

Zeitschrift für Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft

Journal of Leadership and Human Resource Management in Healthcare

PERSONELLE VIELFALT



Gleichstellung

Arbeitsmarkt

Fachkräftesicherung

Qualifizierte Mitarbeiter

Spezialisierung

Humankapital

Personalstruktur

Fähigkeiten

Demografie

Berufsgruppen

Stellenausschreibungen

Anerkennung

Pflegekräfte

Zuwanderung

Integration

Zeitschrift für Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft

Herausgeber Hochschule Neu-Ulm

Prof. Dr. Uta M. Feser

Mitherausgeber/ Redaktion

Prof. Dr. Mario A. Pfannstiel
Prof. Dr. Sylvia Schafmeister

Erweiterter Herausgeberkreis

Prof. Dr. Patrick Da-Cruz
Prof. Dr. Axel Focke
Prof. Dr. Harald Mehlich

Wissenschaftsbeirat

Prof. Dr. Manfred Bornewasser
Prof. Dr. Horst Kunhardt
Prof. Dr. Christoph Rasche
Prof. Alfons Runde
Prof. Dr. Volker Schulte
Dr. Andreas J. Reuschl

Praxisbeirat

Prof. Dr. Horst-Peter Becker
Prof. Dr. Wolfgang Hellmann
Prof. Dr. Alexander Schachtrupp
Dr. Guntram Fischer
Dr. Philipp Schwegel
Michael Born

Autoren

Jun.-Prof. Dr. Patrick Brzoska
Prof. Dr. Christiane Falge
Prof. Dr. Mario A. Pfannstiel
Prof. Dr. med. Oliver Razum
Prof. Dr. Christoph Straub
Dr. Katharina Crepaz
Dr. Laura Dobusch
Dr. Sonja Novak-Zezula
Dr. Andrea Rothe
Dr. Ursula Trummer
Andreas Merx

EDITORIAL



Prof. Dr. Mario A.
Pfannstiel



Prof. Dr. Sylvia
Schafmeister

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir freuen uns, Ihnen die achte Ausgabe der Zeitschrift für Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft vorlegen zu können. Mit der Zeitschrift wollen wir eine Brücke zwischen fundierter Theoriebildung und profunder Anwendungsorientierung in der Gesundheitswirtschaft bauen. Die Zeitschrift ist ganzheitlich ausgerichtet und bezieht sich auf Themenfelder aus Praxis und Wissenschaft. Unser Anliegen ist es, aktuelle Information und Entwicklungen im Bereich „Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft“ zu vermitteln.

In der achten Ausgabe wurde der Schwerpunkt auf das Thema „Personelle Vielfalt“ gelegt. Personelle Vielfalt bedeutet, dass sich Personen nach vielfältigen Kriterien unterscheiden, z. B. nach Alter, Geschlecht, Behinderung und kultureller Herkunft. Im Gesundheitswesen im Allgemeinen und in Gesundheitseinrichtungen im Speziellen treffen diese Personen aufeinander. Die personelle Vielfalt muss zielgerichtet eingesetzt und gesteuert werden, damit eine hochwertige medizinische Versorgung angeboten und in Anspruch genommen werden kann, keine Ressourcen verwendet werden und die gesetzten Ziele der Akteure erreicht werden.

Mit der Zeitschrift versuchen wir, der steigenden Bedeutung von Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft durch fachlich fundierte Beiträge zu aktuellen und grundlegenden Fragen gerecht zu werden. Gerne bieten wir Ihnen an, mit uns gemeinsam an der Zeitschrift zu arbeiten. Ihre Anregungen, Kritiken und Verbesserungsvorschläge sind uns wichtig, um zum Gelingen der gesetzten Zielstellung beizutragen.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Mario A. Pfannstiel
Prof. Dr. Sylvia Schafmeister

Die Redaktion

Zeitschrift für Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft

INHALT

Editorial	3
Mitteilung der Herausgeber <i>Prof. Dr. Mario A. Pfannstiel Prof. Dr. Sylvia Schafmeister</i>	
Fachinterview	6
Titel: Personelle Vielfalt als Führungsaufgabe im Gesundheitswesen <i>Andreas Merx Prof. Dr. Mario A. Pfannstiel</i>	
Beitrag aus der Wissenschaft I	12
Titel: Migration als Herausforderung und Chance für das deutsche Gesundheitswesen: Zur Abkehr vom „Norm(al)patienten“ <i>Dr. Katharina Crepaz Dr. Laura Dobusch</i>	
Beitrag aus der Praxis I	19
Titel: Diversitätsmanagement in Ambulanzen. Aktuelle Herausforderungen und Lösungen aus Mitarbeitersicht <i>Dr. Ursula Trummer Dr. Sonja Novak-Zezula</i>	
Beitrag aus der Wissenschaft II	28
Titel: Vielfalt im Krankenhaus – Chance oder Risiko? <i>Dr. Andrea Rothe</i>	
Beitrag aus der Wissenschaft III	34
Titel: Diversity Management als Strategie zum Umgang mit der Vielfalt von Nutzern und Personal am Beispiel der Rehabilitation <i>Jun.-Prof. Dr. Patrick Brzoska Prof. Dr. Oliver Razum</i>	
Beitrag aus der Wissenschaft IV	40
Titel: Diversity als Chance: Forschung, Lehre und Aktivismus im Stadtteillabor Bochum <i>Prof. Dr. Christiane Falge</i>	
Führende Köpfe im Porträt	51
Titel: Führende Köpfe, Porträt über Prof. Dr. Christoph Straub <i>Prof. Dr. Christoph Straub Prof. Dr. Mario A. Pfannstiel</i>	
Impressum	55

Fachinterview

Titel

Personelle Vielfalt als Führungsaufgabe im Gesundheitswesen

Interview

Die Gesprächspartner Prof. Dr. Mario A. Pfannstiel und Andreas Merx (Vorstandsmitglied des Fachverbands Internationale Gesellschaft für Diversity Management – idm e.V.) werden im Folgenden mit MP und AM abgekürzt.

MP: Was bedeutet für Sie personelle Vielfalt?

AM: Personelle Vielfalt bedeutet zunächst einmal, dass in der Belegschaft eine breite Palette unterschiedlicher Arbeitsformen und Lebensweisen im Hinblick auf verschiedene Diversity-Dimensionen, denen Menschen zugehören, vorhanden ist und das ein Faktor ist, den es zu erkennen und gestalten gilt.

Die von Diversity-Ansätzen meist zentral in den Fokus genommenen „Kerndimensionen“ entsprechen den vom Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG) geschützten Merkmalen (Lebens)Alter, physische/psychische Befähigung (im AGG: Behinderung), ethnische Herkunft, Geschlecht, Religion/Weltanschauung und sexuelle Identität. Dazu kommen soziale Dimensionen wie Einkommen, soziale/r Herkunft/Status, Familienstand/Elternschaft, Ausbildungsweg und geographische Herkunft sowie organisationale Dimensionen wie Dauer der Zugehörigkeit, Managementstatus/Ebene oder Funktion/Abteilung.



Merx: „Diversity sollte kumulativ umgesetzt werden, um Überforderungen zu verhindern“

Wichtig ist dabei das Verständnis, dass alle Menschen einzigartig sind und immer mehreren gesellschaftlichen Gruppen bzw. Diversity-Dimensionen gleichzeitig angehören (z. B. als mittelalte Frau mit Migrationshintergrund, alleinerziehend, areligiös und obere Führungsebene) und zwischen den verschiedenen Zugehörigkeiten komplexe Wechselbeziehungen bestehen (Intersektionalität).

Ein Azubi ohne Migrationshintergrund und einer z. B. mit türkischen Wurzeln können sich einerseits hinsichtlich kultureller Aspekte oder von Sprachkenntnissen durchaus unterscheiden. Wenn sie aber z. B. im gleichen Stadtteil aufgewachsen sind, den gleichen Bildungs- und Ausbildungsweg gemacht haben, im gleichen Fußballverein spielen, ähnliche Musik hören und im selben Freundeskreis unterwegs sind, gibt es viel mehr was sie verbindet als unterscheidet. In diesem Fall macht es dann nicht immer Sinn, nur auf „interkulturelle“ Zusammenhänge zu achten, sondern die individuellen Bedarfe und Kompetenzen müssen breiter gesehen werden.

Diversity-Ansätze versuchen daher Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen Menschen gleichzeitig in den Blick zu nehmen und zu überlegen, was das für die Personalarbeit und die Arbeitsorganisation bedeutet.

In der Praxis erfolgt meist aber dann wesentlich schlichter eine Konzentration auf eine Auswahl aus den Kerndimensionen. Studien deuten auf das Top-3-Ranking Geschlecht, Lebensalter/Lebensphasen und ethnische Herkunft/Internationalität hin. Dabei ist m. E. spätestens seit den PISA-Studien klar, dass es vor allem die soziale Herkunft ist, die in Deutschland stark über Bildungs- und Arbeitsmarktchancen und dann eben auch über Positionen in Unternehmen entscheidet. Weiterhin denke ich, dass Faktoren wie Vollzeit bzw. Teilzeit oder befristete bzw. unbefristete Beschäftigung ebenfalls oft wichtiger sein können, als nur der Blick auf die Kerndimensionen.

Personelle Vielfalt sollte weiterhin auf allen Hierarchieebenen eine Rolle spielen. Bei entsprechender Qualifikation und Interesse sollten alle die gleichen Chancen z. B. für den Aufstieg in Führungspositionen haben. In vielen Unternehmen, die mit Diversity viel Werbung machen, ist es aber so, dass ganz oben vor allem Männer sitzen, nur wenige Frauen und z. B. noch weniger Fachkräfte mit einem Migrationshintergrund aus den wichtigsten Herkunftsländern der deutschen Einwanderungsgeschichte. Weiter unten im Mittelbau gibt es dann schon mehr Frauen und ganz unten bei den einfachsten Tätigkeiten oder im Bereich Raumpflege oder Versand ist die ethnisch-kulturelle Vielfalt dann besonders groß. Wenn ein Unternehmen personelle Vielfalt und auch seine soziale Verantwortung ernst nimmt und mit seinem Diversity Management glaubwürdig sein will, sollten die z.T. noch bestehenden massiven Unterrepräsentationen vor allem auf den oberen Ebenen gezielt abgebaut werden.

MP: Warum sollten sich Unternehmen mit personeller Vielfalt auseinandersetzen?

AM: Weil die Vielfalt im Personal mit dem oben beschriebenen breiteren, ganzheitlichen und intersektionalen Verständnis oft schon vorhanden ist und die Mitarbeitenden auch von der Personalarbeit erwarten, dass ihre individuellen Bedürfnisse und Potentiale in der jeweiligen Vielfalt ihrer Person gesehen werden. Sie wollen nicht nur als „Frau nach der Elternzeit“, „behindert“ oder „russischer Kollege“ einsortiert werden, da häufig weitere Dimensionen und Lebenslagen eine wichtigere Rolle spielen.

In der Gestaltung von personeller Vielfalt liegen zugleich viele wirtschaftliche Chancen für Unternehmen, da sie z. B. durch ein mehr an Blickwinkeln und Fähigkeiten innovativer werden können und auch neue Märkte und Kundensegmente mit einer vielfältigen Belegschaft vielleicht besser verstehen und erreichen können.

Weiterhin verlangen der durch demografische Veränderungen wachsende Arbeits- und Fachkräftebedarf und die immer internationaleren und interkulturelleren Arbeits- und Absatzmärkte auch, dass Unternehmen stärker als bisher auf Arbeitnehmer*innen zugehen, die bisher ggf. noch nicht so im Blick waren.

Der gesetzliche Antidiskriminierungsauftrag durch das AGG ist ein weiterer Treiber, sich intensiver als bisher mit personeller Vielfalt auseinanderzusetzen. Wenn auch viele Unternehmen eher Ausweichstrategien zum AGG fahren und in einem Mehr an Chancengleichheit oder im Abbau von Vorurteilen und Diskriminierungen keine wirtschaftlichen Chancen erkennen - z. B. da es dann weniger Konflikte und Reibungsverluste und eine erhöhte Mitarbeitermotivation gibt – gehen einige Unternehmen hier doch sehr offensiv voran. Sie haben verstanden, dass Antidiskriminierung eine essentielle Voraussetzung von

Diversity ist und durch die Übernahme sozialer Verantwortung auch ihr Image als attraktiver und fairer Arbeitgeber gestärkt werden kann, zum Nutzen aller Beteiligten.

MP: Wann und in welchen Bereichen spielt personelle Vielfalt eine tragende Rolle?

AM: Das kann man nicht pauschal sagen. Es macht aber keinen Sinn zu sagen, mehr personelle Vielfalt ist immer und zu jeder Zeit besser. Denn Vielfalt kann auch anstrengend sein, Konflikte verursachen und zu viel Vielfalt und ein Zuviel an Vielfalt können schnell auch zu Überforderungen führen. Menschen und Unternehmenskulturen müssen Vielfaltschübe auch immer erst mal verarbeiten, damit sie von möglichst vielen akzeptiert und getragen werden können. Der Wandel zu mehr Vielfalt erfolgt daher meist evolutionär und muss an bestehende Strukturen (z. B. Aufbau- und Ablauforganisation, Führungsgrundsätze, Beurteilungsverfahren) anschließen können.

Daher muss jedes Unternehmen selbst ein gutes Gespür für passende Zeitpunkte und einen optimalen Mix aus mehr Vielfalt und gleichzeitig einem neuen, diversity-gerechten Verständnis für Standards und Regeln haben. Ebenso gilt es immer, Kosten und Nutzen gegenüberzustellen, wobei sich die Vorteile von Vielfalt oft erst nach einiger Zeit zeigen und Diversity-Aktivitäten z.T. eben auch erst mal als Investition, um zeitgemäß zu bleiben, gesehen werden müssen, die sich dann später auszahlen.

Die meisten Diversity-Konzepte konzentrieren sich sehr stark auf den Personalbereich und dann oft noch enger nur auf die Personalgewinnung. Dann ist das Thema schnell weg, wenn Personal abgebaut werden muss, wie das derzeit bei einigen Großunternehmen zu sehen ist. Und es kann auch kein tiefergehender, langfristiger Kulturwandel hin zu einer offenen, inklusiven und wertschätzenden Unternehmenskultur entstehen.

Daher ist es m.E. wichtig, ein Mainstreaming-Verständnis von Diversity zu haben, es möglichst hoch bei der Unternehmensleitung anzusiedeln und mit allen neben dem Personal wichtigen Hauptlinien wie z. B. Organisationsentwicklung, Arbeitsorganisation, Produkte/Dienstleistungen, Kommunikation, Führung oder Zusammenarbeit mit externen Partnern zu verbinden.

MP: Welche Konflikte treten vorrangig in Unternehmen durch personelle Vielfalt auf?

AM: Auch das ist natürlich von Fall zu Fall anders. Klar ist, dass stärkere Veränderungen in der personellen Zusammensetzung oder in der Unternehmenskultur fast immer auch zu Widerständen und Konflikten führen, da es ja oft um Macht und Privilegien geht. Oft ist es aber auch die Befürchtung vor weiterer Überlastung oder schlicht Sorge durch die Hinterfragung von Gewohnheiten und Routinen. Zugespielt könnte man aber auch sagen, dass dort, wo kein Widerstand oder keine Konflikte vorhanden sind, wohl auch keine Veränderung angestoßen wird. Konflikte sind insofern eher normal für Veränderungsprozesse generell.

Konflikte können durch mehr personelle Vielfalt z. B. entlang von genderfokussierten oder ethnischen Konfliktlinien, durch sprachliche Missverständnisse, zwischen verschiedenen Abteilungen und Hierarchieebenen oder z. B. auch zwischen eher kreativ und für andere chaotisch wirkenden Mitarbeitenden und den eher ruhigeren im Hintergrund sehr strukturiert Mitarbeitenden entstehen.

Oft geht es in den vordergründig an Diversity-Dimensionen ausgetragenen Konflikten, die etwa durch Aussagen, wie z.B. „Frauen wollen ja gar nicht in die Führungspositionen, passen nicht dahin, ticken halt anders“ oder „die wollen sich halt nicht integrieren, sind eben anders als wir, passen eben nicht so gut

rein“ kommuniziert werden, eigentlich um etwas ganz anderes: nämlich meist um Ressourcen, Positionen, Zugänge und Macht.

Diversity-Verantwortliche müssen daher viel Empathie und Konfliktfähigkeit mitbringen, um zu erkennen, ob ein Konflikt wirklich durch die personelle Vielfalt entstanden ist oder eben nicht und dann entsprechend handeln. Viel Kommunikation von Anfang an und durchgehend vor allem über die Ziele, Maßnahmen und was einzelne Mitarbeitende davon haben, ist einer der wichtigsten Erfolgsfaktoren für die Akzeptanzsicherung in Diversity-Prozessen.

MP: Welche Chancen eröffnet personelle Vielfalt für Unternehmen?

AM: Wie schon oben erwähnt, können sie dem wachsenden Fachkräftebedarf offensiv begegnen und ein attraktiver Arbeitgeber bleiben, auf einem Markt, der immer enger und vielfältiger wird. Durch ein vorurteilsfreies und wertschätzendes Arbeitsumfeld können sich alle Mitarbeitenden voll einbringen und dieser Zugewinn an Perspektivenvielfalt kann zu besseren Problemlösungen oder zu neuen Produkten, wie z. B. einer anderen Innenausstattung von Autos für weibliche Kundinnen oder größere Tasten bei Handys für ältere Kunden, führen. Innovationsfähigkeit und Kreativität werden gefördert und es können so neue Kunden- und Marktsegmente im In- und Ausland erschlossen werden.

Weiterhin stärkt ein an Anerkennung, Respekt und Chancengleichheit orientiertes offenes Betriebsklima auch die Flexibilität der Mitarbeitenden und somit des Unternehmens insgesamt. Das ist oft wichtig, da in vielen Unternehmen immer stärker in immer wieder wechselnden verschiedenen Projektteams gearbeitet wird und nicht mehr nur relativ starr in den immer gleichen Zusammensetzungen. Die Mitarbeitenden müssen daher eine offene und wertschätzende Haltung und Diversity-Kompetenz in die immer neuen Teams mitbringen. Und so kann auch die

Lernfähigkeit des gesamten Unternehmens erhalten und weiterentwickelt werden.

MP: Welche Risiken bestehen bei zu hoher personeller Vielfalt?

AM: Neben den oben schon genannten möglichen Risiken wie ein erhöhtes Konfliktniveau, Kommunikationsproblemen oder der Überforderung von Menschen und Unternehmensstrukturen, kann es auch zu einer Gruppenbildung durch Stereotypisierungen kommen, wenn z. B. Personalverantwortliche oder Mitarbeitende sich selbst nach Blöcken wie „Männer-Frauen“, „jung-alt“, „Newcomer-Etablierte“ oder ethnischen Gruppen sortieren. Das kann zu einem abnehmenden Austausch zwischen den Mitarbeitenden führen und letztlich zu einer Zersplitterung der Personalstruktur.

Da es in Unternehmen ja auch immer darum geht, Ziele effektiv und gewinnbringend zu erzielen, muss darauf geachtet werden, dass die Vorteile durch mehr Perspektiven und Kreativität nicht auf Dauer durch die entstehenden Reibungsverluste und Anpassungskosten (z. B. durch längere oder andere Einarbeitung) überlagert werden.

Ich empfehle daher meist einen kumulativen Aufbau von Vielfalt auf der Ebene des Personals und der Organisationsentwicklung in mehreren Vernetzungs- und Komplexitätserweiterungsschleifen. Die Diversity-Verantwortlichen sollten sich und vor allem auch den Mitarbeitenden die Zeit geben, die es braucht, das Mehr an Vielfalt zu verarbeiten und sich auf neue Abläufe und Regeln zu einigen, um den Mehrwert Vielfalt mittelfristig zum Tragen zu bringen. Daher muss vor allem die Unternehmensleitung hinter einem langfristig angelegten Diversity-Konzept und -Verständnis stehen und Verantwortung übernehmen, da erste Maßnahmen nicht immer gleich zu großen Erfolgen führen. Die Investitionen lassen sich auch nicht immer leicht 1:1 mit den durchgeführten Maßnahmen in Zusammenhang bringen, Effekte wie

„besseres Betriebsklima“ oder „mehr Kreativität“ sind sehr komplex und entstehen auch durch viele informelle Prozesse und sind daher nicht immer leicht quantifizierbar.

MP: Wie wird der Status Quo personeller Vielfalt in Unternehmen erfasst und bewertet?

AM: Häufig erfolgt eine diversity-orientierte Auswertung bereits vorhandener Personalstatistiken z. B. in Bezug auf Alter, Geschlecht, Qualifikationen, Tätigkeiten/Arbeitsplatz, körperliche und psychische Beeinträchtigungen. Da oft nicht alle wichtigen Diversity-Dimensionen bereits erfasst sind, werden die Statistiken entsprechend erweitert. Da auf Datenschutzregelungen zu achten ist und der Migrationshintergrund beispielsweise nicht direkt abgefragt werden darf, wird dieser oder andere Dimensionen meist durch freiwillige Befragungen erfasst. Bindet man aber die Belegschaft von Anfang an ein und erklärt frühzeitig und umfassend, dass die angestrebte Personaldatenerhebung dem positiven Ziel der interkulturellen Öffnung und mehr Vielfalt im Unternehmen dient, so ist die Bereitschaft zur freiwilligen Beteiligung bei der Erhebung des Migrationshintergrunds doch oft hoch.

Einige größere Unternehmen haben bereits umfassendere Diversity-Balanced Scorecards mit einer sehr differenzierten Erfassung von Diversity entwickelt. Im internationalen Vergleich ist das Thema des Monitorings und Controllings von Diversity aber in Deutschland eher noch ausbaufähig.

Um den Status Quo zu bewerten wird vor allem bei den Großunternehmen häufig mit Soll-Ist-Analysen gearbeitet, z. T. wird ein sog. Diversity-Check durchgeführt. Das bedeutet, es werden sämtliche Personalprozesse auf Barrieren und Potentiale für Vielfalt durchleuchtet. In Bezug auf die Analyse von Personalstatistiken zählen dazu folgende Fragen:

- Wie verteilen sich die Angehörigen der verschiedenen Diversity-Dimensionen auf die Positionen und Ebenen im Unternehmen?
- Wie nehmen unterschiedliche Gruppen Förderangebote im Unternehmen in Anspruch?
- Wie wirken sich unterschiedliche Arbeitsbedingungen auf verschiedene Gruppen aus?
- Wie hoch ist der Anteil verschiedener Gruppen hinsichtlich der Statistiken zum internen Aufstieg, Bewerber-Pool, Krankenstand oder der Berücksichtigung für Weiterbildungsmaßnahmen?
- Welche intersektionalen Effekte sind in Bezug auf diese und andere Fragen zu erkennen?

Auch hinsichtlich der finanziellen Erfolgsmessung steht das Controlling in deutschen Großunternehmen vergleichsweise noch eher am Anfang. So bezeichneten 2013 in einer Befragung deutscher Großunternehmen durch Ernst & Young 31% der Unternehmen den Reifegrad ihres Controllings als gering. Bei 31% der Befragten war eine qualitative Erfolgsmessung bisher nicht vorgesehen, da sich ihr Diversity-Controlling noch im Entwicklungsstadium befand. Weitere 8% hatten an einer qualitativen Messung kein Interesse.

Mehr Beweise für den finanziellen Erfolg von Diversity zu haben, wäre – bei aller Schwierigkeit die Zusammenhänge zwischen Maßnahmen und Wirkungen direkt zu messen – wichtig, um das Konzept hierzulande zu stärken.

MP: Weshalb kann personelle Vielfalt eine „Wissensressource“ sein?

AM: Wenn alle Mitarbeitenden unabhängig von der Zugehörigkeit zu verschiedenen

Diversity-Dimensionen in einem Klima der Offenheit, des Respekts und ohne Angst, diskriminiert zu werden, ihre Arbeitserfahrungen, Qualifikationen, Expertisen und Sichtweisen voll einbringen können, kann ein großer bunter Schatz an Ideen und eine stetige Quelle von Wissen und wechselseitigem Lernen entstehen.

Wenn ich z. B. nicht nur klischeehaft denke, dass Jüngere vor allem kreativer und voller „frischer Ideen“ sind und Ältere vor allem Erfahrungswissen haben, dann wird ersichtlich, dass Veränderungen verschiedene Ausgangspunkte haben. Hinzu kommt, dass viele Jüngere bereits viele wertvolle Erfahrungen aus internationalen Reisen, Studienaufhalten und beruflichen Stationen mitbringen. Es gibt durchaus auch viele ältere Mitarbeitende, die im fortgeschrittenen Alter weiterhin sehr kreativ sind oder sogar noch kreativer, innovativer oder mutiger als bei ihrem Start im Unternehmen. Ältere Mitarbeitende sind sich ihrer Position viel sicherer und wenn sie wissen, dass sie nicht mehr viel zu verlieren haben, dann sichert das Unternehmen so einen wesentlich größeren Wissenstransfer als bei eher eindimensionalen Sichtweisen.

Einige Unternehmen erheben gezielt diversity-relevante Potenziale ihrer Mitarbeitenden, die bisher nicht erfasst waren oder nur wenig beachtet wurden, wie etwa Mehrsprachigkeit, Hochsensibilität oder soziale Kompetenzen und erweitern ihre vorhandenen Datenbanken ganz spezifisch zu einer Diversity-Potenzial-Datenbank. Wenn man z. B. weiß, dass in der Belegschaft einige Mitarbeitende Französisch oder Türkisch sprechen, ohne, dass das bisher von Bedeutung war, kann man diese bspw. als Sprachlotsen in Tandems mit Kollegen mit Fluchterfahrung aus einigen afrikanischen Ländern oder Syrer und Syrerinnen, die vor der Flucht nach Deutschland einige Jahre in der Türkei gelebt haben, einsetzen. Davon haben dann alle Beteiligten einen Vorteil.

Autorenbiografie

Andreas Merx ist freiberuflicher Organisations- und Politikberater, Politikologe und Trainer für Diversity und interkulturelle Kompetenz. Seit mehr als 10 Jahren arbeitet er mit seinem Beratungsunternehmen „pro diversity“ zu den Themen Diversity Management, Diversitätspolitiken, Integration, Interkulturalität, Gleichbehandlung und Antidiskriminierung. Er ist Gastdozent an der Freien Universität Berlin sowie an der Georg-August-Universität Göttingen. Seit 2008 ist Andreas Merx Vorstandsmitglied des Fachverbands Internationale Gesellschaft für Diversity Management (idm e.V.), seit 2014 ihr Vorsitzender.

Autorenanschrift

Andreas Merx
Internationale Gesellschaft für Diversity Management e.V.
Nürnberger Str. 13
10789 Berlin

E-Mail: andreas.merx@idm-diversity.org

Prof. Dr. Mario A. Pfannstiel
Hochschule Neu-Ulm
Fakultät für Gesundheitsmanagement
Wileystraße 1
89231 Neu-Ulm

E-Mail: mario.pfannstiel@hs-neu-ulm.de

Beitrag aus der Wissenschaft I



Titel

Migration als Herausforderung und Chance für das deutsche Gesundheitswesen: Zur Abkehr vom „Norm(al)patienten“

Autorinnen

Dr. Katharina Crepaz (links)

Dr. Laura Dobusch (rechts)

Einleitung

Die Annahme von Diversität als „Normalzustand“ der Gegenwartsgesellschaft spiegelt sich auch im Gesundheitswesen wider: Demographische und identitätsbezogene Differenzen werden in ihrer Relevanz für Gesundheitsversorgung wie Gesundheitsverhalten verstärkt wahrgenommen. Menschen mit Migrationshintergrund kommt hierbei eine bedeutende Doppelrolle zu: einerseits nehmen sie Leistungen des Gesundheitswesens in Anspruch und andererseits sind sie als Fachkräfte maßgeblich an deren Erbringung beteiligt. Allerdings erschwert eine bisher „monokulturell“ geprägte Ausrichtung des Gesundheitswesens den konstruktiven und produktiven Umgang mit ethnisch-kulturellen Unterscheidungen. Anleihen an den Praktiken des Diversity Managements könnten im Sinne der Dekonstruktion des „Norm(al)patienten“ Abhilfe schaffen.

Die vielfältige Gesellschaft als „Normalzustand“

Das gegenwärtige „Zeitalter der Vielfalt“ (Vertovec 2012, S. 287) zeichnet sich im wissenschaftlichen wie politischen Mainstream

durch einen relativ stabilen Konsens im (diskursiven) Umgang mit demographischen wie identitätsbezogenen Differenzen aus: Zum einen wird Diversität zur Normalität erklärt, zu einer unhintergehbaren Tatsache, die es im Sinne eines selbstverständlichen Bestandteils menschlichen Zusammenlebens anzuerkennen und zu akzeptieren gilt (Allemann-Ghionda 2011). Zum anderen wird der Umgang mit der „Tatsache“ gesellschaftlicher Diversität normativ unterfüttert. Verschiedenheit hinsichtlich Geschlecht, sexueller Orientierung oder kulturellem Hintergrund etc. wird nicht mehr (nur) aus einer Problem- sondern auch aus einer Potenzialperspektive betrachtet (Meuser 2013). Das Aufeinandertreffen von unterschiedlichen Lebensweisen, Arbeitsstilen und Perspektiven wird als Chance für ein Mehr an Kreativität, gesteigerter Innovationskraft und Passgenauigkeit zwischen Dienstleistungen/Produkten und einer potenziell heterogenen Kundschaft betrachtet (Krell 2010). Das bedeutet allerdings nicht, dass Forderungen nach Assimilation oder Exklusion „des Anderen“ aus dem öffentlichen Diskurs völlig verschwunden sind, wie auch der Umgang mit den aktuellen Flüchtlingsbewegungen zeigt: „Wertschätzung von Diversität ist der leitende Gedanke der Rhetorik vieler Institutionen, doch die Umsetzung dieser

Idee stößt auf Widerstände“ (Allemann-Ghionda 2011, S. 23).

Auch im Bereich der Gesundheitsversorgung zeichnet sich eine zunehmende Auseinandersetzung mit dem Thema ab: sei es, dass Studiengänge zum Thema „Gesundheit und Diversity“ entstehen, sei es, dass die Politik das „Kultursensible Krankenhaus“ für sich entdeckt oder dass sich die Gesundheitswissenschaften gezielt dem Zusammenhang von „Gesundheit und vielfältigen Lebenslagen“ (z. B. Badura et al. 2010; Bouncken et al. 2013) widmen. Im Kontext der Gesundheitsversorgung kommt der Diversitätsdimension „Migrationshintergrund“ bzw. „nationale/ethnische Herkunft“ ein besonderer Stellenwert zu: Einerseits stellen Migrationsbewegungen in vielen EU-Staaten eine bedeutende – wenn nicht sogar die bedeutendste – Größe demographischer Bevölkerungsentwicklung dar, zum anderen sind die nationalen Gesundheitssysteme in einen globalisierten Arbeitsmarkt für Gesundheitsfachkräfte eingebunden und dadurch zwangsläufig mit sprachlichen, kulturellen und sozioökonomischen Differenzlinien konfrontiert (Trummer 2013). Im nachfolgenden Abschnitt erfolgt daher eine genauere Standortbestimmung zur Rolle von und dem Umgang mit migrationsbezogenen Unterschieden im deutschen Gesundheitssystem.

Menschen mit Migrationshintergrund im deutschen Gesundheitssystem: Bedürfnis-, Problem- und Potentiallagen

Im öffentlichen und politischen Diskurs zum Themenfeld „Gesundheit und Migration“ stehen häufig negative Aspekte und Problemfelder (z. B. schwierige Erreichbarkeit von Menschen mit Migrationshintergrund zur Durchführung von Präventionsmaßnahmen, Sprachbarrieren) im Fokus. Menschen mit Migrationshintergrund sind aber keineswegs nur in der Rolle als „schwierige Patienten“ zu finden, sondern verändern und gestalten das deutsche Gesundheitssystem auch als Fachkräfte aktiv mit. Daher ist es Anliegen dieses

Beitrags die oft einseitige Wahrnehmung von Menschen mit Migrationshintergrund im Gesundheitssystem um einige häufig außer Acht gelassene Aspekte zu erweitern, und zu einem ganzheitlichen Bild der neueren Entwicklungen im Policy-Feld „Gesundheit und Migration“ beizutragen.

Die gegenwärtigen Veränderungen im deutschen Gesundheitssystem durch Migration und Internationalisierung sind struktureller und personeller Natur. Zu den wichtigsten strukturellen Rahmenbedingungen gehören dabei die Vorgaben der EU, die aus der praktischen Umsetzung der Arbeits- und Niederlassungsfreiheit für EU-Bürger in allen Mitgliedsstaaten entstanden sind. Die europäischen Sozial- und Gesundheitssysteme sind in ihrer Ausgestaltung, Finanzierung, und im Leistungsanspruch sehr verschieden; die Einführung von vergleichbaren Standards war daher Voraussetzung für einen funktionierenden europäischen Arbeitsmarkt. So bietet z. B. die Richtlinie „über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung“ (EU-Parlament/ Rat 2011) die Möglichkeit, Behandlungen mit Kostenerstattung auch im EU-Ausland vornehmen zu lassen, was nationale Gesundheitssysteme speziell in Grenzregionen mit einer zusätzlichen Diversifizierung ihres Patienten- und Patienteninnenklientels konfrontiert. Auch die Mobilität von medizinischem Fachpersonal soll durch EU-Rahmenrichtlinien zur Anerkennung von Ausbildungs- und Studienabschlüssen gewährleistet werden. Veränderungen und Diversifizierungsprozesse in nationalen Gesundheitssystemen stehen also auch in einem institutionellen Zusammenhang mit Steuerungsversuchen und politischen Prozessen auf EU-Ebene.

In einer Analyse der Situation von Menschen mit Migrationshintergrund im Gesundheitssystem stellt sich gleich zu Beginn eine Begriffsfrage: Was wird überhaupt mit Migrationshintergrund gemeint? Menschen mit ausländischer Staatsbürgerschaft, oder auch

Deutsche mit Migrationshintergrund; mit einem oder zwei im Ausland geborenen Eltern teilen? Die Uneinheitlichkeit in der Definition wer als „Mensch mit Migrationshintergrund“ gilt, macht insbesondere längerfristige komparative Studien schwierig. Zudem herrscht Uneinigkeit über die heranzuziehende Vergleichsgröße für komparative Analysen der gesundheitlichen Situation von Menschen mit Migrationshintergrund, also etwa ein Vergleich mit der deutschen Gesamtbevölkerung oder nur mit Bevölkerungsschichten mit ähnlichem sozioökonomischem Status. Seit 2005 wird der Begriff „Migrationshintergrund“ – definiert als „selbst oder mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren“ (BAMF 2017) – im Mikrozensus sowie von den statistischen Bundes- und Landesämtern in ihrer Datenerhebung verwendet, der auch Staatsbürger und Staatsbürgerinnen einschließt. Bis dahin wurden nur Menschen ohne deutsche Staatsbürgerschaft als Menschen mit Migrationshintergrund bevölkerungsstatistisch erfasst. Laut Bundeszentrale für politische Bildung (2016) hatten 2015 21% der Gesamtbevölkerung einen Migrationshintergrund. Diese 21% stellen aber keineswegs eine homogene Gruppe dar, der man in ihrer Rolle als Patienten und Patientinnen bestimmte kollektive Eigenschaften zuschreiben könnte. Ein Blick auf die Zusammensetzung der größeren Migrationsbewegungen des letzten und gegenwärtigen Jahrhunderts zeigt, dass sehr unterschiedliche Herkunftsländer und sozioökonomische Ausgangspositionen vorhanden sind: die sogenannten „Gastarbeiter“ aus Südeuropa in den 1960er und 1970er Jahren; die Aussiedler und Aussiedlerinnen und Spätaussiedler und Spätaussiedlerinnen aus der Sowjetunion, Polen, Rumänien in den 1990er Jahren; verstärkte EU-Binnenmigration aufgrund der Finanz- und Wirtschaftskrise seit 2008; Geflüchtete aus Syrien und Afrika verstärkt seit 2015. „Die Menschen mit Migrationshintergrund“ werden zwar als einheitliche Gruppe tituliert, weisen faktisch aber nur ihre Migrationserfahrung als allen gemeinsames Merkmal auf.

Wie in der Gesamtbevölkerung ist auch bei Menschen mit Migrationshintergrund der sozioökonomische Status, und nicht die ethnisch-kulturelle Herkunft, der wichtigste Faktor für Gesundheitschancen und -risiken. Überdurchschnittlich viele Menschen mit Migrationshintergrund arbeiten in sogenannten 3-D-Jobs („dirty, demanding, dangerous“; z. B. Koser 2009), die auch erhöhte Verletzungs- und Krankheitsrisiken mit sich bringen. Sprachbarrieren und kulturelle Differenzen können zu Hürden in der Präventionsarbeit werden. Besonders schwierig ist dabei die Behandlung psychischer Krankheiten, da eine nicht-erstsprachliche Therapie auch bei hohem Zweitspracheniveau sehr schwierig bleibt. Eine Erhöhung und Adaptierung der Angebote in diesem Bereich setzt Sprachkenntnisse und interkulturelle Kompetenzen seitens des Fachpersonals voraus, was wiederum mehr Diversität auch auf behandelnder Seite bedarf. Mehrsprachige Angebote werden aufgrund des demographischen Wandels auch in der Pflege immer wichtiger; bei Demenz kann es z. B. zum Verlust von Fremdsprachenkompetenzen kommen (DAIzG 2015).

Der Diversifizierung der Gruppe von Patienten und Patientinnen steht auch eine wachsende Gruppe von Fachpersonal mit Migrationshintergrund gegenüber. Die Anteile sind im Vergleich zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund noch relativ gering; so stehen z. B. in Hessen rund 300.000 türkischstämmigen Bürgern und Bürgern nur 36 Ärzte und Ärztinnen mit türkischem Migrationshintergrund gegenüber, bei den Fachärzten und Fachärztinnen sind es noch weniger (Hardy et al. 2015). Für Fachpersonal aus anderen EU-Ländern ist eine Anerkennung der beruflichen Ausbildung durch die EU-Rahmenrichtlinie mittlerweile verhältnismäßig unkompliziert geworden, für Ärzte und Ärztinnen aus anderen Ländern müssen jeweils Einzelfallentscheidungen über die Anerkennung getroffen werden, was teilweise sehr langwierige Verfahren mit sich bringt. Im Jahr 2015 arbeiteten laut Bundesärztekammer (2015)

42.604 ausländische Ärzte und Ärztinnen in Deutschland; die häufigsten Herkunftsländer waren Rumänien, Griechenland und Österreich. Deutschland ist – zusammen mit Großbritannien – das wichtigste Zielland für Fachkräfte im Gesundheitsbereich. Neben wirtschaftlichen Faktoren (bessere Verdienstmöglichkeiten, Wirtschaftskrise in Südeuropa) spielen auch geographische Nähe zum Herkunftsstaat und Sprachkenntnisse eine Rolle bei der Auswahl der Destination für Arbeitsmigration. Trotzdem konnte der in Deutschland bestehende Ärztemangel auch durch Zuwanderung bisher nicht überwunden werden. Mit Ausnahme der Stadtstaaten fehlen in allen Bundesländern Humanmediziner und Humanmedizinerinnen. Daher werden vor allem in ländlichen Gegenden gezielt Ärzte und Ärztinnen aus dem Ausland angeworben, mit zusätzlicher Unterstützung durch den zukünftigen Arbeitgeber, z. B. bei der Wohnungssuche oder dem Besuch von Sprachkursen (Hibbeler 2013).

Diversitätsmanagement als praktikabler Handlungsansatz?

Die vielfältigen Bedürfnis-, Problem- und Potenziallagen, die das deutsche Gesundheitssystem mit Blick auf die Unterscheidung nach „Migrationshintergrund“ bzw. „Nationalität/Ethnizität“ auszeichnen, konnten in diesem Beitrag nur überblicksmäßig gestreift werden. Hinzukommt, dass weitere Differenzlinien entlang Geschlecht, Religion, sexuelle Orientierung, Behinderung oder Alter den Zugang zu und das Angebot von Gesundheitsversorgung ebenso beeinflussen können (Vedder 2013). Gleichzeitig betonen Razum und Spallak (2014), dass die Unterschiede zwischen gewissen Bevölkerungsgruppen (z. B. Menschen mit/ohne Migrationshintergrund, Frauen/Männer) nicht überschätzt werden dürfen. So sei der sozioökonomische Status oftmals ausschlaggebender für das jeweilige Gesundheitsverhalten als beispielsweise ein bestimmter kultureller Hintergrund. Deshalb plädieren sie für einen fundamenta-

len Perspektivenwechsel im Gesundheitssektor: „We need to learn accepting heterogeneity as the new »normality in the health system« of Europe's societies“ (894).

Einen Weg, um mit Diversität als „Normalzustand“ umzugehen und einen fundamentalen, institutionellen Wandel des Gesundheitssystems anzustoßen, stellen Praktiken des Diversity Managements bzw. Diversitätsmanagements dar (z. B. Herrmann und Kätker 2009; Kuhlmann und Larsen 2010). In den 1980er Jahren in den USA entstanden, geht es bei diesem Managementansatz darum die Vielfalt der Beschäftigten wertzuschätzen und für die Unternehmensziele nutzbar zu machen sowie allfälligen Klagen mittels Antidiskriminierungs- und Fördermaßnahmen entgegenzuwirken (Vedder 2009). Ganz basal kann Diversity Management als das Bemühen definiert werden, „den Umgang mit Differenzen (...) zu steuern“ (Bühmann 2005: 75). Das impliziert „Reflexionswissen im Umgang mit Unterschieden“ (Döge 2008, S. 29) systematisch aufzubauen, dominante Vorstellungen von „Norm(al)patienten“ zu hinterfragen und die Einzigartigkeit gesundheitlicher Voraussetzungen, Bedarfslagen und Handlungsmöglichkeiten anzuerkennen. Anders ausgedrückt, gilt es auf institutioneller, organisationaler wie individueller Ebene des Gesundheitssystems eine „Diversitäts- bzw. Alteritätslogik“ (Ostendorp 2007, S. 207) zu etablieren, die die jeweiligen Handlungsprogramme a priori an einem „Korridor“ an sprachlicher, kultureller oder sozioökonomischer etc. Variation der Patienten und Patientinnen wie auch der Gesundheitsfachkräfte ausrichtet.

Fazit

Obwohl bereits erste Ansätze, Diversity Management im Gesundheitssektor zu verankern, festzustellen sind, gibt es kaum wissenschaftliche Untersuchungen zur tatsächlichen Verbreitung sowie den Chancen und Risiken bei der Umsetzung (Wolter/Blank 2013). Hinzu kommt eine gewisse Skepsis

dahingehend, inwiefern Diversity Management, das sich (ursprünglich) im Kontext eines nutzenbringenden oder gar profitablen Umgang mit Vielfalt entstanden ist, mit den grundsätzlichen Anliegen von Gesundheitsversorgung vereinen lässt (z. B. Altgeld 2010). Darüber hinaus ist fragwürdig, ob gesundheitliche Großeinrichtungen, wie etwa Krankenhäuser, mit der Einführung von Diversity Management eine weitere „Sau durchs Dorf treiben wollen“ wie es Vedder (2013, S. 417) drastisch formuliert, da diese ohnehin ständig mit der Notwendigkeit von Organisationsreformen im Sinne der Qualitätssicherung konfrontiert sind. Gleichzeitig ist davon auszugehen, dass im „Zeitalter der Vielfalt“ die Gesundheitsorganisationen nicht umhinkommen werden, einen konstruktiven und effektiven Umgang mit der Diversität innerhalb ihres Personals wie auch ihres potenziellen Klientels zu entwickeln. Der Ansatz des Diversity Managements kann hierfür ein „strategische[s] Dach“ (Vedder 2013, S. 418) bieten, um darunter bereits vorhandene Aktivitäten mit konkreten Maßnahmen zur Sicherung von Diversitätssensibilität zu vereinen und weiterzuentwickeln.

Literatur

Allemann-Ghionda C. (2011) Orte und Worte der Diversität – gestern und heute. In: Allemann, Ghionda C., Bukow W. D. (Hrsg.). Orte der Diversität. Formate, Arrangements und Inszenierungen. VS Verlag. Wiesbaden. S. 15-34.

Altgeld T. (2010) Personelle Vielfalt und BGM - Integration zweier Managementsysteme - geht das? In: Badura B., Schröder H., Klose J., Macco K. (Hrsg.). Fehlzeiten-Report 2010. Vielfalt managen: Gesundheit fördern – Potenziale nutzen. Springer Verlag. Berlin. S. 47-56.

Badura B., Schröder H., Klose J., Macco K. (2010). Fehlzeiten-Report 2010: Vielfalt managen: Gesundheit fördern – Potenziale nutzen. Springer Verlag. Berlin.

Bouncken R. B., Pfannstiel M. A., Reuschl A. J. (2013) Dienstleistungsmanagement im Krankenhaus I. Prozesse, Produktivität und Diversität. Springer Gabler. Wiesbaden.

BAMF (2017) Migrationshintergrund – Definition, Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF, Hrsg.). online im Internet, URL: https://www.bamf.de/DE/Service/Left/Glossary/_function/glossar.html?lv3=3198544. Abrufdatum: 31.05.2017.

BÄK (2015) Ärztstatistik 2015 – Medizinischer Versorgungsbedarf steigt schneller als die Zahl der Ärzte, Bundesärztekammer (BÄK, Hrsg.). online im Internet, URL: <http://www.bundesaerztekammer.de/ueberuns/aerztstatistik/aerztstatistik-2015/>, Abrufdatum: 01.06.2017.

bpb (2016) Bevölkerung mit Migrationshintergrund I, Bundeszentrale für politische Bildung (bpb, Hrsg.). online im Internet, URL: <http://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61646/migrationshintergrund-i>, Abrufdatum: 31.05.2017.

Bührmann A. D. (2005) Plädoyer für eine ‚ge-regelte Deregulierung‘ zur Implementierung von Work-Life-Balance in Führungspositionen. Managing Diversity und Gender Mainstreaming im Spiegel aktueller empirischer Forschungsergebnisse. In: Zeitschrift für Frauenforschung & Geschlechterstudien, Jg. 24, Nr. 3, S. 74-88.

DAIzG (2015) Migration und Demenz, Deutsche Alzheimer Gesellschaft (DAIzG, Hrsg.) online im Internet, URL: <https://www.deutsche-alzheimer.de/unser-service/archiv-alzheimer-info/demenz-und-migration.html>, Abrufdatum: 15.06.2017.

Döge P. (2008) Von der Antidiskriminierung zum Diversity-Management. Ein Leitfadens. Vandenhoeck & Ruprecht. Göttingen.

EU-Parlament und Rat (2011) Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 09. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, online im Internet, URL: <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:de:PDF>, Abrufdatum: 31.05.2017.

Hardy J., Calveley M., Shelley S. (2015) Arbeitsmigration im Gesundheitswesen: Trends und Auswirkungen, online im Internet, URL: <http://www.bpb.de/apuz/198891/arbeitsmigration-im-gesundheitswesen?p=all>, Abrufdatum: 01.06.2017.

Herrmann E., Kätker S. (2009) Aspekte der Einführung von Diversity Management als Querschnittsaufgabe in Gesundheitseinrichtungen. In: Gransee C. (Hrsg.), Diversitymanagement in den Pflege- und Gesundheitswissenschaften, LIT Verlag, Berlin, S. 31-48.

Hibbeler B. (2013) Fachkräftemangel – Ausländische Ärzte schließen die Lücke. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 110, Nr. 5, o. S., online im Internet, URL: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/134269/Fachkraeftemangel-Auslaendische-Aerzte-schliessen-die-Luecke>, Abrufdatum: 31.05.2017.

Koser K. (2009) Why Migration Matters. In: Current History. Vol. 108. No. 717. pp. 147-153.

Krell G. (2010) Personelle Vielfalt in Organisationen und deren Management. In: Badura B., Schröder H., Klose J., Macco K. (Hrsg.) Fehlzeiten-Report 2010. Vielfalt managen: Gesundheit fördern – Potenziale nutzen. Springer Verlag, Berlin. S. 3-10.

Kuhlmann E., Larsen C. (2010) Arbeitskräftemanagement als Diversity Management: Innovationspotenziale für Qualität und Effizienz im Gesundheitssystem. In: Badura, B., Schröder H., Klose J., Macco K. (Hrsg.) Fehl-

zeiten-Report 2010. Vielfalt managen: Gesundheit fördern – Potenziale nutzen. Springer Verlag, Berlin. S. 101-109.

Meuser M. (2013) Diversity Management – Anerkennung von Vielfalt? In: Pries L. (Hrsg.). Zusammenhalt durch Vielfalt?. Bindungskräfte der Vergesellschaftung im 21. Jahrhundert. Linde Verlag, Wien. S. 167-181.

Ostendorp A. (2007) Möglichkeiten für KMU und Großunternehmen bei der Umsetzung eines Trends: Life Balance als Beitrag zu einer Kultur der Unterschiede? In: Esslinger S., Schobert D. B. (Hrsg.). Erfolgreiche Umsetzung von Work-Life Balance in Organisationen. Strategien, Konzepte, Maßnahmen. Deutscher Universitäts-Verlag, Wiesbaden. S. 187-211.

Razum O., Spallak J. (2014) Addressing health-related interventions to immigrants: migrant-specific or diversity-sensitive? In: Internal Journal Public Health. Vol. 59. No. 6. pp. 893-895.

Statistisches Bundesamt (2016) Migrationshintergrund, online im Internet, URL: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Glossar/Migrationshintergrund.html>, Abrufdatum: 15.06.2017.

Trummer U. (2013) Diversität am Arbeitsplatz Krankenhaus: Hemmschuh und Chance. In: Bouncken R. B., Pfannstiel M. A., Reuschl A. J. (Hrsg.) Dienstleistungsmanagement im Krankenhaus I. Prozesse, Produktivität und Diversität. Springer Gabler Verlag, Wiesbaden. S. 327-343.

Vedder G. (2009) Diversity Management: Grundlagen und Entwicklung im internationalen Vergleich. In: Andresen S., Koreuber M., Lüdke D. (Hrsg.). Gender und Diversity: Albtraum oder Traumpaar?. VS Verlag, Wiesbaden. S. 111-131.

Vedder G. (2013) Diversitätsmanagement als Zukunftsaufgabe für Krankenhäuser. In: Bouncken R. B., Pfannstiel M. A., Reuschl A.J. (Hrsg.). Dienstleistungsmanagement im Krankenhaus I. Prozesse, Produktivität und Diversität. Springer Gabler Verlag. Wiesbaden. S. 409-420.

Wolter K., Blank W. (2013) Diversitätsmanagement als Beitrag zur Fachkräftesicherung in der Gesundheitswirtschaft. In: Bouncken R. B., Pfannstiel M. A., Reuschl A. J. (Hrsg.). Dienstleistungsmanagement im Krankenhaus I: Prozesse, Produktivität und Diversität. Springer Gabler. Wiesbaden. S. 309-324.

Vertovec S. (2012) Diversity and the Social Imaginary. In: European Journal of Sociology. Vol. 53. No. 3. pp. 287-312.

Autorenbiographien

Katharina Crepaz, Ph.D. ist wissenschaftliche Mitarbeiterin (Post-Doc) am Max-Planck-Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik (Fellow-Gruppe: Dis[cover]ability and Indicators for Inclusion 2015-2020) und am Lehrstuhl Diversitätssoziologie der Technischen Universität München. Studium der Politikwissenschaft, Anglistik und Amerikanistik sowie Skandinavistik an den Universitäten Innsbruck und Wien, Promotion in Politikwissenschaft an der Universität Innsbruck 2015. Sie forscht zu Europäisierungsprozessen, europäischer Sozial- und Gesundheitspolitik, Migration und nationalen Minderheiten, Regionalismus und Separatismus sowie der politischen Partizipation gesellschaftlich marginalisierter Gruppen und den Auswirkungen wohlfahrtsstaatlicher und sozialpolitischer Steuerungsversuche auf Partizipationsmöglichkeiten.

Dr. Laura Dobusch ist wissenschaftliche Mitarbeiterin (Post-Doc) am Max-Planck-Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik (Fellow-Gruppe: Dis[cover]ability and Indicators for Inclusion 2015-2020) und am Lehrstuhl für

Diversitätssoziologie der Technischen Universität München. Sie promovierte zum Thema „Diversity Limited – Inklusion, Exklusion und Grenzziehungen mittels Praktiken des Diversity Management“ (Springer VS). Im Mittelpunkt ihrer Forschung steht der Umgang von Organisationen mit Diversität mit dem Schwerpunkt auf Nicht-/Behinderung und Geschlecht und den damit einhergehenden Teilhabemöglichkeiten. Momentan arbeitet sie zu den Chancen und Grenzen einer „inkluisiven Organisation“.

Autorenanschriften

Dr. Katharina Crepaz
Max-Planck-Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik
Amalienstr. 33
80799 München

E-Mail: crepaz@mpisoc.mpg.de
E-Mail: katharina.crepaz@tum.de

Dr. Laura Dobusch
Max-Planck-Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik
Amalienstr. 33
80799 München

E-Mail: dobusch@mpisoc.mpg.de
E-Mail: laura.dobusch@tum.de

Zitierform: Trummer U., Novak-Zezula S. (2017) Diversitätsmanagement in Ambulanzen. Aktuelle Herausforderungen und Lösungen aus Mitarbeitersicht, ZFPG, Jg. 3, Nr. 2, S. 19-27. DOI: 10.17193/HNU.ZFPG.03.02.2017-04

Beitrag aus der Praxis I



Titel

Diversitätsmanagement in Ambulanzen. Aktuelle Herausforderungen und Lösungen aus Mitarbeitersicht

Autorinnen

Dr. Ursula Trummer (links)

Dr. Sonja Novak-Zezula (rechts)

Zusammenfassung

Diversitätsmanagement ist ein wichtiger Entwicklungsschwerpunkt für Österreich. Das Land Steiermark, ein südöstlich gelegenes Bundesland und mit seiner Nähe zu Ungarn und direkten Grenze zu Slowenien betroffen von den Flüchtlingsströmen der Jahre 2015 und 2016, hat in einer „Charta des Zusammenlebens in Vielfalt in der Steiermark“ den gesundheitspolitischen Stellenwert von Diversitätsmanagement im Gesundheitswesen deutlich gemacht.

Zur Erhebung von Entwicklungsbedarf wurde im Jahr 2016 ein Projekt durchgeführt, in dem Mitarbeiter von vier Ambulanzen verschiedener Trägerorganisationen und mit verschiedenen Behandlungsschwerpunkten (Notfall, Kindernotfall, Gynäkologie, Vulnerable Gruppen/Nichtversicherte) ihre Sicht auf Herausforderungen, Probleme und Lösungen darstellen konnten.

Die Ergebnisse zeigen als Hauptaufgabe den Diversitätsaspekt Migrationshintergrund: Dieser wird von 92% der Mitarbeiter in einer Mitarbeiterbefragung genannt. Von jenen Mitarbeitern, die angeben regelmäßig Patienten

mit Migrationshintergrund zu betreuen, fühlen sich 61% dabei hoch belastet.

Es kristallisieren sich drei Handlungsfelder zur Weiterentwicklung von Diversitätsmanagement heraus:

- Die Bewältigung von Sprachbarrieren und die Entwicklung eines Regelwerkes, das den Einsatz und die Nutzung von Dolmetschdiensten auf sicheren Boden stellt.
- Die Erarbeitung und Implementierung von konsensualen Regeln des respektvollen Umgangs miteinander, die kulturelle Unterschiede insbesondere im Rollenverständnis von Mann und Frau in akzeptierte Bahnen lenken.
- Die Sammlung von Modellen guter Praxis zu Sicherheitsdiensten in Ambulanzen, die Konflikte vermeiden und schlichten helfen.

Aus den Ergebnissen wurden Instrumente und Konzepte zur Implementierung von Lösungsansätzen in den Handlungsfeldern entwickelt.

Einleitung

Die zunehmende Vielfalt der Gesellschaft ist für das Gesundheitssystem und seine Einrichtungen eine wesentliche Herausforderung für Qualitätssicherung und -entwicklung ihrer Angebote und Leistungen.

Die Steiermark, ein südöstlich gelegenes Bundesland Österreichs, reicht von der mediterranen Grenzregion Österreich – Slowenien bis zur alpinen Dachsteinregion und dem Lederhosenhotspot im Salzkammergut, dem „Sound of Music“-Land. Vielfalt hat in diesem Land Tradition.

Im April 2011 wurde die „Charta des Zusammenlebens in Vielfalt in der Steiermark“ vom Landtag Steiermark beschlossen. Die Charta stellt eine politische Willenserklärung dar, Diversitätsmanagement in öffentlichen Einrichtungen und Systemen weiter zu entwickeln und zu stärken.

Einrichtungen der Gesundheitsversorgung haben dabei einen besonderen Stellenwert. Gesundheit ist ein wesentlicher Faktor für soziale Inklusion und Integration; das betrifft vulnerable Gruppen in besonderem Maße.

Das Projekt „Diversitätsorientierte Qualitätsentwicklung und –sicherung in steirischen Ambulanzen“

Ambulanzen sind wesentliche Anlaufstelle und Versorgungspunkte im Gesundheitssystem. In ihrer Niederschwelligkeit erfüllen sie insbesondere auch für benachteiligte Personengruppen mit geringem sozio-ökonomischem Kapital und/oder niedriger Gesundheitskompetenz („Health Literacy“) einen wichtigen Versorgungsbeitrag.

Vor diesem Hintergrund beauftragte der Gesundheitsfonds Steiermark die Wissenschafts- und Beratungsfirma Trummer & Novak-Zezula OG mit der Begleitung eines Modellprojektes, in dem vier Ambulanzen verschiedener Träger und mit verschiedenem

Zielklientel Herausforderungen von Diversitätsmanagement feststellen und mögliche Lösungen und Entwicklungspotenziale ausloten sollten (vgl. Trummer, Novak-Zezula, 2016).

Das Projekt wurde im Oktober 2015 gestartet und mit Dezember 2016 abgeschlossen.

Am Projekt nahmen vier Ambulanzen verschiedener Träger und mit verschiedenem Zielklientel teil:

- Eine allgemeine Kinder- und Notfallambulanz, die ambulante medizinische Basisversorgung von pädiatrischen Patienten zu Zeiten anbietet, in denen keine andere versorgende Stelle zur Verfügung steht, sowie ambulante Akutdiagnostik und Akuttherapie internistischer Krankheitsbilder.
- Eine Notfallaufnahme für internistische Notfälle.
- Ein Ambulatorium eines Versicherungsträgers, das allgemeingynäkologische und Schwangerenbetreuung anbietet.
- Ein Ambulatorium einer NGO, das niederschwellige allgemeinmedizinische Erst- und Grundversorgung für Menschen ohne Krankenversicherung und Menschen, die aus unterschiedlichen Gründen die Schwelle in das öffentliche Gesundheitswesen nicht überwinden können, leistet.

Fragestellungen

Zentraler Ansatzpunkt im Projekt war es, Diversitätsmanagement aus der Perspektive der Mitarbeiter und ihrer tagtäglichen Arbeitspraxis zu erfassen.

Aus dieser Perspektive wurden folgende Fragen gestellt:

- Welche Formen von Diversität werden erlebt?

- Wie häufig prägt Diversität den Arbeitsalltag?
- Wie belastend wird Diversität erlebt und was macht die Belastung aus?
- Welche Lösungen im Umgang damit sind schon entwickelt worden?
- Welche Maßnahmen müssen noch entwickelt werden?

Methodisches Vorgehen und Instrumente

Die Analyse des Status Quo unterscheidet zwischen objektiv feststellbaren strukturellen Belastungsmerkmalen der Ambulanzen und von Mitarbeitern subjektiv erlebten Belastungen bzw. Beanspruchungen. Dieser Ansatz folgt der arbeitsmedizinischen Unterscheidung zwischen Belastung (im Sinne von objektiven, von außen auf den Menschen einwirkenden Faktoren) und Beanspruchung (im Sinne der subjektiven physischen und psychischen Folgen dieser Belastungen) (vgl. Udris und Frese 1999; Rossbach et al. 2007; Karl-Trummer und Novak-Zezula 2008 und Karl-Trummer 2010). Damit können das jeweilige individuelle Erleben von Mitarbeitern und ihre verschiedenen Bedürfnisse und Ressourcen erhoben und berücksichtigt werden. Im Projekt wurde, dem allgemeinen Sprachgebrauch entsprechend, durchgehend der Begriff „Belastung“ verwendet.

Zur Feststellung von strukturellen Belastungsmerkmalen wurde ein Fragebogen zur Organisationsbeschreibung entwickelt. Der Fragebogen umfasst Fragen zu Öffnungszeiten, Leistungsangebot, Mitarbeitern und Patienten, sowie zu strukturell verankerten Angeboten, um mit Diversität umzugehen (z. B. Dolmetsch-Services, Barrierefreiheit). Er wurde von den Projektleitern in den vier Ambulanzen ausgefüllt. Die Ergebnisse dienen einerseits zur Feststellung struktureller Merkmale und der objektiven Belastung, andererseits wird erkennbar, welche Aspekte von Diversität der Klienten bereits routinemäßig

systematisch erfasst werden und in welchen Bereichen Daten fehlen, die dem Diversitätsmanagement hilfreich sein können.

Um die Perspektive der Mitarbeiter zu erheben, wurde eine zweistufige Mitarbeiterbefragung durchgeführt. Damit sollte eine partizipative Erhebung mit direkten Feedback-Schleifen gewährleistet werden. Das Befragungsdesign wurde so entwickelt, dass durch die Erhebung eine möglichst geringe zusätzliche Belastung im Arbeitsalltag entstand.

Die beiden Erhebungseinheiten waren (1.) eine schriftliche Befragung mittels eines anonymen Selbstausfüller-Kurz-Fragebogens (2 Seiten, 16 Items inklusive Personendaten) und (2.) Einzel- und Gruppeninterviews im Rahmen eines Besuches der Ambulanz.

Der Fragebogen für Mitarbeiter zielt darauf ab, die im Zusammenhang mit der Diversität der Klienten subjektiv erlebte Arbeitsbeanspruchung zu erheben. Er umfasst zwei Frageblöcke:

- Belastungen im Arbeitsalltag durch Diversität:

In diesem Teil werden die Mitarbeiter gebeten, bis zu drei Diversitätsaspekte zu nennen, die sie in ihrem Arbeitsalltag erleben. Für die genannten Aspekte erfolgt dann auf einer jeweils achteiligen Skala die Einschätzung der Häufigkeit sowie der subjektiv erlebten Belastung. Zu den genannten Diversitätsaspekten ist in einer offenen Frage eine qualitative Spezifizierung der genannten Belastung möglich. Häufigkeit und Belastung werden getrennt abgefragt, um damit Varianzen in der Relation von Häufigkeit und Belastung erfassen zu können.

- Angaben zur Person:

Diese beinhalten Fragen zur Berufsgruppe, zum Geschlecht, vorhandenen Sprachkenntnissen sowie zur subjektiven

Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Auf eine Frage nach Alter wurde bewusst verzichtet, um Befürchtungen bezüglich Rückverfolgbarkeit von Antworten auf bestimmte Personen zu vermeiden.

Auf der Basis der Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung wurden Einzel- und Gruppeninterviews durchgeführt. Dabei wurden die Ergebnisse graphisch aufbereitet dar- und zur Diskussion gestellt. Dieses Vorgehen ermöglichte eine rasche, direkte Rückmeldung der Ergebnisse an die Mitarbeiter und unmittelbares Feedback an die wissenschaftliche und beraterische Begleitung.

Die Interviews konzentrierten sich im Anschluss an die Diskussion der Ergebnisse auf Fallbeispiele für Belastungen, den Umgang mit Diversitätsaspekten sowie auf Mitarbeiter-sicht praktikable Lösungen und Entwicklungsmöglichkeiten. Dabei wurde zwischen „gelebten“ Lösungen, die in der Praxis bereits verankert sind, und „gedachten“ Lösungen, die von Mitarbeitern als wichtig eingeschätzt, aber (noch) nicht vorhanden sind, unterscheiden.

Erhebung und Stichprobe

Die Erhebung mittels Fragebogen erfolgte von Dezember 2015 bis Januar 2016. Angestrebt war eine Vollerhebung; von insgesamt 96 ausgegebenen Selbstausfüller-Fragebögen wurden 91 Fragebögen retourniert. Von diesen war einer leer und bei zwei Fragebögen wurden die Fragen zur Person beantwortet, die Fragen zur erlebten Diversität hingegen nicht. Diese Fragebögen wurden nicht in die Analyse einbezogen.

Damit kann die Analyse Ergebnisse aus 88 Fragebögen einbeziehen. Das entspricht einer Rücklaufquote von 92%.

In der analysierten Stichprobe sind mit einem Anteil von 87,5% Frauen stärker vertreten als Männer. Nachdem die Stichprobe nahe an

eine Vollerhebung reicht, ist das kein Selektionsphänomen in der Stichprobenziehung, sondern spiegelt das Geschlechterverhältnis in den Ambulanzen wieder.

42% der Personen, die den Mitarbeiterfragebogen ausgefüllt haben, sind Ärzte, 34% Pflegepersonen, 14% Administrative Mitarbeiter, 9% Dolmetscher und 1% Sozialarbeiter.

Die Interviews in den Ambulanzen wurden im Zeitraum 01.03. bis 14.03.2016 durchgeführt. Die Stichprobe umfasst hier insgesamt 32 Mitarbeiter (27 Frauen und 5 Männer) aller Berufsgruppen und Hierarchiestufen der Ambulanzen.

Ergebnisse

Migrationshintergrund ist das Diversitätsthema Nummer Eins

Die Mitarbeiter hatten im Fragebogen die Möglichkeit, bis zu drei in ihrem Alltag beobachtete Diversitätsaspekte zu nennen. Es erfolgten insgesamt 202 Nennungen, das entspricht im Schnitt 2,3 Nennungen pro Person.

Mit 63% aller Nennungen ist „Migrationshintergrund“ die am häufigsten genannte Dimension.

Der besondere Stellenwert des Diversitätsaspekts „Migrationshintergrund“ wird auch deutlich, wenn man den Anteil jener Mitarbeiter, die ihn nennen, betrachtet. Dieser beträgt 92%.

Alter und Behinderung als zweite Themen

Behinderung und Alter sind mit jeweils 15% aller Nennungen die zweitgenannten Diversitätsthemen. 36% bzw. 34% der Mitarbeiter nennen diese Aspekte als relevant für ihren Arbeitsalltag (siehe Abb. 1).

- Migrationshintergrund, Sprache, Geschlecht, Religion
- Behinderung
- Alter
- Sozioökonomischer Status
- Eltern
- Bildung
- Flüchtlinge

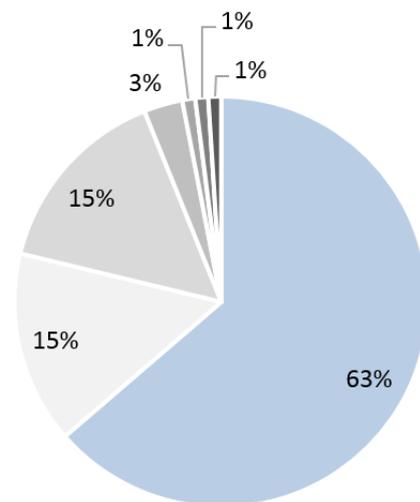


Abb. 1: Nennungen von Diversitätsaspekten in %.
Quelle: Eigene Darstellung (2017).

Erlebte Belastungen

In ihren Angaben zur Frage nach der Art der Belastung berichten die Mitarbeiter der Ambulanzen im Zusammenhang mit Migrationshintergrund vorrangig über folgende Belastungen:

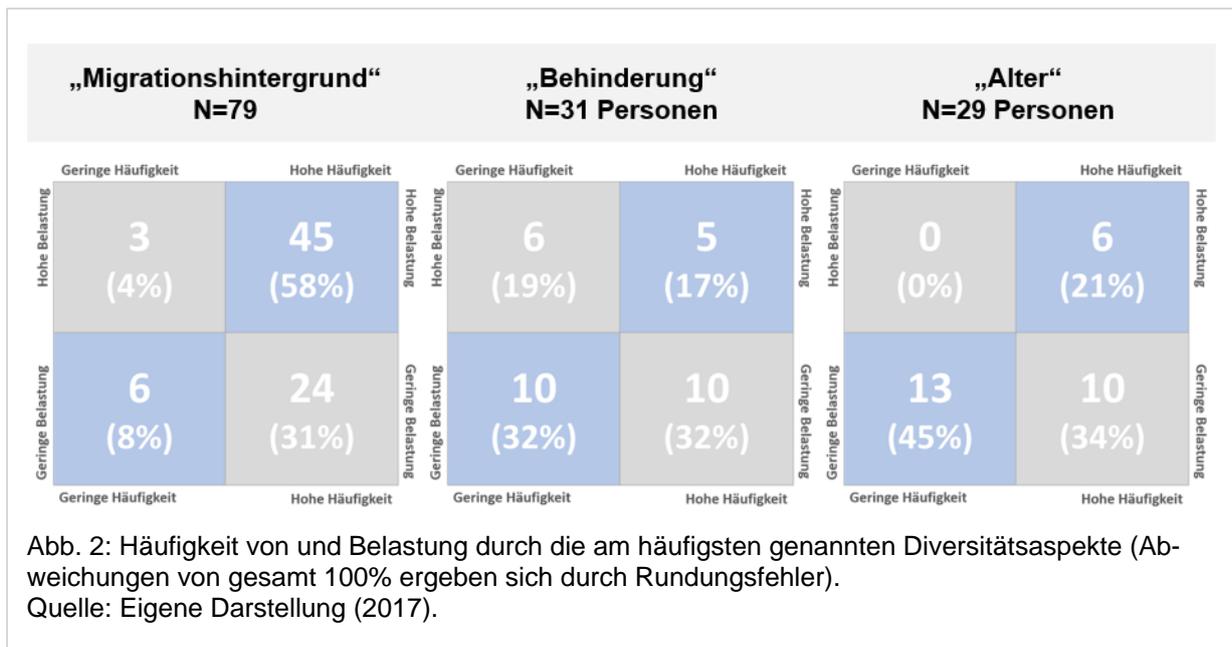
- der Umgang mit Sprachbarrieren: sich nicht verständigen können, das heißt, Patienten mit keinen oder geringen Sprachkenntnissen nicht zu verstehen und sich nicht verständlich machen zu können. Dazu kommen Unsicherheiten darüber, wer die Verantwortung dafür trägt, dass Dolmetschhilfen vorhanden sind.
- der Umgang mit kulturellen Unterschieden, insbesondere Geschlechterdifferenzen, die teilweise über Religion argumentiert werden: zu erleben und damit umzugehen, dass der Stellenwert der Frau vor allem im Islam geringer ist als der von Männern. Sichtbar und spürbar wird das im Umgang der Männer mit ihren Frauen und ihrem Umgang mit Mitarbeiterinnen.

- der Umgang mit Aggression und Übergriffen: sich Forderungen und Angriffen seitens Patienten und deren Angehörigen ausgesetzt zu fühlen und mit aggressiven alkoholisierten Patienten konfrontiert zu sein.

Im Zusammenhang mit Behinderung und Alter sind Nennungen von Belastungen weniger häufig. Mitarbeiter geben Belastungen v. a. an im Zusammenhang mit knappen Zeitressourcen, die eine besondere Zuwendung zu alten und/oder behinderten Patienten nicht zulassen. Damit verbunden ist das Gefühl, sich mehr widmen zu wollen, aber nicht zu können.

Häufigkeit und erlebte Schwere von Belastung

Bei der Mitarbeiterbefragung wurden Häufigkeit von und Belastung durch Diversitätsaspekte unter Verwendung je achteiliger Skalen getrennt abgefragt (Belastung: 1 (gar nicht belastend) bis 8 (extrem belastend); Häufigkeit: 1 (nie), 2 (seltener als einmal pro Monat), 3 (einmal pro Monat), 4 (mehrmals pro Monat), 5 (einmal pro Woche), 6 (mehrmals pro Woche), 7 (täglich) bis 8 (mehrmals



täglich)). Dies erlaubt in der Analyse eine Differenzierung von verschiedenen Belastungsprofilen und die Bildung von vier Kategorien:

- Mitarbeiter erleben geringe Häufigkeit und fühlen sich auch gering belastet.
- Mitarbeiter erleben geringe Häufigkeit, fühlen sich dabei aber hoch belastet.
- Mitarbeiter erleben hohe Häufigkeit und fühlen sich auch hoch belastet.
- Mitarbeiter erleben hohe Häufigkeit, fühlen sich dabei aber gering belastet.

Abbildung zwei (siehe Abb. 2) zeigt die Verteilung der Mitarbeiter in den drei meistgenannten Diversitätsaspekten Migrationshintergrund, Behinderung und Alter.

Die Verteilung zeigt: Je häufiger desto belastender stimmt nicht für jeden und stimmt nicht für alle Diversitätsaspekte in gleichem Ausmaß.

Im Zusammenhang mit den Diversitätsaspekten Behinderung und Alter zeigt sich, dass von jenen 15 bzw. 16 Personen, die eine hohe Häufigkeit berichten jeweils zwei Drittel

(jeweils 10 Personen) angeben, dadurch nicht stark belastet zu sein.

Umgekehrt ist das Verhältnis beim Aspekt Migrationshintergrund:

Von den 69 Mitarbeiter, die angeben, im Berufsalltag häufig mit Migrationshintergrund konfrontiert zu sein, fühlen sich fast zwei Drittel, nämlich 45 Personen, hoch belastet.

Es zeigt sich aber auch, dass immerhin 24 Mitarbeiter (31% aller Personen, die Migrationshintergrund als erlebten Diversitätsaspekt nennen) sich bei hoher Häufigkeit wenig belastet fühlen.

Das lässt auf ein innerhalb der Ambulanzen vorhandenes Lernpotenzial schließen. Jene Mitarbeiter, die sich auch bei hoher Häufigkeit gering belastet fühlen, können eventuell belasteteren Mitarbeitern beratend zur Seite stehen.

Gelebte Lösungen

In den Interviews konzentrierte sich die Diskussion rund um „gelebte“ und „gedachte“ Lösungen auf den am häufigsten genannten Diversitätsaspekt „Migrationshintergrund“

und auf die drei wesentlichen Handlungsfelder Sprache, Kultur, und Sicherheit.

Zum Umgang mit Sprachbarrieren

Als organisatorisch verankerte Lösungen werden schriftliche Übersetzungshilfen sowie Dolmetschdienste für spezifische Fälle wie z. B. OP-Aufklärung, genannt. Mitarbeiter haben darüber hinaus individuelle Lösungen entwickelt, wenn Dolmetschdienste nicht vorhanden sind: „Reden mit Händen und Füßen“, „Google Translate als mein bester Freund“; kommen dann zum Einsatz.

Zum Umgang mit kulturellen Unterschieden

Bei kulturellen Unterschieden werden v. a. verschiedene Konzepte vom Umgang der Geschlechter miteinander als problematisch erlebt. Kulturell und/oder religiös begründete Wünsche wie z. B. der nach einem gleichgeschlechtlichen Arzt (im Regelfall einer Ärztin) werden nach Möglichkeit erfüllt. Weibliches Personal – in den beteiligten Ambulanzen in der Mehrzahl – holt sich männliche Verstärkung: „Wenn einer sich von mir nichts sagen lasst, hole ich eben einen Oberarzt – oder einen männlichen Pfleger – Hauptsache ein Mann.“

Geschildert wird auch der innerliche Rückzug beim Beobachten von Handlungen, die man selbst als Frau nicht erleben will: „So wie manche Männer ihre Frauen behandeln. Die dürfen nichts sagen, nichts selber entscheiden“.

Zum Umgang mit Aggression und Übergriffen

Bei auftretenden Aggressionen und Übergriffen ist Deeskalation das wichtigste Mittel. „ruhig bleiben“, „rauchen gehen“, „Energie wegnehmen – wenn ich ihn [aufgeregten Patienten] mal hinsetzen und warten lasse, dann beruhigt er sich“ und „Schmäh einsetzen“.

Zur Prävention von Übergriffen wird in einer Ambulanz zeitweise ein Mann in Uniform im Rezeptionsbereich eingesetzt, das wird als effizient und auch beruhigend beschrieben „Der braucht meistens gar nichts tun, der ist einfach da und dabei sehr höflich und bestimmt.“

Fazit und Ausblick: „gedachte Lösungen“

Migration ist das große Thema des Diversitätsmanagements in Ambulanzen.

Sprachvielfalt und unterschiedliche kulturelle Prägungen bergen, wenn unbearbeitet, erhebliches Konflikt- und Frustrationspotenzial, das im Ernstfall zu Aggressionen und Übergriffen führen kann.

Belastungen sind dabei ungleich verteilt, zum einen weil nicht alle Mitarbeiter gleich häufig mit Diversitätsaspekten konfrontiert sind, zum anderen weil nicht alle Mitarbeiter dasselbe Belastungsempfinden haben.

Organisationen und Mitarbeiter haben zu den drei als wesentlich genannten Bereichen Sprache, Kultur, Sicherheit, Lösungen entwickelt, auf denen aufgebaut werden kann.

Gemeinsam ist diesen drei Handlungsfeldern, dass klare Regeln für den Umgang mit Diversität noch fehlen und nachgefragt werden. Diese klaren Regeln sind aus Mitarbeitersicht die wichtigsten Komponenten eines unterstützenden Diversitätsmanagements. Sie erzeugen Handlungssicherheit durch Strukturierung und Standardisierung.

In den „gelebten Lösungen“ werden Dolmetschdienste zwar verwendet, aber Fragen zu Verantwortung und Umfang dieser Dienstleistung bleiben offen.

In den „gedachten Lösungen“ der Mitarbeiter sind die Fragen: „Wer ist dafür verantwortlich, dass ein Dolmetscher vorhanden ist? Wann

muss ein Dolmetschdienst zugezogen werden? Besteht die Verpflichtung, einen gleichgeschlechtlichen Arzt beizustellen? Welche Grenzen von Respekt und Höflichkeit im gegenseitigen Umgang können und sollen gezogen werden? Welche Handhabe gibt es, wenn solche Grenzen überschritten werden?“ beantwortet.

Fact-Box

Projektpartner: Auftraggeber: Gesundheitsfonds Steiermark, Kontakt: anne.rauch@stmk.gv.at, 4 Modellambulanzen mit insgesamt 106 Mitarbeitern und rund 49.000 betreuten Patienten in rund 107.000 Patientenkontakten (2015)

Wissenschaftliche und Organisationsberatende Begleitung: Trummer & Novak-Zezula OG

Laufzeit: Oktober 2015 bis Dezember 2016

Methoden: Mitarbeiterbefragung: Vollerhebung 4 Ambulanzen; n=88; Rücklaufquote 92%; Interviews und Diskussionen mit Mitarbeitern der Ambulanzen; n=32; Workshop mit Mitgliedern der Projektsteuerungsgruppe

Produkte: Assessment-Tool: Häufigkeit von und Belastung durch Diversität, Planungstool: Gelebte und Gedachte Lösungen, Workshop: Diversitäts-Management maßgeschneidert, Workshop: Werte und Umgang interkulturell, Workshop: Spielregeln im Interesse aller definieren und kommunizieren

Literatur

Karl-Trummer U., Novak-Zezula S. (2008) Evidence for Action: Gesundheit – Mitarbeiter – Krankenhaus. Public Health Forum Nr. 58. Gesundheitsberufe. Elsevier Verlag. München.

Karl-Trummer U. (2010) Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen von Mitarbeiterinnen

und Mitarbeitern im Krankenhaus – Ärztinnen und Ärzte im Vergleich mit anderen Berufsgruppen. In: Schwartz, F. W.; Angerer, P. (Hrsg.). Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten. Befunde und Interventionen. Deutscher Ärzte Verlag. Berlin. S. 373-383.

Rosbach B., Löffler K. I., Mayer-Popeken O., Konitzko J., Duouis H. (2007) Belastungs- und Beanspruchungskonzept. In: Letzel S., Nowak D. (2007) Handbuch der Arbeitsmedizin. 1. Erg. Lfg. 3/07. Ecomed Medizin – Ecomed Storck Verlag. Hamburg. A II-1 der Lo-seblattsammlung S. 1-4.

Trummer U., Novak-Zezula S. (2016) Diversitätsorientierte Qualitätsentwicklung und –sicherung in steirischen Ambulanzen. Center for Health and Migration (C-HM, Hrsg.). Wien.

Udris I., Frese M. (1999) Belastung und Beanspruchung. In: Graf Hoyos C., Frey D. (Hrsg.). Arbeits- und Organisationspsychologie. Ein Lehrbuch. Beltz. Weinheim. S. 429-445.

Autorenbiographie

Ursula Trummer, Mag. rer. soc. oec., Dr. phil., M. Sc. (Supervision, Coaching, Organisationsberatung), ist als Soziologin, Coach und Organisationsberaterin seit 1998 in regionalen, nationalen und europäischen Projekten zur Qualitätsentwicklung von Gesundheitssystemen und -leistungen mit Schwerpunkt Gesundheitsförderung und Integration vulnerabler Gruppen tätig, seit 2000 v. a. im Bereich Gesundheitsversorgung für Migranten. Mit-Initiatorin der Europäischen „Migrant Friendly Hospitals“ und der Europäischen Praxissammlung für Gesundheitsservices für undokumentierte Migranten (Health Care in NowHereland – Improving Services for Undocumented Migrants in the EU). Unabhängige Expertin u. a. für die Europäische Kommission, DG Santé und DG Research, die Internationale Organisation für Migration, und die Agentur der Europäischen Union für

Grundrechte. Ursula Trummer ist Executive Partner der Trummer & Novak-Zezula OG.

Sonja Novak-Zezula, Dr. phil., Mag. rer. soc. oec; Soziologin, Kommunikationswissenschaftlerin, ist Managing Director des Center for Health and Migration (www.c-hm.com) und Executive Partner der Trummer & Novak-Zezula OG. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich Gesundheit und Migration, mit speziellem Schwerpunkt Qualitätsentwicklung in Gesundheitsorganisationen und -systemen mit Fokus auf vulnerable Gruppen. Trainingsschwerpunkte liegen im Bereich Diversitätsmanagement mit Fokus auf Arbeiten in interkulturellen Teams und mit einer diversen Klientel.

Die Trummer & Novak-Zezula OG ist ein 1996 gegründetes unabhängiges KMU. Unternehmensziel ist die wissenschaftliche und beraterische Begleitung von Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen. Auftraggeber reichen von einzelnen Gesundheitsorganisationen, Trägerorganisationen, Ministerien, bis zu Internationalen Organisationen. Das Center for Health and Migration als wissenschaftliche Einrichtung und Invivo Unlimited als Beratungseinrichtung arbeiten unter dem Dach der OG. (www.c-hm.com, www.invivo.at)

Autorenanschrift

Dr. Ursula Trummer
Center for Health and Migration
Wasagasse 12/3/5
A – 1090 Wien

E-Mail: office@c-hm.com

Dr. Sonja Novak-Zezula
Center for Health and Migration
Wasagasse 12/3/5
A – 1090 Wien

E-Mail: office@c-hm.com

Beitrag aus der Wissenschaft II



Titel

Vielfalt im Krankenhaus – Chance oder Risiko?

Autorin

Dr. Andrea Rothe

Einleitung

Bei der Diskussion um Vielfalt und Vielfaltsmanagement geht es in der Städtischen Klinikum München GmbH (StKM) darum, die Diversität der Mitarbeitenden durch bewusstes Hinsehen sichtbar zu machen und damit mögliche Diskriminierungen von vornherein zu verhindern. Der Fokus liegt auf den Merkmalen Geschlecht, sexuelle Orientierung, ethnische Herkunft, Religion sowie Behinderung und Alter (siehe hierzu u. a. Smykalla und Vinz 2011, Bouncken, Pfannstiel, Reuschl und Haupt 2015 sowie Fereidooni und Zeoli 2016).

Die Städtischen Kliniken in München wurden 2005 in eine GmbH umgewandelt, ihre alleinige Gesellschafterin ist die Landeshauptstadt München. Die StKM ist ein Verbund von Kliniken der höchsten Versorgungsstufe mit Standorten in Bogenhausen, Harlaching, Neuperlach und Schwabing sowie einer Fachklinik für Dermatologie und insgesamt ca. 7.500 Beschäftigten (Städtisches Klinikum München GmbH 2016, S. 7). Wie andere Krankenhäuser auch, ist die StKM schon lange ein Ort der Vielfalt. Das betrifft die eigenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter genauso wie die Patientinnen und Patienten.

Die Vielfalt im Krankenhaus birgt Chancen und Risiken, weswegen bewusst und gezielt mit dieser Diversität umgegangen werden muss, damit die Vielfalt der Mitarbeitenden und der Patientinnen und Patienten der Organisation einen Vorteil bringen. Der Fokus dieses Artikels liegt auf den Beschäftigten und in Bezug auf diese bietet Vielfaltsmanagement eine große Chance im Wettbewerb um die besten Köpfe und ausreichendes Personal auf dem hart umkämpften Gesundheitsmarkt.

Geschlecht

Obwohl es seit 1949 mit dem Beschluss des Grundgesetzes eine rechtliche Vorgabe für die Gleichberechtigung der Geschlechter gibt, hinkt die Umsetzung der tatsächlichen Gleichstellung von Frauen und Männern diesem Ziel weit hinterher. Krankenhäuser sind ein Spiegel der traditionellen Geschlechterteilung. In der Pflege arbeiten zu fast 80% Frauen mit einem überproportionalen Anteil von Männern in den Führungspositionen (siehe hierzu u. a. Sewtz 2006, Küpper 1996 und Ostner 1981). Im ärztlichen Dienst nimmt der Anteil der Frauen zwar seit Jahren zu (siehe hierzu u. a. Deutsches Ärzteblatt 2008). Inzwischen machen Frauen die Hälfte der Ärzteschaft aus. Aber in die ärztlichen

Führungspositionen dringen Ärztinnen kaum vor. Trotz Neubesetzungen hält sich etwa in den chefärztlichen Positionen ein Männeranteil von rund 90% (u. a. eigene Erhebungen und Deutscher Ärztinnenbund 2016).

Um dem entgegen zu steuern, sind organisatorisch-strukturelle und individuell fördernde Maßnahmen notwendig (siehe hierzu u. a. Böchers 2006, Bühren 2010, Dettmar 2006 oder Oberlander 2008). Eine organisatorisch-strukturelle Maßnahme ist das monetäre Anreizsystem im ärztlichen Bereich, das die StKM vor einigen Jahren eingeführt hat. Es stellt medizinischen Abteilungen, die eine Ärztin als Oberärztin oder leitende Oberärztin einstellen, einen gewissen Geldbetrag für Fortbildungen zur Verfügung. Diese Mittel sind ihrerseits wieder einzusetzen, um Ärztinnen zu fördern. Eine weitere organisatorisch-strukturelle Maßnahme ist die Verankerung der Förderung von Ärztinnen in der variablen Vergütung der Chefärztinnen und Chefärzte („Zielvereinbarung“). Das Instrument der Zielvereinbarungen soll dazu genutzt werden, einen weiteren Anreiz zu schaffen, Ärztinnen – bei gleicher Qualifikation – für Führungspositionen auszuwählen.

Individuelle Maßnahmen, um die Geschlechterstruktur in Krankenhäusern hin zu mehr Chancengleichheit und Parität zu verändern, sind beispielsweise Mentoring-Programme speziell für Ärztinnen, die ärztliche Führungspositionen anstreben. Das schafft ein Klima der Ermutigung (siehe hierzu u. a. Schacherl 2010). Wichtig sind außerdem angepasste Arbeitszeiten und die Möglichkeiten der Arbeitszeitreduktion, um Beruf und Familie zu vereinbaren. Allerdings bleiben Teilzeiten ein Karrierekiller, wie zahlreiche Statistiken zeigen (siehe u. a. Deutsches Ärzteblatt 2008).

Die Evaluation der nächsten Jahre wird Auskunft darüber geben, ob es gelingt, die Einstellungen der Führungskräfte im Allgemeinen und die der Chefärztinnen und Chefärzte im Speziellen durch diese Maßnahmen zu verändern.

Als individuelle Förderung kann u. a. auch der „Boys‘ Day – Jungenzukunftstag“ gewertet werden. An diesem bundesweiten Aktionstag ermutigen wir Jungen, den Beruf der Pflege in ihre Berufswahl aufzunehmen. Am Boys‘ Day begleiten Pfleger als männliche Vorbilder Schüler der 8. Jahrgangsstufe und stellen ihnen Grundlagen der Pflege vor. Pädagogisch wird pflegerisches Wissen unterhaltend präsentiert („edutainment“), um den Jungen die Scheu vor dem Beruf zu nehmen. Die Nachhaltigkeit des Tages sichert die StKM, indem interessierte Jungen identifiziert werden und die hausinterne Krankenpflegeschule anschließend Kontakt mit ihnen hält, so dass sie für ein Schulpraktikum und später vielleicht für eine Ausbildung in der Pflege wieder kommen.

Aufgrund der Veränderungen im Gesundheitswesen u. a. wegen des demographischen Wandels werden die Förderung von Ärztinnen für ärztliche Führungspositionen sowie die Förderungen von Männern im Pflegeberuf noch lange wichtige Aspekte des Gender- und Diversitymanagements in Krankenhäusern bleiben.

Sexuelle Identität

Schwule Männer sind in der Pflege nichts Neues. Heute sind sie anerkannte Teammitglieder. Das war nicht immer so. Viele schwule Krankenpfleger erzählen von Zeiten, in denen sie aufgrund ihrer Homosexualität diskriminiert wurden. Im ärztlichen Dienst wird die Homosexualität wesentlich versteckter gelebt, Gleiches gilt für unterschiedliche Hierarchieebenen. Hier gilt, um es etwas pauschal zu formulieren, je höher die Position, desto verschwiegener wird mit der sexuellen Identität umgegangen. Ein weiteres Phänomen ist, dass Lesben sich weniger offen am Arbeitsplatz zeigen als Schwule.

Die StKM will dieser wichtigen Gruppe im Gender- und Diversitymanagement mehr Sichtbarkeit verleihen und begründete 2013 zwei Maßnahmen. Unter der Leitung der

Stabsstelle Betriebliche Gleichbehandlung wurde zum einen ein vierteljährliches Netzwerktreffen eingerichtet. Ziel des Netzwerkes ist es, LGBT-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeitern die Möglichkeit zu geben, ihre Unterschiedlichkeit offen in unseren Unternehmen zu leben. Um mit den Treffen möglichst viele LGBT-Mitarbeitende zu erreichen, ist dieses Angebot sehr niederschwellig angelegt. Interessierte treffen sich abends außerhalb des Unternehmens, so dass auch diejenigen kommen können, die sich am Arbeitsplatz noch nicht geoutet haben. Die Information über die Treffen wird im Intranet veröffentlicht und es gibt Aushänge bei den Zeiterfassungsautomaten und in den Kantinen der Unternehmensteile.

Die zweite Maßnahme ist ein eigener Stand auf dem Christopher Street Day auf dem Marienplatz in München. Hier vertritt das Netzwerk die StKM ganz offiziell und trifft damit bei den Besucherinnen und Besuchern jedes Jahr auf großes Interesse. Dies gilt für die Bürgerinnen und Bürger, die wir als potentielle Patientinnen und Patienten möglichst gut beraten wollen. Aber auch für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des CSD, die als potentielle Beschäftigte oft äußern, dass die Existenz des Netzwerkes für sie durchaus der ausschlaggebende Faktor sein könnte, sich bei einem Arbeitsplatzwechsel für die StKM zu entscheiden. Auf dem hart umkämpften Fachkräftemarkt im Gesundheitswesen ist das ein wichtiger Punkt.

Ethnische Herkunft

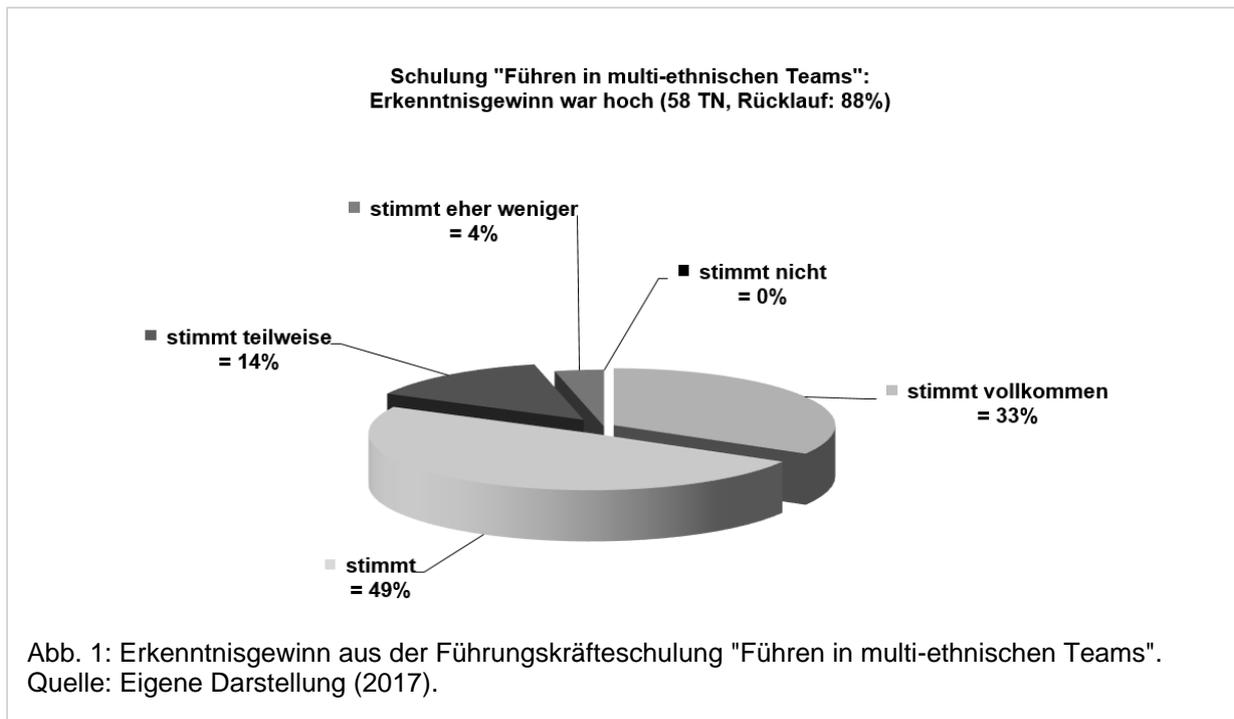
In der StKM arbeiten Menschen aus etwa 80 Ländern und multi-ethnische Teams sind Normalität. Grund ist in der Pflege der demographische Wandel sowie die Arbeitsbedingungen und der sich daraus ergebende Fachkräftemangel. Dieser wird durch das Anwerben von Fachkräften aus dem näheren und weiteren Ausland versucht auszugleichen. Im ärztlichen Dienst gibt es keinen Ärztemangel, aber immer mehr Ärztinnen – und auch einige Ärzte – die wegen Familienpflichten in Teilzeit

tätig sind. Die entstehenden Lücken füllen Ärztinnen und Ärzte aus dem Ausland, weswegen auch unter den Ärztinnen und Ärzten die ethnische Vielfalt wächst (u. a. Ärztestatistik der Bundesärztekammer 2015).

Zu den Herausforderungen mit multinationalen Beschäftigten gehören neben der sprachlichen Verständigung auch das Verständnis der Kultur des Ziellandes. Umgekehrt benötigen auch die deutschen Kolleginnen und Kollegen und die Führungskräfte interkulturelles Wissen, um möglicherweise auftretende Störungen verstehen und auffangen zu können. Kulturelle Unterschiede beziehen sich zum Beispiel auf Kommunikationsformen, auf den Umgang mit Zeit, oder auf den Umgang mit Hierarchien und werden vor allem in Konfliktsituationen sichtbar (siehe hierzu u. a. van Keuk und Joksimovic 2011 und Hofstede 2005). Die StKM bietet daher sowohl den Führungskräften als auch den Teams seit einigen Jahren interkulturelle Trainings an.

Die Führungskräfteseminare setzen bei den Einstellungen und Haltungen bezüglich Führung und Zusammenarbeit im interkulturellen Kontext an. Ziel ist es, sich der Bedeutung von kultureller Diversität für die eigene Führungsrolle im Berufsalltag anzunähern. Die Auswertungen bisheriger Seminare zeigen, dass das Thema von der ganz überwiegenden Mehrheit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer als sehr aktuell und relevant empfunden wird (siehe Abbildung 1).

Auch bei den Schulungen zur Teamentwicklung konnte ein hoher Erkenntnisgewinn und eine hohe Bereitschaft festgestellt werden, das Erlernte in der Praxis umzusetzen. Zudem meldeten die Führungskräfte zurück, dass der Umgang zwischen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Folge der Trainings nachhaltig verbessert wurde. Sie gehen freundlicher und rücksichtsvoller miteinander um.



Interkulturelle Trainings scheinen daher ein geeignetes Instrument zu sein, um den Herausforderungen der zunehmenden ethnischen Vielfalt in der Belegschaft aktiv zu begegnen. Diese können und sollten u. a. durch Sprachkurse, außerberufliche Begegnungsmöglichkeiten und Praxishilfen zur Bewältigung des Alltags für Neuankömmlinge ergänzt werden.

Religion und Weltanschauung

Das Diskriminierungsverbot aufgrund der Religion oder der Weltanschauung verpflichtet Arbeitgeber auf religiöse Belange und Gebräuche der Beschäftigten Rücksicht zu nehmen, sofern sie den Betriebsablauf nicht stören. In der StKM sind Beschwerden aufgrund des Merkmals Religion eher selten. In der beruflichen Praxis gab es bisher nur Beschwerden wegen Konflikten zwischen muslimischen und anders- oder nicht-gläubigen Mitarbeitenden.

Eine konfliktreiche Situation kann entstehen, wenn ein Team größtenteils muslimisch ist und ein Kollege oder Kollegin zum Beispiel christlich. Hier kann es zu Schikanen kommen. So berichtete ein Mitarbeiter, dass er

nicht mit den Kollegen im gleichen Raum Mittagessen durfte, weil er Schweinefleisch aß. Probleme kommen auch in der Zusammenarbeit von schwulen und muslimischen Kollegen vor, weil Homosexualität von vielen Muslimen nicht akzeptiert wird. Bei diesen Konflikten werden klare Grenzen gesetzt, um eine professionelle Zusammenarbeit zu ermöglichen.

Alter und Behinderung

Die Merkmale Alter und Behinderung werden in diesem Artikel zusammengefasst, weil sie die Krankenhäuser vor zum Teil ähnliche Probleme stellen. Das betrifft vor allem die Herausforderung, trotz schmaler Personaldecke ein leidens- sowie alters- und altersgerechtes Arbeiten zu ermöglichen. Vor allem in der Pflege, die körperlich sehr anspruchsvoll ist, ist absehbar, dass die Pflegekräfte ab Ende 50 nicht mehr problemlos für alle schweren körperlichen Arbeiten einsetzbar sind. Gerade hier erweist sich die Suche nach engagiertem Nachwuchs als schwierig. Es hat sich herum gesprochen, dass es in der Pflege Personalmangel gibt, wodurch der Druck auf die einzelnen Pflegekräfte steigt. Mit diesen Herausforderungen beschäftigen

sich in der StKM zurzeit vor allem das betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) und die Schwerbehindertenvertretungen.

Während die Schwerbehindertenvertretungen eher individuelle Lösungen für betroffene Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer suchen und umsetzen, zielt das BGM auf langfristige und strukturelle Verbesserungen ab. Dazu zählen technische Unterstützungsmöglichkeiten in der täglichen Arbeit sowie betriebliche Sport- und Gesundheitsangebote, die beispielsweise körperschonendes Arbeiten vermitteln. Aufgrund der absehbaren demographischen Entwicklung wird das Thema an Brisanz gewinnen.

Fazit

Es ist selbstredend, dass zu jedem einzelnen der genannten Vielfaltmerkmale weit mehr Maßnahmen unternommen werden können, als in diesem Artikel beschrieben. Die hohe und zunehmende Diversität in Krankenhäusern sowohl auf Seiten der Mitarbeitenden als auch auf Seiten der Patientinnen und Patienten stellt die Krankenhäuser vor immer neue Herausforderungen. Gleichzeitig steht das Gender- und Diversitymanagement in den Krankenhäusern noch am Anfang und es kommt erst langsam eine Diskussion darüber auf, wie viel und welches Vielfaltsmanagement gebraucht wird und welche personellen und Sachressourcen dafür notwendig sind. Sinnvoll wäre ein Benchmarking zwischen den Krankenhäusern, um eine Vergleichbarkeit zu erzielen und gleichzeitig ein gegenseitiges Lernen zu ermöglichen. Dafür ist es notwendig, dass die Krankenhäuser ihre Diversity-Maßnahmen öffentlich machen.

Mit dem Gender und Diversitymanagement möchte die StKM erreichen, dass die Unterschiede, die es in der Belegschaft gibt, Anerkennung finden. Ziel ist es Vielfalt nicht als trennendes Phänomen wahrzunehmen, sondern als eines, das die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gemeinsam stärker macht. Mit der Anerkennung der Diversität bzw. Vielfalt

möchte die StKM die Personalakquise und Personalbindung verbessern, zur Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beitragen und die Arbeitgebermarke stärken.

Literatur

Böchers K., Kirchner H., Trittmacher S. (2006) Den Chefsessel im Visier – Führungsstrategien für Ärztinnen. Thieme Verlag. Stuttgart.

Bouncken R., Pfannstiel M., Reuschl A., Haupt A. (2015) Diversität managen. Wie Krankenhäuser das Beste aus personeller Vielfalt machen. Kohlhammer Verlag. Stuttgart.

Bühren A., Schoeller A. (2010) Familienfreundlicher Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte. Bundesärztekammer. Berlin.

Bundesärztekammer (2015) Ärztestatistik 2015: Medizinischer Versorgungsbedarf steigt schneller als die Zahl der Ärzte. Online im Internet. URL: <http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2015>, Abrufdatum: 26.05.2017.

Deutscher Ärztinnenbund (2016) Medical women on top. Broschüre. Deutscher Ärztinnenbund (Hrsg.). Berlin.

Deutsches Ärzteblatt (2008) Arztberuf: Die Medizin wird weiblich. in: Deutsches Ärzteblatt. Jg. 105. Nr. 12. S. A-609, B-539 und C-527. Online im Internet. URL: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/59406/Arztberuf-Die-Medizin-wird-weiblich>. Abrufdatum: 26.05.2017.

Dettmar S., Kaczmarczyk G., Bühren A. (2006) Karriereplanung für Ärztinnen. Springer Verlag. Heidelberg.

Fereidooni K., Zeoli A. P. (2016) Managing Diversity. Die diversitätsbewusste Ausrichtung des Bildungs- und Kulturwesens, der

Wirtschaft und Verwaltung. Springer Verlag. Wiesbaden.

Hofstede G. (2005) Lokales Denken, globales Handeln. 4. Auflage. dtv. München.

Keuck van G., Joksimovic D. (2011): Diversity. Transkulturelle Kompetenz in klinischen und sozialen Arbeitsfeldern. Kohlhammer Verlag. Stuttgart.

Küpper G. (1996) Weibliche Berufskarrieren in der stationären Krankenpflege. Wissenschaftliche Reihe: 81. Taschenbuch Verlag. Bielefeld.

Oberlander W., Liebig K., Schuldes D., Merz B. (2008) Berufseinstieg und Berufserfolg junger Ärztinnen und Ärzte. Deutscher Ärzteverlag. Köln.

Ostner I., Krutwa-Schott A. (1981) Krankenpflege – ein Frauenberuf? Campus Verlag. Frankfurt am Main.

Neu: Smykalla S., Vinz D. (2011) Intersektionalität zwischen Gender und Diversity. Westfälisches Dampfboot (Hrsg.). Münster.

Städtisches Klinikum München GmbH (2016) Personalbericht von Januar 2015 bis Juni 2016. Städtisches Klinikum München GmbH (Hrsg.). München.

Schacherl I. (2010) „Das ist Frauenförderung der besten Art“ – Evaluierung der Mentoring-Maßnahme der Frauenakademie München für den Zeitraum 2001 – 2007. Frauenakademie München. München.

Sewtz S. (2006) Karrieren im Gesundheitswesen. Juventa-Verlag. Weinheim.

Autorenbiografie

Dr. Andrea Rothe hat an der Ludwig-Maximilians-Universität München die Fächer Ameri-

kanistik, Psychologie und Kommunikationswissenschaften studiert und anschließend an der Freien Universität Berlin in Politikwissenschaften promoviert. Anschließend lancierte sie über die Europäische Kommission eine europäische Kampagne gegen den Prostitutionstourismus. Von 1998 bis 2003 war sie wissenschaftliche Mitarbeiterin im Deutschen Museum München und dort als Internetredakteurin und Gleichstellungsbeauftragte tätig. Von 2003 bis 2008 arbeitete sie als selbständige Wissenschaftlerin unter dem Dach der Frauenakademie München. Seit 2008 leitet sie die Stabsstelle Betriebliche Gleichbehandlung bei der Städtisches Klinikum München GmbH. Dort ist sie zuständig für die Themen Chancengleichheit, Antidiskriminierung und Konfliktmanagement in Bezug auf die Merkmale Geschlecht, Herkunft, Ethnizität, sexuelle Identität, Alter, Behinderung sowie Religion und Weltanschauung.

Autorenanschrift

Dr. Andrea Rothe
Stabsstelle Betriebliche Gleichbehandlung
Städtisches Klinikum München GmbH
Thalkirchner Straße 48
80337 München
Tel: 089 / 5147 - 6729

E-Mail: andrea.rothe@klinikum-muenchen.de

Beitrag aus der Wissenschaft III



Titel

Diversity Management als Strategie zum Umgang mit der Vielfalt von Nutzern und Personal am Beispiel der Rehabilitation

Autoren

Jun.-Prof. Dr. Patrick Brzoska (links)
Prof. Dr. Oliver Razum (rechts)

Einleitung

Diversitätsmerkmale wie Geschlecht, Alter, Migrationshintergrund und sozioökonomischer Status prägen die Vielfalt unserer Gesellschaft (Gardenswartz und Rowe 1998). Sie gehen in allen Lebensbereichen mit unterschiedlichen Wünschen und Erwartungen einher. Auch im Zusammenhang mit Gesundheit haben Menschen als Nutzer von Versorgungsangeboten unterschiedliche Bedürfnisse und Vorstellungen. Diese spiegeln sich zum Beispiel in geschlechts-, alters- und kulturspezifischen Pflegepräferenzen wider sowie in einer unterschiedlichen Bereitschaft, familiäre Pflege zu leisten (Bauer 2008; Döhner et al. 2007). In der Rehabilitation unterscheiden sich Männer und Frauen häufig in ihren Rehabilitationszielen sowie in ihrem Berentungswunsch. Vergleichbare Unterschiede werden auch zwischen unterschiedlichen Alters- und Bildungsgruppen deutlich (Deck 1999). Versorgungseinrichtungen greifen diese unterschiedlichen Bedürfnisse und Erwartung nicht immer ausreichend auf. Das kann sich negativ auf die Zugänglichkeit und Qualität der Versorgung auswirken. Beim Diversitätsmerkmal „Migrationshintergrund“

wird das besonders deutlich. Herausforderungen entstehen aber nicht nur durch die Vielfalt von Versorgungsnutzern. Auch das Gesundheitspersonal wird (kulturell) zunehmend vielfältiger, was seinerseits zu Missverständnissen im Versorgungssystem führen kann, beispielsweise wenn sich das professionelle Behandlungsverständnis zwischen Mitarbeitern unterscheidet.

Im vorliegenden Beitrag zeigen wir exemplarisch am Diversitätsmerkmal „Migrationshintergrund“ und der medizinischen Rehabilitation auf, wie unzureichend berücksichtigte Bedürfnisse und Erwartungen Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren verursachen können. Das wiederum wirkt sich negativ auf die Inanspruchnahme und die Ergebnisse von Versorgung aus. Wir erläutern ferner, warum Diversity Management eine geeignete Strategie für Versorgungseinrichtungen sein kann, um die Vielfalt von Nutzern und Gesundheitspersonal in der Versorgung besser berücksichtigen zu können.

Menschen mit Migrationshintergrund in der rehabilitativen Versorgung

In Deutschland leben aktuell ca. 17 Millionen Menschen deutscher oder ausländischer

Staatsangehörigkeit, die selbst oder deren Eltern nach Deutschland zugewandert sind (Statistisches Bundesamt 2016). (Spät-)Ausiedler und türkeistämmige Menschen stellen mit je ca. 3 Millionen die beiden größten Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund dar. Bereits hieran wird deutlich, dass es sich bei Menschen mit Migrationshintergrund um eine sehr heterogene Bevölkerungsgruppe handelt, die durch unterschiedliche Muttersprachen, Religionen und ethnische Hintergründe gekennzeichnet ist.

Menschen mit Migrationshintergrund haben im Durchschnitt einen geringeren sozioökonomischen Status als die Mehrheitsbevölkerung (ebd.). Sie arbeiten außerdem durchschnittlich häufiger in Fertigungsberufen und sind öfter berufsbedingten Belastungen ausgesetzt. Das spiegelt sich auch in einer schlechteren arbeitsbezogenen Gesundheit wider, konkret in höheren Anteilen von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Erwerbsminderung sowie in höheren Arbeitsunfähigkeitszeiten (Brzoska und Razum 2015b).

Rehabilitation ist als tertiärpräventives Angebot in der Lage, gesundheitlichen Belastungen entgegenzuwirken und eine eingeschränkte Gesundheit im günstigsten Fall wiederherzustellen. Menschen mit einem hohen tertiärpräventiven Bedarf eine adäquate rehabilitative Versorgung anzubieten, trägt wesentlich zur Sicherung ihrer gesundheitlichen und sozialen Teilhabechancen bei (World Health Organization 2011).

Bisher sehen sich Menschen mit Migrationshintergrund in der rehabilitativen Versorgung allerdings zahlreichen Barrieren gegenüber. Diese liegen zum einen im System (z. B. fehlende oder missverständliche Informationen über Angebote der medizinischen Rehabilitation), zum anderen im Bereich der sozialen Determinanten von Gesundheit (z. B. geringe Health Literacy, also die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu erhalten und zum Zwecke der eigenen informierten Entscheidungs-

findung zu nutzen). Zum anderen spielen Interaktions- und Kommunikationsprobleme im Versorgungsprozess eine entscheidende Rolle. Diese können durch Schwierigkeiten mit der deutschen Sprache entstehen, die vor allem viele ältere Menschen mit Migrationshintergrund haben. Aber auch kulturelle Faktoren können Interaktions- und Kommunikationsprobleme begünstigen. Hierzu zählen unter anderem Missverständnisse durch kulturspezifische Krankheitssymptome und -vorstellungen, durch Scham und kulturelle Tabus sowie durch ein unterschiedliches geschlechtsspezifisches Rollenverständnis (Brzoska und Razum 2015a).

Die genannten Barrieren können sich negativ auf den Zugang zur Versorgung sowie auf Versorgungsergebnisse auswirken. So nutzen Menschen mit Migrationshintergrund die medizinische Rehabilitation ca. 40% seltener als Menschen ohne Migrationshintergrund. Sie sind darüber hinaus mit der Versorgung unzufriedener und erreichen schlechtere Behandlungsergebnisse. Letzteres zeigt sich unter anderem in einer geringeren subjektiv wahrgenommenen Wirksamkeit, in einer ungünstigen beruflichen Leistungsfähigkeit nach Abschluss der Rehabilitation sowie in einem höheren Risiko, trotz einer Rehabilitation erwerbsgemindert zu werden. Die genannten Unterschiede lassen sich dabei nur zum Teil auf den Einfluss demographischer und sozioökonomischer Faktoren oder unterschiedliche Diagnoseprofile zurückführen. Das zeigen Ergebnisse multivariabler Auswertungen, in denen der Einfluss dieser Faktoren durch statistische Modelle kontrolliert wurde (Brzoska und Razum 2015a; Brzoska et al. 2016).

Migrationssensible Versorgungsangebote

Um Menschen mit Migrationshintergrund eine nutzerorientierte (rehabilitative) Versorgung zu ermöglichen, werden bereits vielfach Anstrengungen unternommen, bestehende Angebote migrationssensibel zu gestalten. Nötig

hierfür ist eine interkulturelle Öffnung von Versorgungseinrichtungen, einschließlich der Förderung der interkulturellen Handlungskompetenz von Gesundheitsdienstleistern. Auf Ebene des Versorgungssystems müssen dafür die notwendigen strukturellen Voraussetzungen geschaffen werden, die auch die Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitspersonal umfassen sollten. Auch die Einstellung von professionellen Sprach- und Kulturmittlern oder das Vorhalten eines einrichtungsübergreifenden und im Versorgungssystem verankerten Sprach- und Kulturvermittlungsdienstes sind Möglichkeiten, mit denen der Zugang und die Wirksamkeit der Versorgung bei Menschen mit Migrationshintergrund verbessert werden können (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2015). Zugangsbarrieren können ferner durch die Einrichtung aufsuchender, mobiler und dadurch niedrigschwelligerer Versorgungsstrukturen abgebaut werden (Schmidt-Ohlemann und Schweizer 2009). Allen Maßnahmen gemein ist, dass sie im jeweiligen Kontext auf ihre Wirksamkeit überprüft werden müssen, bevor sie in der Regelversorgung zum Einsatz kommen. Bisher fehlt meistens ein solcher Nachweis.

Rehabilitationseinrichtungen ist die Notwendigkeit, die eigenen Angebote migrationssensibel auszurichten, durchaus bewusst; entsprechend hoch ist auch die Bereitschaft zur Implementierung entsprechender Strategien. Darauf deuten Ergebnisse einer Befragung von Rehabilitationseinrichtungen in Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein hin (Brzoska et al. 2017). Obwohl in nahezu allen Einrichtungen auch Menschen mit Migrationshintergrund behandelt werden, kommen migrationssensible Maßnahmen nur vereinzelt und unsystematisch zum Einsatz. Das liegt an finanziellen und organisationalen Hürden, die eine umfassende Implementierung solcher Angebote erschweren (ebd.). Eine flächendeckende migrationssensible rehabilitative Versorgung wird dadurch behindert. Eine migrationssensible Versorgung

wird dabei in Zukunft weiter an Bedeutung gewinnen, denn die heute noch vergleichsweise junge Bevölkerung mit Migrationshintergrund altert. Damit nimmt auch die absolute Zahl derjenigen zu, die auf eine bedarfs- und bedürfnisgerechte rehabilitative Versorgung angewiesen sind (Statistisches Bundesamt 2016).

Chancen durch Diversity Management

Migrationssensible Maßnahmen können einen Beitrag leisten, die Versorgung für Menschen mit Migrationshintergrund zu verbessern. Im Gegensatz zu migrationspezifischen Angeboten, die auf einzelne Migrationsgruppen wie Menschen türkischer Herkunft zugeschnitten sind, können sie auch der Vielfalt dieser Bevölkerung hinsichtlich Kultur, Religion und Sprache Rechnung tragen. Mittel- und langfristig sollten migrationssensible Angebote und Strukturen allerdings nur der erste Schritt in Richtung einer diversitätssensiblen Versorgung sein. Sie trägt der Tatsache Rechnung, dass neben Herkunft und Kultur auch andere Diversitätsmerkmale wie Geschlecht, Alter und der sozioökonomische Status unterschiedliche Bedürfnisse in der Versorgung mit sich bringen. Das ursprünglich aus dem Unternehmensbereich stammende Personal- und Organisationsentwicklungsinstrument Diversity Management ermöglicht es, einen solchen diversitätssensiblen Versorgungsansatz umzusetzen. Diversity Management verfolgt das Ziel, Einrichtungen und ihr Personal für die Diversität ihrer Nutzer zu sensibilisieren. Dazu werden auf organisationaler Ebene Bedingungen hergestellt, die es erleichtern, deren vielfältige Bedürfnisse und Erwartungen zu berücksichtigen (Brzoska und Razum 2017).

Für die Umsetzung von Diversity Management stehen unterschiedliche Maßnahmen und Instrumente zur Verfügung, die je nach den konkreten Erfordernissen von Einrichtungen zusammengestellt werden können (Arredondo 1996). Hierbei handelt es sich zum Beispiel um diversitätssensible Leitbilder und

ethische Standards, die Vielfalt als Bereicherung und Chance zur Organisationsentwicklung anerkennen (Pfannstiel 2014). Auch an das Personal gerichtete Schulungsangebote mit dem Ziel, eine diversitätssensible Handlungskompetenz zu vermitteln und für die Diversität von Patienten zu sensibilisieren, kommen zum Einsatz (Grützmann und Peters 2012). Wichtig ist dabei zum einen eine Selbstreflexion über das als „fremd“ Empfundene und die eigene Reaktion darauf. Zum anderen sind Aushandlungsprozesse zwischen Personal und Patienten notwendig, um zu klären, welche Anpassungen im Klinikalltag möglich und akzeptabel sind. Diversity Management kann zudem den konzeptuellen Rahmen bilden, in den Maßnahmen integriert werden, die einen Fokus auf einzelne Diversitätsdimensionen legen. Hierzu zählen beispielsweise kultursensible Versorgungsmaßnahmen und Ansätze der interkulturellen Öffnung, altersgerechte Beratungsangebote, die Verwendung leichter Sprache sowie der barrierefreie räumliche Zugang zu Stationen und Gebäuden.

Als Personal- und Organisationsentwicklungsinstrument hilft Diversity Management auch, der Diversität von Mitarbeitern in Versorgungseinrichtungen und damit einhergehenden Herausforderungen Rechnung zu tragen. Diese Diversität ergibt sich unter anderem durch den demographischen Wandel, Fachkräftemangel und kulturell vielfältiger werdende Belegschaften. Maßnahmen und Instrumente des Diversity Managements sind in diesem Zusammenhang beispielsweise Mentoringprogramme, die eine bessere Integration neuer Kollegen ermöglichen sollen. Auch die Zusammenstellung von Teams mit unterschiedlichen Diversitätsmerkmalen kann wichtiger Bestandteil einer diversitätssensiblen Personalpolitik sein, und sich ihrerseits positiv auf den Umgang mit der Vielfalt von Versorgungsnutzern auswirken (Gordin 2011; Syed und Ozbilgin 2015).

Bisher gibt es in der deutschen Versorgungslandschaft noch wenig Erfahrung mit Maßnahmen und Instrumenten von Diversity Management. Wie andere Maßnahmen müssen auch sie vor dem Einsatz in der Regelversorgung im Hinblick auf ihre Wirksamkeit evaluiert werden. Im Rahmen eines aktuellen, von den Autoren dieses Beitrags geleiteten Projektes (ReDiMa, Laufzeit: 2016-2018) werden Diversity-Management-Instrumente in einer Rehabilitationseinrichtung Nordrhein-Westfalens entwickelt und auf ihre Wirksamkeit hin evaluiert. Die entwickelten Instrumente sollen perspektivisch auf Einrichtungen in anderen Bundesländern übertragen und auf ihre Kosten-Nutzen-Effektivität hin untersucht werden.

Fazit

Die Menschen in unserer Gesellschaft haben unterschiedliche Wünsche und Erwartungen, auch im Hinblick auf ihre Gesundheit und die Nutzung des Gesundheitssystems. Je besser diese berücksichtigt werden können, desto effektiver und reibungsloser läuft der Versorgungsprozess ab. Bisher wird eine diversitätssensible Versorgung nicht flächendeckend gewährleistet, was sich vermutlich negativ auf die Versorgungszufriedenheit und auf Versorgungsergebnisse auswirkt. Besonders deutlich wird das bei der Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund, die im Gesundheitssystem auf zahlreiche Barrieren stoßen. Diversity Management kann für Versorgungseinrichtungen eine sinnvolle Strategie darstellen, um für die gesamte Bevölkerung, einschließlich der Menschen mit Migrationshintergrund, eine nutzerorientierte Versorgung zu realisieren und gleichzeitig die zunehmende Vielfalt des Personals zu berücksichtigen.

Literatur

Arredondo P. (1996) Successful diversity management initiatives: A blueprint for planning and implementation. Sage Publications. Thousand Oaks.

Bauer U. (2008) Die Zukunft der Pflege. Qualitäts- und Strukturfragen aus Nutzersicht. In: Böcken J., Braun B., Amhof R. (Hrsg.). Gesundheitsmonitor 2008. Verlag Bertelsmann Stiftung. Gütersloh. S. 231-249.

Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2015) Das kultursensible Krankenhaus. Ansätze zur interkulturellen Öffnung. Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.). Berlin.

Brzoska P., Razum O. (2015a) Erreichbarkeit und Ergebnisqualität rehabilitativer Versorgung bei Menschen mit Migrationshintergrund. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. Jg. 58. Nr. 6. S. 553-559.

Brzoska P., Razum O. (2015b) Migration and occupational health: high work-related burden. In: Public Health Forum. Vol. 23. No. 2, pp. 113-115.

Brzoska P., Razum O. (2017) Herausforderungen einer diversitätssensiblen Versorgung in der medizinischen Rehabilitation. In: Die Rehabilitation, In Druck.

Brzoska P., Sauzet O., Yilmaz-Aslan Y., Widera T., Razum O. (2016) Self-rated treatment outcomes in medical rehabilitation among German and non-German nationals residing in Germany: an exploratory cross-sectional study. In: BMC Health Services Research. Vol. -. No. 16. p. 105.

Brzoska P., Yilmaz-Aslan Y., Aksakal T., Razum O., Deck R., Langbrandtner J. (2017) Einsatz migrationssensibler Versorgungsstrategien in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation. Eine postalische Befragung in Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. Nr. 60. S. 841-848.

Deck R. (1999) Erwartungen und Motivationen in der medizinischen Rehabilitation. Ihre sozialmedizinische und gesundheitspolitische Bedeutung für den Rehabilitationserfolg. Jacobs Verlag. Lage.

Döhner H., Lamura G., Lüdecke D., Mnich E. (2007) Pflegebereitschaft in Familien: Entwicklungen in Europa. In: Igl G., Naegele G., Hamdorf S. (Hrsg.). Reform der Pflegeversicherung - Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen und die Pflegepersonen. Lit-Verlag. Hamburg. S. 166-179.

Gardenswartz L., Rowe A. (1998) Managing diversity. A complete desk reference and planning guide. McGraw-Hill. New York.

Gordin J. (2011) Diversity in Healthcare. In: Borowski N. (Hrsg.). Organizational Behaviour in Health Care. Jones & Bartlett Publishing. Sudbury. pp. 15-40.

Grützmann T., Peters T. (2012) Interkulturelle Kompetenz in der medizinischen Praxis. In: Ethik in der Medizin. Jg. 24. Nr. 4. S. 323-334.

Pfannstiel M. A. (2014) State of the Art von Maßnahmen und Instrumenten zum Management der Patienten- und Mitarbeiterdiversität im Krankenhaus. In: Bounken R. B., Pfannstiel M. A., Reutshl A. J. (Hrsg.). Dienstleistungsmanagement im Krankenhaus II. Prozesse, Produktivität, Diversität. Springer Gabler. Wiesbaden. S. 381-427.

Schmidt-Ohlemann M., Schweizer C. (2009) Mobile Rehabilitation: Eine Innovation in der ambulanten medizinischen Rehabilitation. In: Die Rehabilitation. Jg. 48. Nr. 1. S. 15-25.

Statistisches Bundesamt (2016) Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2015 (Fachserie 1 Reihe 2.2).: Statistisches Bundesamt (Hrsg.). Wiesbaden.

Syed J., Ozbilgin M. (2015) Managing diversity and inclusion: An international perspective. Thousand Oaks. Sage Publications.

World Health Organization (2011) World report on disability. Geneva: World Health Organization (Ed.). Geneva/Genf.

Autorenbiographien

Jun.-Prof. Dr. PH Patrick Brzoska, MSc, EMPH, ist seit 2014 als Juniorprofessor für Epidemiologie an der Fakultät für Human- und Sozialwissenschaften der Technischen Universität Chemnitz beschäftigt. Seine Arbeitsschwerpunkte umfassen Sozial- und Versorgungsepidemiologie, Migration und Gesundheit, Krankheitsvorstellungen sowie International Public Health. Aktuell forscht er zur rehabilitativen und palliativen Versorgung bei Menschen mit Migrationshintergrund und beschäftigt sich mit der Weiterentwicklung epidemiologischer Forschungsmethoden.

Prof. Dr. med. Oliver Razum, MSc, ist Arzt und Epidemiologe. Seit 2004 leitet er die Abteilung Epidemiologie und International Public Health an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld. Seit 2012 ist er Dekan der Fakultät. Er betreibt epidemiologische Forschung zur Gesundheit von Migranten und zur gesundheitlichen Situation in deren Herkunftsländern (vorwiegend Mittelmeerraum und afrikanische Länder). Aktuell forscht er zur Rehabilitation bei türkischen Migranten, zu kleinräumigen gesundheitlichen Unterschieden in Deutschland sowie zum Zusammenhang von Transnationalität und Gesundheit.

Autorenanschriften

Jun.-Prof. Dr. Patrick Brzoska
Technische Universität Chemnitz, Fakultät
für Human- und Sozialwissenschaften, Insti-
tut für Soziologie, Juniorprofessur für Epide-
miologie
Thüringer Weg 9
09126 Chemnitz

E-Mail: patrick.brzoska@soziologie.tu-chemnitz.de

Prof. Dr. Oliver Razum
Universität Bielefeld
Universitätsstraße 25
33615 Bielefeld

E-Mail: oliver.razum@uni-bielefeld.de

Beitrag aus der Wissenschaft IV



Titel

Diversity als Chance: Forschung, Lehre und Aktivismus im Stadteillabor Bochum

Autorin

Prof. Dr. Christiane Falge

Einleitung

Die unsere Gesellschaft prägende Diversität von Einwanderung, dem demographischen Wandel, Behinderung/Inklusion, Religion und sexueller Orientierung birgt viele Chancen und Potenziale. Gleichzeitig droht die vielerorts zu beobachtende Prekarisierung große Teile unserer Gesellschaft von den Ressourcen Arbeit, Gesundheit und Bildung auszuschließen. Der Begriff der Prekarisierung bezieht sich hier auf sozio-ökonomische Unsicherheit, die durch eine hegemonisierende ökonomische Globalisierung entsteht (Amsterdam School for Cultural Analysis 2014). Hierzu gehört etwa die „Erosion von Normarbeitsverhältnissen mit allen ihren arbeitsrechtlichen und sozialstaatlichen Absicherungen“ (Janowitz 2006, S. 335). Wissenschaftler haben eine besondere Verantwortung diese Ausgrenzungsdynamiken über gelungenen Wissenstransfer aufzuhalten.

Dieser Beitrag beschäftigt sich mit Ausgrenzungsdynamiken im Diversity Kontext Migration, der sich sowohl in Form von personeller Vielfalt als auch in der Vielfalt der Konsumenten im Gesundheitswesen darstellt. Der Artikel widmet sich dabei der Frage, wie die hochschulbezogene Gestaltungskraft des

Diversity-Ansatzes die gesundheitliche Versorgung von Migranten durch neue Formen der Wissensproduktionen umsetzen kann. Mögliche Antworten auf diese Frage sollen durch Einblicke in die Arbeit des Bochumer Stadteillabors als einem Ort der Lehre und der partizipativen Langzeit-Gesundheitsforschung in einem multidiversen Stadtteil aufgezeigt werden.

Die Frage, wie Wissenschaftler zu mehr Diversity-gerechtem Wissen im Sinne einer Verringerung sozialer Ungleichheit beitragen sollen, wird bisher nur in Randdiskursen thematisiert. Vereinzelt fordern Wissenschaftler jedoch eine Veränderung der Hochschulkultur. So etwa das SIGJ2 Writing Collective (2012), das dazu aufruft, neue Standards an Hochschulen einzuführen, die radikale und kritische Denkweisen und Handlungen in die Hochschulen integrieren. SIGJ2 nennt hier unter anderem die Förderung von Aktivismus und Community Engagement jenseits der Universität und die Auflösung der Trennung zwischen Hochschule und Community. Die gleichen Forderungen wurden 2016 von Teilnehmern einer Tagung der jungen Akademie Deutschland gestellt (vgl. Klepp und Musholt 2016), die darüber hinaus zur Etablierung von Orten der Langzeitforschung, dem Ausbau des akademischen Mittelbaus und einem

Überdenken epistemischer Landschaften aufrufen. Diese Empfehlungen sind zu unterstützen, damit die Berücksichtigung des Teilhabe Paradigmas, im Sinne der Einführung neuer, Diversity-orientierter Forschungs- und Lehrstandards, möglich wird. Auf diese Weise könnte der Begriff „Diversity“ einen Gerechtigkeits-Turn einleiten, der der zunehmenden Prekarisierung marginalisierter Bevölkerungsgruppen etwas entgegensetzt (Die Forderungen nach Veränderungen im Bereich Forschungsfreiemester und Lehrreduktionen für Forschung und Drittmittelwerbung an Fachhochschulen werden durch diese Visionen nicht in Frage gestellt.).

Der Beitrag führt zunächst ein in die Bedeutung und Entstehungsgeschichte des Begriffes „Diversity“, gibt einen kurzen Einblick zum Aspekt Einwanderung und personelle Vielfalt im Gesundheitswesen und befasst sich dann damit, wie der Diversity-Begriff im Stadteilla-bor Bochum an der Hochschule für Gesundheit (hsg) Anwendung findet.

Hintergrund zum Diversity-Begriff

Das Wort „Diversity“ ist ein Begriff, der seit den 90er Jahren sowohl in profit-orientierte und in nicht profit-orientierte Unternehmen Einzug hält und zunehmend auch in sozialen, klinischen und bildungsrelevanten Institutionen angekommen ist. Diversity-Beauftragte werden nicht mehr nur im Zuge von Anti-Diskriminierungs-Beschwerden berufen, sondern gehören oftmals von vornherein Teil zum „Grund-Inventar“ von Institutionen. Im Zuge einer Unterordnung des moralischen Impetus von Diversity unter einen gewinnbringenden unternehmerischen Impetus (Bendl 2007, S. 10) wird jedoch kritisiert, dass der Begriff „Diversity“ und damit einhergehende Konzepte im deutschsprachigen Raum mehrheitlich ökonomisch dominiert wird (Ehret 2011, S. 47). Viele Sozialwissenschaftler haben Vorbehalte gegenüber dem mittlerweile zu einem Modebegriff aufgestiegenen „Produkt Diversity“.

Diversity bezieht sich in dem hier verwandten Verständnis insbesondere auf die Berücksichtigung und Nutzung lokaler Vorstellungen und kultureller Differenzen. Differenz im Sinne einer Abweichung von vermeintlichen Normen wird dabei im Gegensatz zu betrieblichen Diversity-Ansätzen als soziale Konstruktion angesehen (siehe auch Bruchhagen und Koall 2008: 939). Kultur wird dabei als ein Prozess angesehen, als etwas veränderbares, formbares und kulturelle Identitäten als ineinander verschränkt, sich überlagernd und mehrschichtig (Wimmer 2005, o. S., Baumann 1996, S. 11).

Die in den letzten Jahren erlangte Anschlussfähigkeit des Diversity Begriffes steht im Zeichen des von Vertovec (2012) beschriebenen „Diversity turn“, der sich gegenwärtig in Politik, korporativen und akademischen Kontexten widerspiegelt. So wie das Konzept Diversity gegenwärtig in unserem gesundheitsbezogenen und Politik-Diskursen eingesetzt wird, bezieht es sich auf relevante Unterschiede wie etwa Gender, Ethnizität, Kultur, Milieu, religiöser Glauben, Alter und deren intersektionale Differenzierungen. Soziale Unterscheidungen wie sexuelle Orientierung und Herkunft, fehlen oftmals in Diversity-Ansätzen.

Die Wurzeln des Diskurses kommen aus den USA, wo beginnend mit der Bürgerrechtsbewegung der 1960er Jahres zunächst „non-whites“ und dann andere Gruppen wie Frauen und Behinderte sich für ihre Rechte und gegen Diskriminierung engagierten (Vertovec 2012, Bruchhagen und Koall 2008). Von zentraler Bedeutung in den frühen Diversity Diskursen in den USA war die Anti-Diskriminierung und statistische Vertretung bestimmter Gruppen in Beschäftigungsverhältnissen, Bildung und deren politische Repräsentation. Durchgesetzt wurden Diversity Implementierungen jedoch vor allem über Antidiskriminierungs-(Sammel-)Klagen gegen US-amerikanische Firmen. In den 1990er war hier daher der „Business Case for diversity“ prominent: Unterschiede wurden nicht als

Defizit, sondern als Ressource im Kontext von Wettbewerb und Profitförderung von Unternehmen gesehen (Ahmed 2012, Özbilgin und Tatli 2007). Die Ökonomisierung wurde im Zusammenhang mit dem „Business Case for diversity“ immer offensichtlicher, was zu berechtigter Kritik an der engen Verzahnung von betrieblichem Diversitätsmanagement und neoliberaler Wirtschaftspolitik führte (siehe auch Özbilgin und Tatli 2007). So argumentiert Bendl etwa, dass sich die sozialnormative Wirkkraft des Konzepts nur entlang ökonomischer Grenzen entfalten kann (Bendl 2007, S. 25). Im deutschsprachigen Raum, so Ehret (2010), verlief die „Modernisierung“ des Diversity-Begriffes, deren Beginn in den 90er Jahren liegt, recht ähnlich. Auch hier kam es zu Sammelklagen gegen Unternehmen wegen diskriminierenden Praktiken, so dass als Reaktion hierauf der Diversity Diskurs in profit-orientierten Unternehmen Einzug hielt. In ihrer Beschreibung über eine Ablösung des Anti-Diskriminierungs- und Chancengleichheit Diskurses aus den 60er und 70er Jahren durch eine „Management Ideologie“ schreibt Ehret dem Diversity-Vehikel unterstützende Funktionen zu. Die sogenannte „Management Ideologie“ basierte dabei auf der Annahme, dass alles – auch Kultur bzw. demographische und herkunftsbezogene Diversität – zu „managen“ wäre. Diversity wurde auf diese Weise anschlussfähig und hielt nicht nur Einzug in profit-orientierte, sondern auch in nicht profit-orientierte Unternehmen (Ehret 2010, S. 46). Die Gleichheits- und Antidiskriminierungs-idee trat dabei, so Ehret weitgehend in den Hintergrund und dies nicht nur bei den profit-orientierten Unternehmen.

Heute ist das Konzept weltweit in Gebrauch und in Europa werden Diversity-Richtlinien auf allen Regierungs- und Verwaltungsebenen etabliert. In der korporativen Sphäre hat „Diversity“ die Funktion eines neuen „normativen Meta-Narrativs“ (Isar 2006).

Während sich „Diversity“ in den USA vor allem auf Rasse und Gender bezieht, umfasst es in Europa Migration und Gender (Vertovec

2012). Innerhalb der Wissenschaft ist das Konzept in der Ethnologie, Mikro-Ökonomie, Biogenetik, sozio-politischen und ökonomischen Bereichen und der Migrationsforschung en vogue (Faist 2009). Die Kritik am Diversity turn bleibt in der nachhaltig starken Dominanz ökonomischer Erwägungen bis heute bestehen. Im folgenden Teil wird nun anhand von Einblicken in das Bochumer Stadtteillabor am Department of Community Health aufgezeigt, welche Chancen im Diversity-Begriff liegen, wenn wir ihn für strukturelle Veränderungen im Bereich Gesundheit nutzen.

Personelle Vielfalt im Gesundheitswesen

Die demographischen Entwicklungen in Deutschland stellen den Gesundheitssektor und damit auch die medizinische Versorgungsstruktur vor neue Herausforderungen. So entsteht durch die alternde Gesellschaft ein zunehmender Behandlungsbedarf durch Ärzte und Pflegekräfte. Gleichzeitig steigt auch der Altersdurchschnitt in den beiden Berufsgruppen. Im Arztberuf betrug im Jahr 2012 das Durchschnittsalter der Vertragsärzte bereits 52,8 Jahre (Bundesärztekammer Ärztestatistik 2013). Schon jetzt herrscht in bestimmten Regionen des Landes bzw. in bestimmten medizinischen Disziplinen ein gravierender Ärztemangel, der sich in den kommenden Jahren voraussichtlich noch weiter zuspitzen wird. In NRW blieben 2012 in den gut 400 Kliniken 1500 Arztstellen unbesetzt (Marburger Bund 2012). Ähnliche Entwicklungen beobachten wir in der Pflege, wo von einem voraussichtlichen ungedeckten Bedarf an ausgebildeten Pflegekräften in Höhe von (je nach Szenario) 135.000 bis 214.000 Pflegevollkräften bis zum Jahr 2025 ausgegangen wird (BMG 2015).

Die Bundesrepublik Deutschland verändert ihren Status und wird zum Einwanderungsland und die zunehmende Einwanderung ausländischer Fachkräfte wirkt diesem Mangel an Ärzten und Pflegekräften somit entgegen. Das Interesse, dem Fachkräftemangel

durch institutionelle Veränderungen entgegen zu wirken zeigt sich u. a. an der mit dem Einwanderungsstatus einhergehenden ständigen Veränderung der institutionellen, rechtlichen und verfahrensmäßigen Rahmenbedingungen zur Anerkennung ausländischer Studienabschlüsse und zur Vergabe von temporären und dauerhaften Arbeitserlaubnissen für ausländische Fachkräfte (EU Gleichstellungsrichtlinie 2005/36; das deutsche Berufsqualifikationsfeststellungsgesetz von 2011; die veränderte Bundesärzteordnung von 2014; seit Oktober 2015 auch § 90 des Asylgesetzes, der die zeitweilige Anerkennung von Heilberufen unter Flüchtlingen regelt). Verglichen mit dem Ende des letzten Jahrzehnts verdoppelte sich etwa bis heute die Zuwanderung ausländischer Ärzte von 5% der Ärzteschaft auf 10-11%. In einzelnen Bundesländern, wie in Teilen von NRW, liegen die Zuwanderungsraten noch höher. Die Gesundheitspersonalrechnung des Mikrozensus zeigt, dass 15,4% aller in Pflegeberufen Beschäftigten eine eigene Migrationserfahrung haben. Diese Zahl lag nach Schätzungen der WHO im Jahr 2000 noch bei 11% (Oldenburger 2010). Insgesamt waren im Jahr 2010 rund 113.000 Arbeitsmigranten in Pflegeberufen beschäftigt. Der Großteil von ihnen stammte aus dem Gebiet der ehemaligen Sowjetunion (31,8%) und aus den östlichen EU-Staaten (29,0%). Allein Polen und die Russische Föderation stellten zusammen bereits rund ein Drittel (33,4%) der in Pflegeberufen tätigen Arbeitsmigranten (Afentakis und Maier: 2013: 1077). Diese personelle Vielfalt hat Folgen und Veränderungen für unsere Gesundheitsinstitutionen (Krankenhäuser, Arztpraxen etc.) und die Gemeinden, in denen diese Institutionen verortet sind. Öffentliche Anerkennung und politischer Gestaltungswille dieses Einwanderungstrends werden unter den Markenzeichen "Willkommenskultur" und Diversität im Gesundheitssektor thematisiert und es gilt, dieser personellen Vielfalt gerecht zu werden, um sowohl langfristig Personalbindung herzustellen als auch Patientensicherheit und -zufriedenheit zu gewährleisten. Die Transformation Deutsch-

lands zum Einwanderungsland stellt sich neben personeller Vielfalt jedoch gleichermaßen auf der Konsumentenseite dar, worauf mit der Umsetzung der sogenannten „interkulturellen Öffnung“ im Gesundheitswesen reagiert wurde. Das Konzept der „interkulturellen Öffnung“ beinhaltet nach Vanderheiden und Mayer (2014, S. 335) einen Anspruch auf eine gleichberechtigte, qualitativ äquivalente gesundheitliche Versorgung für Migranten und verweist auf die Notwendigkeit, strukturelle und institutionelle Handlungsabläufe für das Phänomen der ethnisch-kulturellen Vielfalt zu „öffnen“ (Knipper und Bilgin 2009).

Trotz der Verbreitung des Konzeptes und dem Bemühen um dessen Umsetzung bestehen im Gesundheitswesen nach wie vor noch viele Zugangsbarrieren für Migranten und andere „vulnerable Gruppen“ (Graef-Calliess und Schouler-Ocak 2017, S. 86). Vulnerabilität wird hier multifaktoriell nach Grabivski et al mit den Merkmalen Alter, Migrationshintergrund, niedriger Bildungsgrad und das Wohnen in einer benachteiligten Nachbarschaft definiert (Grabivski et al: 2013). Vulnerabilität bezieht sich insbesondere bei Migranten aber auch auf eine „schwere Erreichbarkeit“, da über diese Gruppe keine (statistisch gesicherten) gesundheitsbezogenen Daten vorliegen (Kroll und Lampert 2017). Im folgenden Teil dieses Artikels geht es daher um Diversity-Strategien, die in einem ersten Schritt das Wissen über diese Gruppe verbessern soll, um in einem zweiten Schritt gesundheitliche Konzepte zu entwickeln, die ihre Erreichbarkeit und somit gesundheitliche Versorgung verbessert. Diese Konzepte sollen nicht über, sondern mit der Gruppe partizipativ erarbeitet werden.

Vielfalt der Konsumenten im Gesundheitswesen: Diversity im Stadteillabor

Am Department of Community Health der hsg werden die oben genannten Diversity-Strategien entwickelt, die die Ermächtigung marginalisierter Communities zu mehr Teilhabe an der Ressource Gesundheit zum Ziel haben.

Im Stadteillabor gehören vor allem Migranten und Geflüchtete zur Zielgruppe dieser Strategie. Diese Gruppe hat auf Grund der mangelnden Berücksichtigung von Diversität im Sinne unterschiedlicher Variablen (Überlappung von sozioökonomischen Status, Migrationshintergrund, einem eigenständigen Migrationseffekt, Diskriminierung und Sprachbarrieren, etc.) einen schlechteren Zugang zur gesundheitlichen Versorgung (Falge und Zimmermann: 2014, S. 328, Brenne et al. 2015, o. S., Razum et al. 2006, S. 452-454 und Borde 2009, o. S.). Der Diversity-orientierte Ansatz im Stadteillabor der hsg versucht daher, diese strukturellen Benachteiligungen für Migranten und Geflüchtete im Stadtteil Bochum Hustadt zu verringern. Denn im Stadteillabor, wo im nahen Kontakt zu unterschiedlichen prekär lebenden „Diversity Communities“ geforscht und gelehrt wird, erschließt sich die Verbindung von Forschung, Lehre und Aktivismus oftmals automatisch.

Die zentrale Methode, die wir im Stadteillabor anwenden, ist der kollaborative Forschungsansatz, der in verschiedenen methodischen Ausrichtungen sozialwissenschaftlicher Forschung wie etwa critical action research (Sykes und Treleaeven 2009) und partizipativer Gesundheitsforschung (Wright 2013) eingesetzt wird. Hinter dem Ansatz steht unmittelbar die Frage, wie Wissen erzeugt werden kann, dass gesellschaftliche Diversität repräsentiert und gesellschaftliche Veränderung mitbewirkt. Es geht bei dieser Methode daher auch um neue Formen der Wissensproduktion. Neues Wissen hilft Diversity im Sinne des Gleichheits- und Anti-Diskriminierungsparadigmas umzusetzen. Die kollaborative Forschungsmethode be- hebt dabei auch gleichzeitig bisherige Defizite ethnografischer Forschung indem sie 1. auf einem Austauschprozess akademischer und nicht-akademischer Feldteilnehmer basiert, der eine gleichwertige Anerkennung nicht-akademischer Forschung voraussetzt; 2. einen Dialog in Gang setzt, der in gemeinsamer gegenseitiger Reflektion münden soll

und nicht in einer kritischen Distanzierung der Wissenschaftler; und 3. auf der Basis der Forschungsergebnisse politisches Handeln oder Aktivismus folgen lässt. Die gemeinsame, wechselseitige Forschung, die im Austausch miteinander neues Wissen und neue Theorie produziert (Rappaport 2008, Sykes und Treleaeven 2009) und umsetzt macht den innovativen Charakter dieser Methode aus – auch im Sinne von Diversity als Gleichheitsparadigma. Denn im Stadteillabor wird nicht über, sondern mit Menschen geforscht und auf diese Weise eine Vielstimmigkeit erzeugt, die der jeweiligen Lebenswelt gerecht wird. Konkret wird dieser Ansatz in Teams umgesetzt, die aus Studierenden, Anwohnern, Geflüchteten und Wissenschaftlern bestehen. Im Kontext gesundheitsbezogener ethnografischer Stadtforschung erscheint dies eine ebenso produktive wie notwendige Strategie, um die Auswirkungen von urbanen Transformationsprozessen und die Heterogenität städtischer Alltagsrealitäten auf Gesundheit erforschbar zu machen und gesundheitliche Verhältnisse zu verbessern.

Beschreibung des Interventionsgebietes

Das Stadtteil Labor wurde bewusst in der Hustadt angesiedelt, einem Ort an dem multiverse Bevölkerungen leben, die überwiegend Charakteristika von Vulnerabilität zeigen (Grabivski, Loignon und Fortin 2013). Die vorliegenden Ergebnisse dieses Projekts lassen erkennen, dass sich die Bewohner der inneren Hustadt stark mit ihrem Stadtteil und vor allem auf der Basis von Gemeinsamkeiten identifizieren und interethnische Netzwerke den öffentlichen Raum der Hustadt als einen Raum der Gemeinschaft charakterisieren (siehe auch Hage 2014). Das Projekt Stadteillabor bezieht sich sozialräumlich auf den inneren Kern der Hustadt, einem überdurchschnittlich sozialstrukturell benachteiligten Quartier (Stadt Bochum 2015a und UmQ e.V. und Förderverein Hustadt e.V. 2008). Die Hustadt weist mit Menschen aus über 40 Herkunftsländern (Stadt Bochum 2015b; Planungsgruppe Stadtbüro, 2011) eine große

kulturelle Vielfalt aus. Der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund liegt bei 42,7% und ist somit deutlich höher als in Bochum insgesamt (19,3%), während der Migrantenanteil im inneren Kern sogar auf 80% geschätzt wird (Falge 2017). Im Rahmen des Förderprogramms „Stadtumbau West“ wurde die innere Hustadt von 2007 - 2015 durch neue Baumaßnahmen und durch die auf bestimmte Zielgruppen ausgerichteten sozialen Angebote neugestaltet (Planungsgruppe Stadtbüro 2011). Zu Stärken der Hustadt zählt eine sehr gute soziale Infrastruktur mit drei Kitas, eine Grundschule, mehreren sozialen Einrichtungen und Sportangeboten.

Das im Stadtteil situierte, an die Professur „Gesundheit und Diversity“ angedockte Labor erhält keine Fördergelder und lebt von dem Engagement seiner Mitglieder. Die Umsetzung des Diversity Begriffes in dem auf 12 Jahre angelegten Ort der gesundheitsbezogenen Langzeitforschung soll zu strukturellen Veränderungen in der Hochschule und im Stadtteil beitragen.

Überblick der Interventions Bereiche im Stadteillabor

Im Zentrum der Hustadt liegt zwischen dem Verein IFAK e.V. und dem Büro des Quartier-Managements HUKultur das HULabor, wo das Stadteillabor verortet ist. Hier wurden seit 2015 die drei Diversity-orientierten Interventions Bereiche entwickelt: 1. Forschung, 2. Umsetzung der Forschungs-Ergebnisse zur Verringerung gesundheitlicher Belastungen und 3. Erlernen von Diversity- und interkultureller Kompetenz in der Lehre.

Im Bereich Forschung wurden bisher zwei kollaborative Teams als Stadteillaborforscher geschult, die auf der Basis medizinethnologischer, kollaborativer Forschung Daten erheben und Interventionen durchführen. Auf der Basis von Forschungsergebnissen entwickeln die Akteure des Labors Strategien zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit. Hierzu gehören u. a. zielgruppenspezifische

Informations- und Beratungsangebote zur Prävention und Gesundheitsförderung.

Studierende werden im Stadteillabor mit besonderer Diversity-Kompetenz und interkultureller Kompetenz ausgestattet. Durch die Verlegung von Lehrveranstaltungen in das Hustädter HULabor wird dies im authentischen Setting ermöglicht. Zur Verbesserung der Kommunikation jenseits der Grenzen etablierter Institutionen werden Studierende auf diese Weise für ihre zukünftige Arbeit mit multidiversen Bevölkerungsgruppen sensibilisiert, indem sie regelmäßig Einblick in die Lebenswelten der Hustadt erhalten. Neben der theoretischen Wissensvermittlung in den Lehrveranstaltungen ermöglicht ihnen das wöchentliche Aufsuchen des Stadtteils, gelerntes Wissen sinnlich zu erfahren und zu verinnerlichen (Polany 1985). Über die Teilnahme am Mittagstisch des Quartiersmanagements während der Seminarpausen erhalten sie Kontakt zu den Bewohnern. Diese Interaktionen bieten Raum für die Entwicklung gesundheitsbezogener Hausarbeiten und ehrenamtlichen Engagements vor Ort. Auf Anfrage von Anwohnern organisieren Studierende seit Ende 2016 ein wöchentliches Begegnungs-Café für Anwohner zum Praktizieren von Deutsch-Kenntnissen und Thematisieren von Ankunftserfahrungen in Deutschland. Weitere studentische Projekte, die sich aus den Forschungen ergeben haben sind Präventiv-Projekte zu den Themen Krebs, Ernährung, Pflegeversicherung, Medienkonsum und Bewegung. Die Anwesenheit der Studierenden hat dabei Vorbild-Funktion für die Community und somit für die dort Heranwachsenden als potentielle Studierende der Hochschule für Gesundheit.

Einblick in den Forschungsbereich Ethnografische Studie bei einer besonders vulnerablen Familie

Exemplarisch soll hier ein Teilbereich des Labors etwas vertiefender vorgestellt werden, um die Grundidee dieses kollaborativen Pro-

jekt es zu verdeutlichen. Es geht um eine ethnografische Feldforschung über eine besonders vulnerable, aus Syrien geflüchtete Familie. Im Zentrum dieses integrierten Forschungsansatzes steht die teilnehmende Beobachtung, mit der die Familie über längere Zeit begleitet wird. Die Forscherin wohnt an drei Tagen der Woche bei der Familie, was zum Aufbau von Vertrauensbeziehungen führt und den Zugang zu weiteren Feld-Teilnehmern erleichtert (Breidenstein et al. 2013). So lassen „deep hanging out“ (Geertz 1987) der Forscherin in der Familie, auf dem Spielplatz und während der morgendlichen Begleitung der Tochter zur Grundschule Vertrauen zu dieser und zu anderen Familien entstehen.

Die bisher neunmonatige Forschung in der syrischen Familie hat den Feldzugang zur Community deutlich vertieft und ein soziales Netzwerk von Vertrauten und Freunden entstehen lassen. Die Vulnerabilität der Familie zeigt sich neben dem Flüchtlingsstatus und den damit zusammenhängenden Traumata und Ankunftsbewältigungs-Stressoren in einer lebensbedrohlichen Erkrankung des 4-jährigen Sohnes der Familie. Der Sohn leidet an einer chronischen Niereninsuffizienz und erhält Medikamente und Nahrung über eine Magensonde (perkutane endoskopische Gastronomie, kurz PEG). Eins der vier Kinder ist erblich bedingt bereits an derselben chronischen Niereninsuffizienz verstorben, so dass bei den Eltern massive Verlustängste um das erkrankte Kind bestehen. Diese Ängste führen dazu, dass dem Kind so gut wie keine elterlichen Grenzen aufgezeigt werden. Das Kind konsumiert als Beschäftigungs-Strategie etwa sechs Stunden täglich digitale Medien (Smartphone oder Tablet) und verhält sich in der Familie sehr grenzüberschreitend. Über die Forschung identifizierte Zugangsbarrieren zeigen sich im Bereich Bildungs- und Gesundheitssystem, so etwa Zugangsbarrieren zu einem Kindergartenplatz im Zusammenhang mit der Erkrankung und nicht vorgenommener Beantragung

einer Pflegestufe oder eines Schwerbehinderten- Ausweises. Erste Wirkungen der teilnehmenden Aktionsforschung zeigten sich nach mehreren initiierten Begutachtungen (Pflegegutachter, Vorstellung beim Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ)). So erhält das Kind seit Februar auf Empfehlung des SPZ einen inklusiven Kindergartenplatz in der Hustadt, der seit Ende Mai im Zuge intensiver Auseinandersetzungen mit dem Job Center, dem Sozialamt und der Krankenkasse auch in vollem Umfang in Anspruch genommen werden kann. Die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt erst nach einer zweijährigen Versicherungsdauer Pflegeleistungen. Die Kostenübernahmebestätigung der Krankenkasse für ambulante Gaben (über die PEG-Sonde) durch einen Kinderpflegedienst erfolgte sechs Monate nach Antragstellung, Anfang Mai 2017, und seit Ende Mai erklärte sich endlich ein Pflegedienst bereit, die Dienste zu übernehmen. Der Gesundheitszustand des vorher leicht entwicklungsverzögerten Kindes hat sich seit Beginn des Kindergartenbesuches deutlich verbessert. Der Smartphone-Konsum reduzierte sich von 6 auf 2 Stunden täglich, die grob- und feinmotorischen Fähigkeiten verbessern sich und das Kind (und seine Eltern) ist/sind insgesamt deutlich gelassener und fröhlicher. Auch die gesundheitliche Situation der Mutter hat sich verbessert, da der Kindergarten sie von der Pflege des Kindes entlastet. Die Kindergartenbetreuung des Kindes ermöglicht es ihr, einen Deutschkurs zu beginnen. Aus der ethnografischen Studie entstand ein Pilot-Projekt, bei dem Studierende Patenschaften zur Integration von geflüchteten Hustadt-Anwohnern übernehmen. Die oben erwähnte Familie hat bereits studentische Paten erhalten, die den Kindern Nachhilfe geben, im engen Kontakt mit den Lehrern stehen, der Familie Ärzte vermitteln und bei Behördengängen u. ä. helfen. Aus dieser Pilot - Erfahrung wächst derzeit ein Studierenden-Netz von gesundheitsbezogenen Patenschaften für Geflüchtete und andere Hustadt-Anwohner, das sich über Familien in der gesamten Hustadt erstreckt. Zudem wird aus der Studie ein Ermächtigungs-Konzept entwickelt, dass die

identifizierten Wissenslücken vulnerabler Anwohner über Infoveranstaltungen und Multiplikatoren vermittelt und über eine Erhöhung der allgemeinen Gesundheitskompetenz im Stadtteil Gesundheit und Wohlbefinden der Anwohner verbessert.

Diese ethnografische Studie sollte die Herangehensweise des Stadtteillabors im Sinne einer direkten Verknüpfung von Forschung und Aktivismus darstellen. Die auf die beschriebene Weise ermächtigte Familie könnte in einem zweiten Schritt eine Multiplikatoren Rolle für weitere Familien einnehmen und somit zur Ermächtigung der Community beitragen. Ebenso wird aus den Erkenntnissen der Studie eine Anleitung zur gesundheitlichen Ermächtigung ähnlich vulnerabler Familien entwickelt.

Fazit

In diesem Beitrag wurde die hochschulbezogene Geltungskraft des Diversity-Ansatzes anhand der Frage diskutiert, wie Diversity-orientierte Forschung und Lehre an Hochschulen durchführbar sein kann. Die hierzu aufgeführten Beispiele aus dem Stadtteillabor Bochum sollten die Leser dazu inspirieren, Diversity-orientierte Forschung und Lehre umzusetzen. Es wurde gezeigt, wie Hochschulmitarbeiter sich der Herstellung von neuem Wissen widmen indem sie die Trennung zwischen Hochschule und Community überbrücken und Lehrveranstaltungen im Stadtteil durchführen. Das Labor schafft somit ein Bewusstsein für verschiedene Differenz-Achsen in der Community und in unserem Gesundheitssystem und ermöglicht die Entwicklung Community sensibler Gesundheitsförderungs-Modelle. Die Einbeziehung der Anwohner, ehrenamtliches Engagement von Studierenden und engagierte kollaborative Forschung und Lehre stehen hier im Zentrum. Es wurden Zugangsbarrieren und kulturelle Ressourcen gemeinsam mit Anwohnern identifiziert und es konnten Strategien zur Verbesserung der Gesundheit und

des Wohlbefindens der Bevölkerung entwickelt werden. Hinter diesem Ansatz geht die Hoffnung einher, dass unmittelbar relevantes Wissen für vulnerable Gruppen auch auf höherer Ebene in relevante Diversity-orientierte Interventionen münden wird.

Bei der Umsetzung des Diversity-Konzeptes ist jedoch darauf hinzuweisen, dass es die Binartität von normal/nicht-normal durch die Kategorisierung der Community in benachteiligte oder vulnerable Menschen verstärken kann. Damit dies nicht geschieht ist die Identifizierung und Nutzung kultureller Community Ressourcen ein zentrales Anliegen des Stadtteillabors. Eine dieser Ressourcen liegt etwa auf der Betonung einer von Menschlichkeit geprägten Solidarität, die die Aktivitäten und Vernetzungen der Menschen in der Hustadt quer zu ethnischen Herkunftten ausmacht. Sie stellt eine zentrale Quelle der Inspiration des studentischen Engagements und des Engagements von Dozenten dar. Im Sinne eines Gerechtigkeits-Turns gilt es daher auch auf das Vorhandensein dieser besonderen Ressourcen und auf die damit für die Mehrheitsgesellschaft einhergehenden Chancen und Potenziale hinzuweisen.

Literatur

Afentakis A., Maier T. (2013). Sind Pflegekräfte aus dem Ausland ein Lösungsansatz, um den wachsenden Pflegebedarf decken zu können? Analysen zur Arbeitsmigration in pflegeberufen im Jahr 2010. In: Bundesgesundheitsblatt. Nr. 56. S. 1072-1080.

Ahmed S. (2012) On Being Included: Racism and Diversity in Institutional Life. Duke University Press. Durham.

Baumann G. (1996) Contesting Culture. Discourses of Identity in Multi-Ethnic London. Cambridge University Press. Cambridge.

Bendl R. (2007) Betriebliches Diversitätsmanagement und neoliberale Wirtschaftspolitik–

Verortung eines diskursiven Zusammenhangs. In: Koall I., Bruchhagen V., Höher F. (Hrsg.). Diversity Outlooks: Managing Diversity zwischen Ethik, Profit und Antidiskriminierung. Bd. 6. Münster: LIT Verlag. S. 10-28.

Borde T. (2009) Migration und Gesundheitsförderung - Hard to reach? Neue Zugangswege für „schwer erreichbare“ Gruppen erschließen. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Ed.). Migration und Gesundheitsförderung. Ergebnisse einer Tagung mit Expertinnen und Experten. Vol. 12. pp. 18-31.

Breidenstein G., Hirschauer S., Kalthoff H., Nieswand B. (2013) Ethnografie: die Praxis der Feldforschung, UVK Verlagsgesellschaft und VK/Lucius, Konstanz und München.

Brenne S., David M., Borde T., Breckenkamp J., Razum O. (2015) Werden Frauen mit und ohne Migrationshintergrund von den Gesundheitsdiensten gleich gut erreicht? Das Beispiel Schwangerenvorsorge in Berlin. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. Jg. 58. Nr. 6, S. 569-576.

Bruchhagen V., Koall I. (2008) Managing Diversity. In: Becker R., Kortendieck B. (Hrsg.). Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie. 2. Auflage. Geschlecht & Gesellschaft. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden. S. 933–938.

Bundesärztekammer Ärztestatistik (2013) Ausländische Ärztinnen und Ärzte. online im Internet. URL: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.12002.12011>. Abrufdatum: 25.05.2017.

Ehret R. (2010) Diversity – Modebegriff oder eine Chance für den strukturellen Wandel? In: van Keuk G., Joksimovic D. (Hrsg.). Diversity. Transkulturelle Kompetenz in klinischen und sozialen Arbeitsfeldern. Kohlhammer Verlag. Stuttgart. S. 43-53.

Faist T. (2009) Diversity – a new mode of incorporation?. In: Ethnic and Racial Studies. Vol. 32. No. 1. pp. 171-190.

Falge C. (2017) unveröffentlichte Feldnotizen Feldforschung Hustadt 2015-2017. unveröffentlicht. Bochum, Hustadt.

Falge C., Zimmermann G. (2009) Interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems. NOMOS Verlag. Baden-Baden.

Geertz C. (1987) Dichte Beschreibung. Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme. Suhrkamp Verlag. Frankfurt am Main.

Grabivski C., Loignon C., Fortin M. (2013). Mapping the concept of vulnerability related to health care disparities: a scoping review. In: BMC Health Services Research. Vol. 13. No. 94. pp. 1-11.

Graef-Calliess I. T., Schouler-Ocak M. (2017) Migration und Transkulturalität. Neue Aufgaben in Psychiatrie und Psychotherapie. Schattauer Verlag. Stuttgart.

Hochschule für Gesundheit (2015) Leitbild der Hochschule für Gesundheit Bochum. Hochschule für Gesundheit (Hrsg.). online im Internet. URL: https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0ahUKEwj3KzDy-DVAhWJyRoKHVISDe0QFggyMAE&url=https%3A%2F%2Fwww.hs-gesundheit.de%2Ffileadmin%2Fuser_upload%2FRedakteure%2FAllgemein%2FLeitbild_der_Hochschule_fuer_Gesundheit_Bochum_24.03.2015_final.pdf&usq=AFQjCNFRUoNMzkJI0yueTxqLYXTG93ulkQ, Abrufdatum: 18.08.2017.

Isar Y. R. (2006) Cultural diversity. In: Theory, Culture & Society. Vol. 23. No. 2-3. pp. 372-375.

Janowitz K. M. (2006) Prekarisierung. In: Sozialwissenschaften und Berufspraxis. Jg. 29. Nr. 2. S. 335-341.

Klepp S., Musholt K. (2016) Ein Ruck geht durch die deutschen Universitäten?! Eindrücke von einer Konferenz zu Geflüchteten an deutschen Hochschulen. online im Internet, URL: <https://www.diejungeakademie.de/aktivitaeten/initiativen-projekte-tagungen/refugees-welcome/>, Abrufdatum: 29.07.2017.

Kusters A., De Meulder M., Friedner M., Emery S. (2015) On „diversity“ and „inclusion“: Exploring paradigms for achieving Sign Language Peoples' rights. In: MMG Working Paper 15-02. mpimmg (Hrsg.). Göttingen.

Kusters A., De Meulder M., Friedner M., Emery S. (2015) On “diversity” and “inclusion”: Exploring paradigms for achieving Sign Language Peoples' rights. In: MPI Working Paper 15-02. pp. 7-30.

Kroll E., Lampert T. (2017). Regionale Unterschiede in der Gesundheit und Lebenserwartung. In: R. K. Institut (Hrsg.). Armut und Gesundheit. Berlin.

Marburger Bund (2012) Brückenschlag nach Thessaloniki. Griechische Ärzte möchten zur Facharztausbildung nach NRW kommen. Marburger Bund (Hrsg.). Berlin.

Oldenburger J. (2010) Pflegekräfte mit Migrationshintergrund im interkulturellen Team als Ressource für eine erfolgreiche kultursensible Altenpflege. Diplomica Verlag. Hamburg.

Özbilgin M., Tatli A. (2007) Diversity Management as Calling: sorry, it is the wrong number!. In: Koall I., Bruchhagen V., Höher F. (Hrsg.). Diversity Outlooks: Managing Diversity zwischen Ethik, Profit und Antidiskriminierung. Bd. 6. LIT Verlag. Münster. S. 457-473.

Rappaport J. (2008) Beyond Participant Observation: Collaborative Ethnography as Theoretical Innovation. In: Collaborative Anthropologies. Vol 1. No. -. pp. 1-31.

Razum O., Spallek J. (2007) Gesundheit von Migranten: Defizite im Bereich der Prävention. Medizinische Klinik. Jg. 102. Nr. 6. S. 451-456.

Sykes C., Treleaeven L. (2009) Beyond Complicity: A Plea for Engaged Ethnography. In: Ybema S., Yanow D., Wels H., Kamsteeg F. H. (Hrsg.). Organizational Ethnography: Studying the Complexities of Everyday Life. Sage Publishing. London. pp. 215-230.

Planungsgruppe Stadtbüro (2011) Bochum Hustadt. Städtebauliches Entwicklungskonzept, Fortschreibung 2011. Bochum: Stadtplanungs- und Bauordnungsamt, Abteilung Stadtentwicklung. Polany M. (1985) Implizites Wissen. Suhrkamp Verlag. Frankfurt am Main.

Amsterdam School for Cultural Analysis (2014) New Political Ecologies: Globalization, Sustainability, Precarity. Amsterdam School for Cultural Analysis (Ed.). online im Internet, URL: <http://asca.uva.nl/content/research-groups/ecologies/ecologies.html>, Abrufdatum: 18.08.2017.

Stadt Bochum (2015a) Sozialbericht Bochum. Stadt Bochum (Hrsg.), online im Internet, URL: [https://m.bochum.de/C125708500379A31/vwContentByUNID/ECC90B4746F6D876C125806B002D4A27/\\$FILE/Sozialbericht_Bochum_2015.pdf](https://m.bochum.de/C125708500379A31/vwContentByUNID/ECC90B4746F6D876C125806B002D4A27/$FILE/Sozialbericht_Bochum_2015.pdf), Abrufdatum: 11.07.2017.

Stadt Bochum (2015b) Interne, unveröffentlichte Einwohnerstärkste der Stadt Bochum Alt-Jung-Quotient Hustadt (Stadtviertel) + Querenburg (Statistischer Bezirk) + Bochum-Süd (Stadtbezirk) + Bochum insgesamt, 2012 bis 2015. Bochum: Büro für Angelegenheiten des Rates und des Oberbürgermeisters, Fachbereich Statistik und Stadtforschung.

The SIGJ2 Writing Collective (2012) What Can We Do? The Challenge of Being New Academics in Neoliberal Universities. In: Antipode. Vol. 44. No. 4, pp. 1055-1058.

UmQ e.V. und Förderverein Hustadt e.V. (2008) Kleine Geschichte der Hustadt. UmQ e.V. und Förderverein Hustadt e.V. (Hrsg.). online im Internet. URL: <https://lup.lub.lu.se/search/ws/files/4001754/4145080.pdf>, Abrufdatum: 10.07.2017.

Vanderheiden E., Mayer C.-H. (2014) Handbuch Interkulturelle Öffnung. Grundlagen, Best Practice, Tools. Vandenhoeck & Ruprecht. Göttingen.

Vertovec S. (2012) "Diversity" and the Social Imaginary. In: European Journal of Sociology. Vol. 53. No. 3. pp. 287-312.

Wimmer A. (2005) Kultur als Prozess: Zur Dynamik des Aushandelns von Bedeutungen. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden.

Wimmer A. (2005) Kultur als Prozess: Zur Dynamik des Aushandelns von Bedeutungen. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden.

Wright M. T. (2013) Was ist Partizipative Gesundheitsforschung?. Positionspapier der International Collaboration for Participatory Health Research. In: Prävention und Gesundheitsförderung. Jg. 3. Nr. 8. S. 122-131.

Autorenbiografie

Christiane Falge ist seit 2014 Professorin für Gesundheit und Diversity am Department of Community Health der Hochschule für Gesundheit Bochum. Als Medizinethnologin gehört für sie die Sensibilisierung für unterschiedliche Vorstellungen von Gesundheit, Krankheit und Heilung zum zentralen Gegenstand ihrer Lehre und Forschung und stellt das biomedizinische Heilsystem nur eines vieler medizinischer Systeme dar. Ihre bisherigen Berufs-, Forschungs- und Lehrerfahrungen erstrecken sich über die Themen Transnationale Migration, Ethnizität, Gender und urbane Diversität. Sie führte Feldforschungen in Äthiopien (1998, 2001-2004), den USA

(2004), Bremen (2005-2009) und England (2009: Manchester/Hull/ Sheffield) durch. Falge arbeitete bis August 2014 als Research Fellow am Institut für Interkulturelle Studien und Internationale Entwicklung in Bremen. Von 2005 - 2009 leitete sie das Forschungsprojekt „Giving New Subjects a Voice: Cultural Diversity in the Health System.“ der Volkswagenstiftung. Im Jahr 1997 hat sie ihren Master of Arts in „Social Anthropology“ an der Universität Addis Abeba in Äthiopien absolviert und im Oktober 1998 ihren Magister im Fach Ethnologie an der Universität Hamburg. Ihre beiden Monografien erschienen 2015: The global Nuer. Transnational Livelihoods, Religious Movements and War. Rüdiger Köppe Verlag und 2012: Migrants and Health. Political and Institutional Responses to Cultural Diversity in Health Systems. Ashgatepublishing. (in Ko-Autorenschaft mit Schmittke, O. und Ruzzo, C.).

Autorenanschrift

Prof. Dr. Christiane Falge
Hochschule für Gesundheit - University of Applied Sciences
Gesundheitscampus 6-8, Raum C-3314
44801 Bochum

E-Mail: christiane.falge@hs-gesundheit.de

Führende Köpfe im Porträt

Interview

Die Gesprächspartner Prof. Dr. Mario A. Pfannstiel und Prof. Dr. Christoph Straub (Vorstandsvorsitzender der BARMER) werden im Folgenden mit MP und CS abgekürzt.

MP: Was war Ihr Berufswunsch als Schüler?

CS: Viele Schüler träumen ja von Berufen wie Feuerwehrmann oder Pilot. In der Tat war auch ich immer vom Fliegen fasziniert, aber da ich aus einer Arztfamilie komme, wollte ich schon immer ebenfalls diesen Beruf ergreifen. Hier hat mich vor allem mein Vater geprägt. Denn ich wollte genau wie er im Krankenhaus arbeiten und mich nicht als Arzt niederlassen. Mich hat diese Mischung aus Organisation und der Arbeit mit Menschen schon immer angesprochen.

MP: Für welche Organisation wollten Sie während Ihrer Ausbildung arbeiten?

CS: Am liebsten wollte ich für ein großes Krankenhaus arbeiten und zwar in der Rheumatologie. Der Bedarf an guten Rheumatologen ist immer noch hoch. Um mein Wissen zu vertiefen, hatte ich mich während meiner Ausbildung bewusst für einen längeren Studienaufenthalt am Henry-Ford-Hospital in Detroit entschieden. Ich wollte meinen Teil für eine gute Rheuma-Versorgung in Deutschland beitragen.



Straub: „Eine Führungskraft muss ihren Mitarbeitern so viel Eigenverantwortung und Handlungsfreiheit wie möglich einräumen.“

MP: Welche Ereignisse waren für Ihre berufliche Entwicklung wesentlich?

CS: Die Rückkehr nach Deutschland aus dem Arbeitsleben in den USA war einschneidend. In Amerika konnte ich meine Ausbildung in kleinen, gemischten Teams mit Assistenz- und Oberärzten genießen. Das war sehr praxisnah und dialogorientiert. In Deutschland war die Ausbildungssituation komplett anders. Als sogenannter Arzt im Praktikum wurde ich einfach auf einer Station abgestellt. An Tag 1 sagte man mir, ich sollte mir am besten ab Tag 2 einen neuen Job suchen, schließlich befanden wir uns gerade in der Zeit der Ärzteschwemme. Den Chefarzt sah ich höchstens morgens und abends, wenn er mich mit der Frage „Ist was?“ konfrontierte. Die Situation war komplett lernfeindlich und unkollegial. Das löste bei mir Frust aus. Aus diesem Grund habe ich mich

Profildaten

Seit August 2011 ist Prof. Christoph Straub Vorstandsvorsitzender der BARMER. Straub ist verheiratet und hat drei Kinder. Er studierte Medizin in Heidelberg und den USA und ist vollapprobierter Arzt. 1992 promovierte er mit einer Arbeit über zur Krebstherapie zum Dr. med., 2016 wurde ihm von der Universität Bayreuth die Ehrenprofessur verliehen.

Seit 1991 widmete er sich der Gesundheitssystemforschung in Tübingen. 1994 wechselte er dann zunächst als Sachgebietsleiter „Grundsatzfragen der medizinischen Versorgung“ zum Verband VdAK / AEV. Im Jahr 2000 folgte dann der Wechsel vom Verband zur Krankenkasse, Straub ging als Leiter des Stabsbereichs Unternehmensentwicklung zur Techniker Krankenkasse. Dort war er von 2003 bis 2005 Mitglied des Vorstandes. In den Jahren 2005 bis 2009 war er stellvertretender Vorstandsvorsitzender. In den Jahren 2009 bis 2011 war er Vorstand der Rhön Klinikum AG.

Quelle: Eigene Darstellung (2017).

dann auch von meinem eigentlichen Berufswunsch Arzt verabschiedet und bin in die Gesundheitssystemforschung gewechselt.

Später lernte ich Prof. Norbert Klusen, den damaligen Vorstandsvorsitzenden der Techniker Krankenkasse, besser kennen und wechselte von einem Verband zur Krankenkasse. Das war im Jahr 2000 und eine Zäsur in meinem Berufsleben. Dort lernte ich auch das Management in einer großen Kasse. Und genau das wollte ich.

MP: Ihre beste Personalentscheidung?

CS: Das war unmittelbar als ich Vorstand bei der Techniker wurde. Ich entschied mich dafür, eine Frau als Bereichsleiterin einzusetzen, die erst kurze Zeit bei der Kasse war.

Das war damals ein großes Risiko, aber es hat sich gelohnt. Sie füllt diese Tätigkeit noch heute mit großem Engagement aus. Inzwischen ist sie selbst Vorständin geworden.

MP: Ihre Führungsphilosophie / wie würden Sie sich als Chef beschreiben?

CS: Mir ist es wichtig, meinen Mitarbeitern möglichst viele Freiräume zu lassen und damit, soweit es geht, die Freiheit zum eigenverantwortlichen Denken und Handeln zu geben. Eigeninitiative motiviert die Mitarbeiter und führt in der Regel zu den besten Ergebnissen im Sinne des Unternehmens. In einem permanenten strategischen Austausch erarbeiten wir dann gemeinsame Ziele. Für mich gilt hier das Zitat von Habermas: „Der zwanglose Zwang des besseren Arguments.“ Nicht immer muss ich Recht bekommen, sondern

Kurzdarstellung des Unternehmens

Die BARMER gehört mit ihren 9,4 Millionen Versicherten und einem Haushalt der 37 Milliarden Euro zu den größten Krankenkassen Deutschlands. Dabei übernimmt sie nicht nur alles medizinisch und pflegerisch Wichtige, sondern gestaltet die Versorgung bundesweit mit vielen Partnern aktiv mit. Ihren Service richtet die BARMER an den individuellen und sich stetig wandelnden Bedürfnissen ihrer Versicherten aus. Neben den rund 400 Geschäftsstellen bundesweit bietet sie zu jeder Zeit eine kompetente Betreuung via Telefon und Internet sowie eine mobile Beratung. Die BARMER sorgt durch verschiedene Internetportale und mit ihrer Versorgungsforschung für mehr Orientierung und Transparenz im Gesundheitswesen.

Quelle: Eigene Darstellung (2017).

der, der das bessere Argument hat. Dafür bedarf es einer offenen und vertrauensvollen Unternehmenskultur, die Mitarbeiterführung ohne viele Vorgaben beinhaltet.

MP: *Wie motivieren Sie Ihre Mitarbeiter?*

CS: Wie bereits erwähnt, ist der Freiraum zum eigenverantwortlichen Handeln mit die beste Motivation. Darüber hinaus wünsche ich mir, über Diskussionen die Mitarbeiter von den gemeinsamen Zielen des Unternehmens zu begeistern. Daher nehme ich mir so viel Zeit wie möglich dafür, mit den Mitarbeitern in eine Diskussion zu kommen. Jeder Mitarbeiter verdient große Wertschätzung für das, was er hier leistet. Ohne eine entsprechende Wertschätzung besteht die Gefahr, dass sich Mitarbeiter innerlich zurückziehen und uns wertvoller Input verloren geht. Man könnte auch sagen, dass mangelnde Wertschätzung die Motivation nimmt.

MP: *Welches Profil haben Manager im Gesundheitswesen 2030?*

CS: Ich wünsche mir, dass es auch künftig Manager gibt, für die soziale Werte verpflichtend sind. Es ist natürlich gut, das Betriebswirtschaftliche und das Unternehmen als Ganzes im Blick zu behalten, aber das ist noch lange nicht alles.

MP: *Was raten Sie jungen Führungskräften?*

CS: Ich rate den jungen Kräften, keine Angst zu haben. Sie sollten offen sein für ihre Entwicklung und für Kritik. Wichtig ist dabei immer, sich selbst zu reflektieren, vor allem bezüglich der Motive des Antriebs, warum man Menschen führen möchte.

Autorenanschriften

Prof. Dr. Christoph Straub
Vorstandsvorsitzender der BARMER
Axel-Springer-Str. 44
10969 Berlin

E-Mail: Sebastian.Hadamitzky@barmer.de

Prof. Dr. Mario A. Pfannstiel
Hochschule Neu-Ulm
Fakultät für Gesundheitsmanagement
Wileystraße 1
89231 Neu-Ulm

E-Mail: mario.pfannstiel@hs-neu-ulm.de

Berufsbegleitende Weiterbildung an der Hochschule Neu-Ulm im Bereich Gesundheitsmanagement



Unsere Programme

- MBA Führung und Management im Gesundheitswesen (5 Semester)
- B.A. Management für Gesundheits- und Pflegeberufe (6 Semester)
- Zertifikatskurse
- Inhouse-Seminare

Was zeichnet unsere Programme aus?

- Vorbereitung auf Leitungspositionen
- hoher Praxisbezug durch Projektarbeiten und Fallstudien
- Vereinbarkeit von Beruf und Studium
- Alumni-Netzwerk mit über 800 MBA-Absolventen/-innen

Zentrum für Weiterbildung

0731-9762-2525

zfw@hs-neu-ulm.de

www.hs-neu-ulm.de/fmg

www.hs-neu-ulm.de/mgp

www.hnu-blog.de

Zeitschrift für Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft

IMPRESSUM

Herausgeber

Hochschule für angewandte Wissenschaften Neu-Ulm, University of Applied Sciences
Prof. Dr. Uta M. Feser, Präsidentin

Mitherausgeber/ Redaktion

Prof. Dr. Mario A. Pfannstiel (federführend), Prof. Dr. Sylvia Schafmeister (verantwortlich), V. i. S. d. P.

Layout & Grafik

Simone Raymund, Theresa Osterholzer (Marketing und Presse)

Redaktionsanschrift

Hochschule Neu-Ulm, Fakultät Gesundheitsmanagement, Wileystraße 1, 89231 Neu-Ulm

Telefon: 0731 9762-1621, E-Mail: zfpg@hs-neu-ulm.de

Abonnement

Möchten Sie sich mit einem eigenen Beitrag in die Zeitschrift einbringen oder die Zeitschrift kostenlos per E-Mail erhalten, dann schreiben Sie uns bitte eine Anfrage.

Rechtliche Hinweise

Die Zeitschrift einschließlich aller in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urhebergesetzes ist ohne Zustimmung der Redaktion unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Nachdruck, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion oder des Herausgebers wieder.

Zitierweise

Zeitschrift für Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft, Hochschule Neu-Ulm, Jg. 3, Nr. 2, 2017, S. 1-58. DOI: 10.17193/HNU.ZFPG.03.02.2017-01

Erscheinungsort

Neu-Ulm, 11/ 2017

ISSN Online

2363-9342

ISSN Print

2364-2556

Auflage

1000

QR-Code



Webseiten

Zeitschrift
www.hs-neu-ulm.de/ZFPG

Hochschule
www.hs-neu-ulm.de

Druckerei

Datadruck GmbH
Leibier Weg 8
89278 Nersingen

