

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: 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

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 aufriefen. 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-Callies 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 Stadtteillabor 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 Stadtteillabor der hsg versucht daher, diese strukturellen Benachteiligungen für Migranten und Geflüchtete im Stadtteil Bochum Hustadt zu verringern. Denn im Stadtteillabor, 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 Stadtteillabor 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 behebt 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 Stadtteillabor 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 Stadtteillabor 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-

jektes 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.* Ashgate publishing. (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