieser Begriff sich auf »Übergangsprozesse in den Vorstellungen der Menschen« bezieht und die Dekonstruktion des darin enthaltenen Begriffes »Kultur« eine schwer zu überwindende Herausforderung darstellt.²³ 2011 resümiert sie, dass der Begriff der Transkulturalität in der Praxis weiterhin essentialistisch und kulturalisierend angewandt wird, woraus abgeleitet werden kann, dass die Dekonstruktion des essentialistischen Kulturbegriffes gescheitert ist. Der Flexibilität versprechende Teil des Begriffes – das »trans-« – werde in der Praxis weniger als flexibel und fluide wahrgenommen, sondern der zweite Teil des Begriffes »-kulturell« weiterhin essentialistisch verstanden. Somit würde der Begriff eine kulturalisierende Wirkung entfalten, was zu einer »Entleerung« des Begriffes führe.²⁴

Erol Yildiz wirft einen kritischen, postmigrantisch geprägten Blick auf den essentialistischen Kulturbegriff und konstatiert, dass die Reduzierung des Kulturverständnisses auf »einheitliche Blöcke« und Unterscheidung von Zugehörigen von eingewanderten Herkunftskulturen und der »heimischen« Mehrheitskultur überholt ist, die Konstruktion von »Wir« und den »Anderen« befördert und verhindert, das »Ungesagte, Unsichtbare und Marginalisierte« wahrzunehmen.²⁵ Patrick Brzoska, Yüce Yilmaz-Aslan und Stephan Probst warnen vor einem kulturalisierenden Blick auf Versorgung von Menschen mit unterschiedlichen Diversitätsmerkmalen und argumentieren ausgehend von Studien zur Palliativversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund für eine Diversity-Management-Perspektive, die Chancen und Ressourcen wahrnimmt und eine nutzerorientierte Versorgung begünstigt.²⁶

Zusammenfassen lässt sich, dass in der Pflegepraxis bislang von einer Notwendigkeit einer Versorgung ausgegangen wurde, die Kultur im Sinne von Herkunft, Religion und Sprache versteht, was sich auch in den interkulturellen Öffnungsmaßnahmen der gesundheitlichen und pflegerischen Einrichtungen abbildet.²⁷ Bereits bei Leininger wurde der Blick auf die Kulturspezifika aufgrund der starken Verallgemeinerung und Stereoty-

pisierung kritisiert.²⁸ Auch eine Weiterentwicklung der transkulturellen und kultursensiblen Pflege mit Ansätzen, die die Reflexion der eigenen Kulturgebundenheit einbeziehen, konnte die Engführung von Kultur auf Religion, Sprache und Herkunft und eine damit zusammenhängende Kulturalisierung in der pflegerischen Praxis nicht verändern. Weitere Diversitätsmerkmale, die über Religion, Sprache und Herkunft hinausgehen, werden mit diesen theoretischen Ansätzen in der pflegerischen Versorgung bislang nicht abgebildet. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, inwiefern sich die Transformation, die der theoretische Ansatz der Transkulturalität bei der Anwendung in der Praxis erfährt, in den empirischen Studien zu Diversität in der Pflege abbilden. Wie ist die pflegerische Situation von Menschen mit unterschiedlichen Diversitätsmerkmalen? Und welche Wissenslücken bestehen weiterhin?

Forschungsstand und -desiderate

Zur Diversität in der Pflege liegen bislang einige wissenschaftliche Erkenntnisse vor, die einzelne Diversitätsmerkmale in den Blick nehmen. Beispiele hierfür sind Lebensweisen von Menschen mit heterogenen sexuellen Orientierungen oder Identitäten im Alter²⁹ oder die Pflege von kriegstraumatisierten Menschen.³⁰ Zur Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund liegen einige Studien speziell zur türkei- oder russischstämmigen Bevölkerung vor.³¹

Menschen mit Migrationshintergrund und Pflege

Die Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund wird in diesem Kontext besonders fokussiert, da durch die wachsende Zahl von älteren und/oder pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund in den vergangenen Jahrzehnten³² die pflegepraktische Notwendigkeit eines kompetenten professionellen Umgangs mit unterschiedlichen pflegerischen Bedürfnissen deutlich wurde. Diverse Forschungsprojekte zur Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund zeigen einen kleinen Ausschnitt der pflegerischen Versorgungsrealität.³³ Die Forschungsprojekte haben zumeist eine Bevölkerungsgruppe im Fokus, deren Auswahl durch ihren hohen Anteil in der Gesamtbevölkerung begründet wird. Die Ergebnisse dieser Studien stärken durch die Fokussierung auf spezifische Bedürfnisse als einheitlich konstruierter Bevölkerungsgruppen eine Stereotypisierung. Dies ist mit der Gefahr verbunden, dass aus diesen Erkenntnissen Hand-

lungsempfehlungen abgeleitet werden, die in der Realität den Bedürfnissen der heterogenen Bevölkerungsgruppen nicht entsprechen und daher von diesen möglicherweise abgelehnt werden. Ohne eine Spezifizierung von pflegerischen Bedürfnissen auf einzelne Bevölkerungsgruppen ausdifferenzieren und der Tendenz der Kulturalisierung zu folgen, können vier zentrale Erkenntnisse aus dem Forschungsstand festgehalten werden: *Erstens* handelt es sich bei der Bevölkerung mit Migrationshintergrund um eine heterogene Bevölkerung mit ebenso heterogenen Bedürfnissen.³⁴ *Zweitens* ist der Wunsch groß, im eigenen Zuhause gepflegt zu werden.³⁵ *Drittens* ist die Inanspruchnahme professioneller pflegerischer Unterstützung im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich gering.³⁶ Und *viertens* existieren vielfältige Barrieren bei der Inanspruchnahme pflegerischer Unterstützung, die in sprachlichen Kompetenzen, einer unterschiedlichen Wahrnehmung von Pflegebedürftigkeit, fehlendem Wissen zum Pflegesystem sowie Diskriminierungserfahrungen und Angst vor Institutionen begründet sind.³⁷

Forschungsdesiderate bestehen sowohl im qualitativen als auch quantitativen Bereich sowie in der Mixed-Methods-Forschung, insbesondere in der Forschung zur Pflegesituation, zu Bedürfnissen und zur Evaluation von konkreten Maßnahmen. Es existieren bislang kaum Studien mit einer intersektionalen Perspektive, die mehr Differenzmerkmale als den Migrationshintergrund fokussieren, wie etwa die sozioökonomische Situation, die sexuelle Orientierung oder Identität und Rollenmodelle in Familien.

Heterogene sexuelle Orientierungen und Identitäten

Bislang liegen keine quantitativen Daten zu pflegebedürftigen LSBT*I-Menschen³⁸ vor, da die sexuelle Orientierung im Deutschen Alterssurvey oder der Pflegestatistik sowie anderen Surveys nicht erhoben wird. Es liegen insgesamt nur wenige Erkenntnisse zur Lebenssituation älterer LSBT*I-Menschen vor.³⁹

Ältere LSBT*I-Menschen sind im gesellschaftlichen Leben kaum sichtbar. Viele von ihnen verschweigen ihre sexuelle Orientierung, da sie in ihrer Biografie diesbezüglich Diskriminierungserfahrungen gemacht haben.⁴⁰ Diskriminierungen, die vor Jahrzehnten aufgrund der eigenen sexuellen Orientierung erlebt worden sind, wirken auch im Alter nach, und die betroffenen Personen scheuen sich, darüber zu reden.⁴¹ LSBT*I-Menschen sind häufiger kinderlos und alleinlebend und nehmen reguläre Versorgungsangebote der Altenhilfe aus Angst vor Diskriminierung selten an.⁴² Die Inanspruchnahme von pflegerischen Angeboten ist bei LSBT*I-

Menschen ähnlich dem Bevölkerungsdurchschnitt: Es wird ambulante Pflege bevorzugt, da der Verbleib in der eigenen Häuslichkeit als zentral erachtet wird. Wenn die ambulante Pflege die Pflegeerfordernisse nicht bewältigen kann, werden Pflege-Wohngemeinschaften herkömmlichen Pflegeheimen vorgezogen.⁴³ Bedürfnisse von LSBT*I-Menschen bei Pflegebedürftigkeit sind die Akzeptanz schwuler Lebensweisen, Austausch zu Diskriminierungserfahrungen und der Wunsch nach rivalitätsarmen Räumen.⁴⁴ Darüber hinaus besteht der Wunsch nach einem offenen und akzeptierenden Umgang mit tabuisierten Themen, abweichenden Sexualpraktiken, dem verstärkten Verbalisieren von Sexualität und kultureller Diversität.⁴⁵

Barrieren bei der Versorgung bestehen in der Anerkennung der Relevanz von sexueller Identität und Orientierung im Kontext Pflege und der fehlenden Sensibilität von professionellen Pflegefachpersonen für heterogene sexuelle Orientierungen und Identitäten. Die Heteronormativität, von der die Gesellschaft geprägt ist, findet sich auch im Kontext pflegerischer Versorgung wieder.

Forschungsdesiderate bestehen in Bezug auf unterschiedliche Lebenswelten von LSBT*I-Menschen zur Entwicklung bedürfnisorientierter pflegerischer Versorgungsangebote⁴⁶ und einer intersektionalen Perspektive zu einer Weiterentwicklung der kultursensiblen zu einer milieu- oder diversitätssensiblen Pflege.⁴⁷ Diese könnte die Auswirkungen unterschiedlicher Diversitätsmerkmale wie die sexuelle Orientierung und lebensweltlicher sowie biografischer Aspekte auf die Inanspruchnahme pflegerischer Versorgung und den Umgang mit erlebter Diskriminierung sichtbar machen.

Trauma und Pflege

Von Traumatisierungen sind in der Bevölkerung in Deutschland einer Untersuchung von Heide Glaesmer zufolge,⁴⁸ die auf mehreren großen bevölkerungsrepräsentativen Erhebungen basiert, 40 bis 50 Prozent der älteren Menschen betroffen. Kriegsbezogene traumatische Ereignisse spielen hierbei eine zentrale Rolle. Erfahrungen dieser Menschen wie Flucht, Vertreibung, Bombardierung und Beschuss, der Verlust von Angehörigen und die Konfrontation mit Sterbenden und Schwerverletzten, Hungersnot oder Vergewaltigungen können schwere Traumata verursachen.⁴⁹ Kriegstraumatisierungen betreffen nicht nur Menschen, die den Zweiten Weltkrieg erlebt haben, sondern können auch durch Erfahrungen in anderen Kriegen begründet sein. Die Aktualität von Kriegstraumatisierungen für

die Versorgung wird durch die Zahl der geflüchteten Menschen deutlich, die in den vergangenen Jahren nach Deutschland gekommen sind. Bei geflüchteten Menschen in Deutschland liegt Studien zufolge eine Prävalenz von 40 Prozent⁵⁰ beziehungsweise 33,2 Prozent⁵¹ der posttraumatischen Belastungsstörung vor. Die tatsächliche Zahl der traumatisierten Menschen mit Fluchterfahrung könnte weit über diesem Anteil liegen, da viele Traumata nicht thematisiert werden. Damit hat das Thema Trauma und Pflege auch in den kommenden Jahren eine hohe Relevanz.

Die Pflege traumatisierter Menschen ist für professionell Versorgende verbunden mit der Herausforderung zu unterscheiden, ob es sich bei den Erinnerungen einer Person um Symptome einer Demenzerkrankung oder um Re-Traumatisierungen handelt. Traumatische Erlebnisse können durch den Zustand der Pflegebedürftigkeit und der damit einhergehenden Ohnmacht und dem Kontrollverlust oder durch bestimmte Pflegepraktiken ausgelöst werden. Die Folge der Erinnerung an traumatische Erlebnisse können Angstzustände, Panikattacken, Albträume und depressive Symptome sowie posttraumatische Belastungsstörungen bewirken. Die betroffenen Personen können sehr erregt sein oder sich isolieren.⁵²

Informierung und Sensibilisierung des Personals auch zu nonverbalem Erkennen und Ernstnehmen von Trauma sind zentral bei der pflegerischen Versorgung.⁵³ Als Unterstützung im pflegerischen Alltag können Biografiearbeit mit den Betroffenen,⁵⁴ Life Review⁵⁵ oder die Checkliste »Traumatrigger« dienen.⁵⁶

Das Thema betrifft alle Bevölkerungsgruppen, sodass weiterführende Forschung in Bezug auf Traumatisierung und Pflege unterschiedliche Diversitätsaspekte berücksichtigen sollte.

Forschungsdiesiderate existieren zur Pflegesituation kriegstraumatisierter Frauen, die sich in ihrem Leben nie damit auseinandergesetzt haben, und zu Auswirkungen von Faktoren wie sozioökonomische Lage, unterschiedliche Lebenslagen und Generationenbeziehungen auf die Ausgestaltung der Pflege im Alter bei traumatisierten Menschen.

Zusammenfassend wird deutlich, dass zur Pflegesituation und zu pflegerischen Bedürfnissen von Menschen mit unterschiedlichen, sich überkreuzenden Diversitätsmerkmalen bislang nur wenige Erkenntnisse vorliegen. Sie sind sowohl in der pflegepraktischen Versorgung als auch in der pflegewissenschaftlichen Forschung wenig sichtbar. Das könnte auf eine bislang fehlende intersektionale Perspektive in der pflegewissenschaftlichen Forschung zurückzuführen sein.

Intersektionalität in den Gesundheits- und Pflegewissenschaften

Der weit verbreitete, auf betriebliche Optimierung ausgerichtete Diversity-Ansatz⁵⁷ steht in der Kritik, ausgrenzend zu wirken, da Differenzierungen innerhalb der einzelnen Merkmale und Machtverhältnisse nicht berücksichtigt werden. Der Ansatz würde normativ wirken und Fluiditäten zwischen Merkmalen und von Identitäten unberücksichtigt lassen. Der Critical-Diversity-Ansatz hingegen hinterfragt, wie Differenz durch wen konstruiert wird und inwiefern das von Machtstrukturen abhängt.⁵⁸

Im Critical-Diversity-Diskurs ist die Intersektionalität ein zentrales Konstrukt. Dieser entstammt der Frauenbewegung der 1960er Jahre in den USA und bezieht sich auf die Mehrfachdiskriminierung von afroamerikanischen Frauen in der Berufswelt. Hier liegt der Fokus stärker auf *race*, *class* und *gender* sowie den definitorischen und methodischen Herausforderungen einer intersektionalen Perspektive in der Forschung.⁵⁹ In der Intersektionalitätsforschung selbst wird das Thema Alter bislang nur randständig behandelt.⁶⁰ Die Diskussionen um Intersektionalität und der Wirkung von Diversitätsmerkmalen, die – wie Katharina Walgenbach konstatiert – »nicht isoliert voneinander konzeptualisiert werden können, sondern in ihren ›Verwobenheiten‹ oder ›Überkreuzungen‹ (intersections) analysiert werden müssen«,⁶¹ führte in der Pflegewissenschaft zu einzelnen Studien, die mehr als ein Diversitätsmerkmal in den Blick nehmen.

Verortet sind diese Studien thematisch im Bereich der 24-Stunden-Pflege durch Pflegefachpersonen aus dem Ausland⁶² und der Situation pflegender Angehöriger.⁶³ Diese vereinzelt Forschungsansätze geben Hinweise auf Wirkungen von Intersektionalität in der Pflege aus Angehörigen- und Professionellenperspektive.

Gemeinsam haben die Studien mit unterschiedlichen Schwerpunkten, dass bisherige Erkenntnisse zu einzelnen Diversitätsmerkmalen durch die Betrachtung mehrerer, gleichzeitig vorhandener Merkmale relativiert werden. Beispielsweise wurde deutlich, dass der Migrationshintergrund bei der Gestaltung und Bewältigung der Pflegesituation eine untergeordnete Rolle spielt⁶⁴ oder die Aktivierung von Selbstmanagement-Kompetenzen vom Geschlecht und den Rollenkonstellationen innerhalb der Familie abhängt.⁶⁵ Durch den Blick auf nur ein Diversitätsmerkmal – wie in der bisherigen Forschung beispielsweise zu Migration und Pflege – blieb verborgen, welche Merkmalskombinationen sich in bestimmter Weise auf die Wahrnehmung von Pflegebedürftigkeit oder auf die Aktivierung von

Selbstmanagement-Kompetenzen auswirken. Weiterhin fehlen Erkenntnisse darüber, welche Merkmalskombinationen in welcher Weise vor allem bei sogenannten schwer erreichbaren Personen auf die Inanspruchnahme professioneller pflegerischer Unterstützung wirken. Eine intersektionale Perspektive auf Diversität in der pflegewissenschaftlichen Forschung und die Etablierung einer Theorie der Diversität in der Pflegewissenschaft erscheint künftig notwendig.

Theorie der Diversität und Handlungsansätze

Theoriebildung in einer Disziplin dient unter anderem dazu, dass in einem wechselseitigen Prozess einerseits die empirische Forschung davon geleitet wird und andererseits die Theorie durch die empirischen Erkenntnisse weiterentwickelt wird. Ein zirkulärer Prozess des Wissenstransfers zwischen intersektionaler Forschung und diversitätssensibler Versorgung würde ermöglichen, eine Theorie der Diversität ausgehend von der Empirie zu entwickeln, und im Gegenzug durch Implementierung in der Praxis dazu beitragen, Fehlversorgung zu verringern. Das Ziel in den kommenden Jahren ist es, Diversität als Querschnittsthema in pflegewissenschaftlichen Forschungs- und Modellprojekte einzubeziehen und in einem sich wiederholenden Prozess eine empiriebasierte Theorieentwicklung zu erreichen. Es gilt, einen nationalen Diskurs zu Diversität in der Pflege zu etablieren, der an den internationalen Diskurs anknüpft. Eine partizipative Herangehensweise ist hierbei notwendig, da insbesondere die Entscheidungen über zu fokussierende Merkmale durch potenziell privilegierte Wissenschaftler*innen in den Intersektionalitätsdebatten in der Kritik steht. Partizipativ angelegte Forschungsprojekte würden gewährleisten, dass bisher nicht wahrgenommene Merkmale in die Wahrnehmung der Wissenschaft und durch den Theorie-Praxis-Transfer auch in die pflegerische Praxis gelangen.

Dieser Prozess gestaltet sich mehrdimensional ab, da Veränderungen in der Pflege von mehr Faktoren abhängen als nur von einem Perspektivwechsel in der Wissenschaft.

Auf **pflegepolitischer Ebene** sollten Diversitätsaspekte stärker in der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung berücksichtigt werden, etwa in Modellvorhaben nach Paragraf 8 Absatz 3 Sozialgesetzbuch XI, was bislang nur wenig erfolgt.

Auf **pflegedidaktischer Ebene** ist es notwendig, die Reflexion des Umgangs mit Diversität im Umgang mit Pflegebedürftigen, Angehörigen,

aber auch Kolleg*innen in die Ausbildung/das Studium von Pflegefachpersonen explizit und über mehrere Ausbildungs-/Studienjahre hinweg einzubinden, da die Entwicklung einer diversitätssensiblen Haltung ein Prozess ist, der über längere Zeit hinweg wächst. Um diese Veränderungen herbeiführen zu können, bedarf es neben verlässlichen Forschungsergebnissen auch einer **diversitätssensiblen Gesundheits- und Pflegeberichterstattung**. Das Verbundprojekt »AdvanceGender«⁶⁶ entwickelt mit einer Intersektionalitätsperspektive erste Ansätze für eine diversitätssensible Gesundheitsberichterstattung. Vor diesem Hintergrund müsste auch die Pflegeberichterstattung weiterentwickelt werden.

Diese unterschiedlichen Bereiche sollten das Thema Diversitätssensibilität nicht nebeneinanderher aufgreifen, sondern es sollte eine Zusammenarbeit im Sinne einer Vernetzungsstruktur etabliert werden. Ziel ist es, den vielfältigen Bedürfnissen einer heterogenen Gesellschaft mit unterschiedlichen Diversitätsmerkmalen wie Alter, sexuelle Orientierungen und Geschlechtsidentitäten oder Bildungshintergründe gerecht zu werden und Pflege personenzentriert und diversitätssensibel zu gestalten. Dies kann mit der Modifizierung bereits bestehender Strukturen der pflegerischen Versorgung sowie Entwicklung innovativer Ansätze gelingen.

Anmerkungen

- 1 Vgl. Ulrike Lenthe, *Transkulturelle Pflege. Kulturspezifische Faktoren kennen – verstehen – integrieren*, Wien 2011.
- 2 Vgl. Gabriella Zanier, *Altern in der Migrationsgesellschaft: Neue Ansätze in der Pflege – Kultursensible (Alten-)Pflege und interkulturelle Öffnung*, 18.8.2015, www.bpb.de/g/211007.
- 3 Vgl. Madeleine M. Leininger, *Culture Care Theory: A Major Contribution to Advance Transcultural Nursing Knowledge and Practices*, in: *Journal of Transcultural Nursing* 3/2002, S. 189–192; Dagmar Domenig, *Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*, Berlin 2007; dies./Sandro Cattacin/Antonio Chiarenza, *Equity Standards for Healthcare Organisations: A Theoretical Framework* in: *Diversity and Equality in Health and Care* 4/2013, S. 249–258.
- 4 Vgl. Robert Koch Institut, *Gesundheit in Deutschland, 2015*, www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheit_in_deutschland_2015.pdf?__blob=publicationFile.
- 5 Vgl. Statistisches Bundesamt, *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2013*, Fachserie 1, Reihe 2.2, Wiesbaden 2014; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), *Familienreport 2017. Leistungen, Wirkungen, Trends*, Berlin 2017; Devrimsel Deniz Nergiz, *I Long for Normality. A Study on German Parliamentarians with Migration Backgrounds*, Berlin 2014; Isabel Sievers/Hartmut Griese, *Bildungserfolgreiche Transmigranten. Eine Studie über deutsch-türkische Migrationsbiographien*, Frankfurt/M. 2010; Melanie C. Steffens/Michael Bergert/Stephanie Heinecke, *Doppelt diskriminiert oder gut integriert? Lebenssituation von Lesben und Schwulen mit Migrationshintergrund in Deutschland*, München 2010.
- 6 Vgl. Christine Binder-Fritz, *Kultursensible Pflege und transkulturelle PatientInnenbetreuung in Österreich: Erfahrungen – Konzepte – Perspektiven*, in: Barbara Harold (Hrsg.), *Wege zur transkulturellen Pflege. Mit Kommunikation Brücken bauen*, Wien 2013, S. 13–34; Christine Binder-Fritz/Anita Rieder, *Zur Verflechtung von Geschlecht, sozioökonomischen Status und Ethnizität im Kontext von Gesundheit und Migration*, in: *Bundesgesundheitsblatt* 9/2014, S. 1031–1037; Diana Auth et al., *Sorgende Angehörige als Adressat_innen einer vorbeugenden Pflegepolitik. Eine intersektionale Analyse*, Düsseldorf 2018; Hürrem Tezcan-Güntekin, *Stärkung von Selbstmanagement-Kompetenzen pflegender Angehöriger türkeistämmiger Menschen mit Demenz*, 2018, <https://pub.uni-bielefeld.de/record/2932147>.
- 7 Vgl. Olaf von dem Knesebeck/Nico Vonneilich, *Gesundheitliche Ungleichheit im Alter*, in: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 6/2009, S. 459–464; Andreas Kruse/Erik Schmitt, *Soziale Ungleichheit, Gesundheit und Pflege im höheren Lebensalter*, in: *Bundesgesundheitsblatt* 2/2016, S. 252–258.
- 8 Vgl. Hürrem Tezcan-Güntekin/Jürgen Breckenkamp, *Die Pflege älterer Menschen mit Migrationshintergrund*, in: *Gesundheit und Gesellschaft – Wissenschaft* 2/2017, S. 15–23.
- 9 Vgl. Kurt Medlin/Hürrem Tezcan-Güntekin, *Begutachtung von Pflegebedürftigkeit im*

- kulturellen Kontext, in: Anne Meißner (Hrsg.), *Begutachtung und Pflegebedürftigkeit. Praxishandbuch zur Pflegebedarfseinschätzung*, Bern 2017, S. 217–236.
- 10 Vgl. Gabriella Zanier, *Gesundheitsversorgung in einer pluralen Gesellschaft: Barrieren, Herausforderungen, Handlungsansätze*. Gesundheitskonferenz Kultursensibilität und gesundes Altern, Folien zum Vortrag, Kommunale Gesundheitskonferenz Kultursensibilität und gesundes Altern, Mannheim, 26.11.2015, S. 42.
- 11 Vgl. Domenig (Anm. 3).
- 12 Vgl. ebd.
- 13 Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege, Kuratorium Deutsche Altershilfe, *Memorandum für eine kultursensible Altenhilfe*, 2002, S. 12, www.bagso.de/fileadmin/Aktuell/Themen/Pflege/handreicherung.pdf.
- 14 Vgl. Zanier (Anm. 10).
- 15 Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege (Anm. 13), S. 19.
- 16 Vgl. Nicole Lieberam/Christoph Müller, »Mehr Sensibilität wagen« – Scham und Schuld in der transkulturellen psychiatrischen Pflege, in: Iris Tatjana Graef-Callies/Meryam Schouler-Ocak (Hrsg.), *Migration und Transkulturalität: Neue Aufgaben in der Psychiatrie und Psychotherapie*, Stuttgart 2017, S. 326–334.
- 17 Vgl. Madeleine M. Leininger, *Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege*, Freiburg/Br. 1998.
- 18 Vgl. Lenthe (Anm. 1); Domenig (Anm. 3); Charlotte Uzarewicz, *Kultur und Bildung – Lernen in einer transkulturellen Welt*, Vortrag, Iku-Abschlussstagung, Deutsches Institut für Erwachsenenbildung, 24.9.2003.
- 19 Vgl. Domenig (Anm. 3), S. 178; Lenthe (Anm. 1), S. 163.
- 20 Vgl. Domenig (Anm. 3), S. 173.
- 21 Vgl. ebd., S. 174.
- 22 Vgl. Wolfgang Welsch, *Transkulturalität. Zwischen Globalisierung und Partikularisierung*, in: Andreas Cesana (Hrsg.), *Mainzer Universitätsgespräche im Sommersemester 1998*, Mainz 1999, S. 45–72.
- 23 Vgl. Domenig (Anm. 3).
- 24 Dies., *Transkulturelle Kompetenz – die Entleerung eines Begriffs im Laufe der Zeit*, November 2011, S. 1, www.redcross.ch/de/shop/transkulturelle-kompetenz-archiv/transkulturelle-kompetenz-die-entleerung-eines-begriffs-im.
- 25 Vgl. Erol Yildiz, *Postmigrantische Perspektiven*, in: Graef-Callies/Schouler-Ocak (Anm. 16), S. 53–61.
- 26 Vgl. Patrick Brzoska/Yüce Yilmaz-Aslan/Stephan Probst, *Umgang mit Diversität in der Pflege und Palliativversorgung am Beispiel von Menschen mit Migrationshintergrund*, in: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 6/2018, S. 636–641.
- 27 Vgl. Hürrem Tezcan-Güntekin/Sarina Strumpfen, *Altenpflege in der Migrationsgesellschaft*, in: Peter Bechtel/Ingrid Smerdka-Arhelger (Hrsg.), *Pflege im Wandel gestalten – Eine Führungsaufgabe*, Berlin–Heidelberg 2017², S. 103–114; Maria Droste et al., *Das kultursensible Krankenhaus*, 2015, www.bundesregierung.de/resource/blob/975292/729152/faf92058a4f377b8cb7c8ae889d677e5/das-kultursensible-krankenhaus-09-02-2015-download-ba-ib-data.pdf?download=1.
- 28 Vgl. Domenig (Anm. 3), S. 170 f.

- 29 Vgl. Ralf Lottmann/María do Mar Castro Varela, Altenpflege – die letzte weiße deutsche heterosexuelle Bastion? Eine Vielfaltskritik, in: *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit* 2/2018, S. 80–89.
- 30 Vgl. Heide Glaesmer, Traumatische Erfahrungen in der älteren deutschen Bevölkerung. Bedeutung für die psychische und körperliche Gesundheit auf Bevölkerungsebene, in: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 3/2014, S. 194–201; Martina Böhmer, Mit traumatisierten alten Menschen umgehen, in: *Fachzeitschrift für geriatrische und gerontologische Pflege* 1/2012, S. 37–42.
- 31 Vgl. Nazan Ulusoy/Elmar Graessel, Subjective Burden of Family Caregivers with Turkish Immigration Background in Germany: Validation of the Turkish Version of the Burden Scale for Family Caregivers, in: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 4/2017, S. 339–346; Gudrun Piechotta-Henze, Kontoauszüge im Kühlschranks. Belastungen und Ressourcen von Angehörigen, in: Olivia Dibelius/Erika Feldhaus-Plumin/dies. (Hrsg.), *Lebenswelten von Menschen mit Migrationserfahrung und Demenz*, Bern 2016, S. 135–164; Olga Mayer/Irina Becker, *Pflegeberatung von russischsprachigen Migranten aus der GUS: Empfehlungen am Beispiel des Pflegestützpunktes Berliner Freiheit*, Hamburg 2011; Marcel Thum et al., Auswirkungen des demografischen Wandels im Einwanderungsland Deutschland, 2015, <https://library.fes.de/pdf-files/wiso/11612.pdf>; Hürrem Tezcan-Güntekin/Jürgen Breckenkamp/Oliver Razum, *Pflege und Pflegeerwartungen in der Einwanderungsgesellschaft*, 2015, www.svr-migration.de/wp-content/uploads/2015/12/SVR_Expertise_2015_11_27.pdf; Hürrem Tezcan-Güntekin/Oliver Razum, *Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund.*, in: Klaus Jacobs al. (Hrsg.), *Pflege-Report 2017 – Schwerpunkt: Die Pflegebedürftigen und ihre Versorgung*, Stuttgart 2017, S. 73–82.
- 32 Vgl. BMFSFJ, *Sechster Familienbericht. Familien ausländischer Herkunft in Deutschland. Leistungen, Belastungen, Herausforderungen und Stellungnahme der Bundesregierung*, Berlin 2000; Thum et al. (Anm. 31).
- 33 Vgl. Tezcan-Güntekin/Breckenkamp/Razum (Anm. 31).
- 34 Vgl. Olivia Dibelius/Peter Offermans/Stefan Schmidt, *Palliative Care für Menschen mit Demenz*, Bern 2016; Tezcan-Güntekin (Anm. 6); Peter Schimany/Stefan Rühl/Martin Kohls, *Ältere Migrantinnen und Migranten. Entwicklungen, Lebenslagen, Perspektiven*, 2012, www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb18-aeltere-migranten.pdf?__blob=publicationFile.
- 35 Vgl. Infratest, *Daten aus der Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz*, 2011, www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_zur_Studie_Wirkungen_des_Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes.pdf; Martin Kohls, *Migration und Pflege – eine Einführung*, 18.8.2015, www.bpb.de/211005; ders., *Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demographischen Wandel*, 2012, www.bamf.de/SharedDocs/Meldungen/DE/2012/20120302-forschungsbericht12.html.
- 36 Vgl. Petra-Karin Okken/Jacob Spallek/Oliver Razum, *Pflege türkischer Migranten*, in: Hans-Ullrich Gebauer/Andreas Büscher (Hrsg.), *Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung*, Wiesbaden 2008, S. 369–422; Marieke Volkert/Rebekka Risch, *Altenpflege für Muslime – Informationsverhalten und Akzeptanz von Pflegearrangements*, 2017, www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/

- Publikationen/WorkingPapers/wp75-altenpflege-muslime.pdf?__blob=publicationFile.
- 37 Vgl. Gudrun Piechotta/Christa Matter, Die Lebenssituation demenziell erkrankter türkischer Migrant/-innen und ihrer Angehörigen. Fragen, Vermutungen Annahmen, in: Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie 4/2008, S. 221–230; Angelika Thiel, Türkische Migrantinnen und Migrantinnen und Demenz – Zugangsmöglichkeiten, in: Christa Matter/Gudrun Piechotta-Henze, Doppelt verlassen? Menschen mit Migrationserfahrung und Demenz, Berlin 2013; Susanne Glodny/Yüce Yılmaz-Aslan, Epidemiologische Aspekte zur Pflegesituation von Migrantinnen und Migrantinnen, in: Thomas Gaertner et al. (Hrsg.), Die Pflegeversicherung, Berlin 2014, S. 248–254; Sarina Strumpfen, Ältere Pendelmigrantinnen aus der Türkei. Alters- und Versorgungserwartungen im Kontext von Migration, Kultur und Religion, Bielefeld 2018.
- 38 LSBT*I steht für vielfältige sexuelle Orientierungen (z.B. lesbisch, schwul, bisexuell u. a.) und unterschiedliche sexuelle Identitäten (queer-, trans-, inter-Menschen) und allen Facetten sexueller Orientierungen und Identitäten, die sich in dem Sternchen wiederfinden lassen.
- 39 Vgl. Lottmann/Castro Varela (Anm. 29); Ralf Lottmann/Rüdiger Lautmann/María do Mar Castro Varela (Hrsg.), Homosexualität_en und Alter(n), Ergebnisse aus Forschung und Praxis, Wiesbaden 2016; Claudia Krell, Altersbilder lesbischer Frauen, in: ebd., S. 111–128; Bärbel Susanne Traunsteiner, Gleichgeschlechtlich l(i)ebende Frauen im Alter. Aspekte von lesbischem Beziehungsleben in der dritten Lebensphase, in: ebd., S. 163–178; Heiko Gerlach/Christian Szillat, Kontaktgestaltung und Wohnformen im Alter. Schwule und bisexuelle Männer in Hamburg, in: ebd., S. 179–192.
- 40 Vgl. Ute Schröder/Dirk Scheffler, Bei uns gibt es dieses Problem nicht – Die gesellschaftliche Wahrnehmung von lesbischen, schwulen, bi* und trans* Senior_innen, in: Informationsdienst Altersfragen 1/2016, S. 3–11; Lottmann/Castro Varela (Anm. 29).
- 41 Vgl. Lottmann/Castro Varela (Anm. 29).
- 42 Vgl. Manon Linschoten/Ralf Lottmann/Frédéric Lauscher, The Pink Passkey – ein Zertifikat für die Verbesserung der Akzeptanz von LSBT*I-Pflegebedürftigen in Pflegeeinrichtungen, in: Lottmann/Lautmann/Castro Varela (Anm. 39), S. 227–242.
- 43 Vgl. Marco Pulver, Anders Altern. Zur aktuellen Lebenslage von Schwulen und Lesben im Alter, in: Friederike Schmidt/Anne-Christin Schondelmayer/Ute Schröder (Hrsg.), Selbstbestimmung und Anerkennung sexueller Vielfalt. Lebenswirklichkeiten, Forschungsergebnisse und Bildungsbausteine, Wiesbaden 2015, S. 303–318.
- 44 Vgl. Lottmann/Castro Varela (Anm. 29).
- 45 Vgl. ebd.
- 46 Vgl. Linschoten/Lottmann/Lauscher (Anm. 42).
- 47 Vgl. Ralf Lottmann/Ingrid Kollack, Eine diversitätssensible Pflege für schwule und lesbische Pflegebedürftige – Ergebnisse des Forschungsprojekts GLESA, in: International Journal of Health Professions 1/2018, S. 53–63.
- 48 Vgl. Glaesmer (Anm. 30).
- 49 Vgl. Frank Weidner et al., Alter und Trauma – Unerhörtem Raum geben. Abschlussbericht zum Projekt »Alte Menschen und Traumata – Verständnis, Erprobung und Multiplikation von Interventionen und Fortbildungsmaßnahmen«, 2016, www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Abschlussbericht_Alter_und_Trauma-online.pdf.

- 50 Vgl. Ulrike Gäbel et al., Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis, in: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 1/2006, S. 12–20.
- 51 Vgl. Günter Niklewski/Kneginja Richter/Hartmut Lehfeld, Abschlussbericht im Verfahren Az.: Z2/0272.01-1/14 für »Gutachterstelle zur Erkennung von psychischen Störungen bei Asylbewerberinnen und Asylbewerbern – Zirndorf«, Klinikum Nürnberg, 2012.
- 52 Vgl. Anke Nolte, Die langen Schatten des Krieges, in: Heilberufe 11/2008, S. 48 ff.; Weidner et al. (Anm. 49).
- 53 Vgl. Weidner et al. (Anm. 49); Udo Baer, Plötzlich ist wieder Krieg, in: Altenpflege, 2016, www.alterundtrauma.de/files/alter-und-trauma/mediathek/lesen/ap5-16-baer-udo-traumatisierung.pdf.
- 54 Vgl. Nolte (Anm. 52).
- 55 Vgl. Angela Affolter, Trauma im Alter. Umgang mit traumatisierten Menschen in Alters- und Pflegeheimen, in: Curaviva Schweiz (Hrsg.), Fachbereich Menschen im Alter, 2018, www.curaviva.ch/files/IPWP5NF/2018_09_faktenblatt_trauma_im_alter_de.pdf.
- 56 Baer (Anm. 53), S. 38.
- 57 Vgl. Lee Gardenswartz/Jorge Cherbosque/Anita Rowe, Emotional Intelligence for Managing Results in a Diverse World: The Hard Truth About Soft Skills in the Workplace, Mountain View 2008.
- 58 Vgl. Patrizia Zanoni et al., Unpacking Diversity, Grasping Inequality: Rethinking Difference through Critical Perspectives, in: Organization 1/2010, S. 9–29; Mike Noon, The Fatal Flaws of Diversity and the Business Case for Ethnic Minorities, in: Work Employment and Society 4/2007, S. 773–784.
- 59 Vgl. Patricia Hill Collins, Intersectionality's Definitional Dilemmas, in: Annual Review of Sociology 2015, S. 1–20; Gabriele Winker/Nina Degele, Intersectionality as Multi-Level Analysis: Dealing with Social Inequality, in: European Journal of Women's Studies 1/2011, S. 51–66.
- 60 Vgl. Friederike Enßle/Ilse Helbrecht, Ungleichheit, Intersektionalität und Alter(n) – für eine räumliche Methodologie in der Ungleichheitsforschung, Berlin 2018.
- 61 Vgl. Katharina Walgenbach, Intersektionalität – eine Einführung, 2012, <http://portal-intersektionalitaet.de/theoriebildung/ueberblickstexte/walgenbach-einfuehrung>.
- 62 Vgl. Almut Bachinger, 24-Stunden-Betreuung als Praxis: Identitätskonstruktionen, Arbeitsteilungen und Ungleichheiten – eine Intersektionalitätsanalyse, in: SWS-Rundschau 4/2014, S. 279–298.
- 63 Vgl. Auth (Anm. 6); Tezcan-Güntekin/Razum (Anm. 31).
- 64 Vgl. Auth (Anm. 6)
- 65 Vgl. Tezcan-Güntekin (Anm. 31).
- 66 Kathleen Pöge/Alexander Rommel/Emily Mena et al., AdvanceGender – Verbundprojekt für eine geschlechtersensible und intersektionale Forschung und Gesundheitsberichterstattung, in: Bundesgesundheitsblatt 1/2019, S. 102–107.