

**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

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: zfp@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

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 missverstandene 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 (Pfanstiel 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., Reutschl 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