

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 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 und EU-Bürgerinnen 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 Patientinnenklientels 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) Ärztestatistik 2015 – Medizinischer Versorgungsbedarf steigt schneller als die Zahl der Ärzte, Bundesärztekammer (BÄK, Hrsg.). online im Internet, URL: <http://www.bundesaerztekammer.de/ueberuns/aerztestatistik/aerztestatistik-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., Calvey 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: Alptraum 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