

Handreichung zu Umsetzungsmöglichkeiten diversitätssensibler Versorgung in der Rehabilitation



Autorinnen und Autoren

Tuğba Aksakal, Maria Mader, Kübra Annaç, Fabian Erdsiek, Marie Korn,
Dennis Padberg, Munzir Idris, Yüce Yılmaz-Aslan, Oliver Razum, Patrick Brzoska

Inhaltsverzeichnis

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	IV
1. Einleitung	5
1.1 Relevanz einer diversitätssensiblen Versorgung	5
1.2 Zielsetzung der Handreichung	6
1.3 Hinweise zur Nutzung der Handreichung	6
2. Handlungsleitfaden	7
2.1 Planung und Implementierungsprozess.....	7
2.1.1 Ist-Analyse	7
2.1.2 Zieldefinition und Strategieentwicklung	9
2.1.3 Auswahl, Umsetzung und Evaluation der erforderlichen Instrumente	10
2.2 Exemplarische Instrumente	12
2.2.1 Diversity-Training	12
2.2.2 Diversitätssensibler Fragebogen zur Erfassung von Bedürfnissen und Erwartungen in der Rehabilitation (DiBE-17)	16
2.2.3 Cultural Awareness Tool (CAT)	18
2.2.4 Dienstleistungsangebot der professionellen Sprach- und Integrationsmittlung	22
2.2.5 Mediation	25
2.2.6 Mentoring	31
3. Instrumentenkatalog	37
3.1 Konzept und Methodik des Instrumentenkatalogs	37
3.2 Kurzanleitung zur Nutzung des Instrumentenkatalogs.....	38
3.3 Diversitätssensible Instrumente für die Rehabilitation.....	42
3.3.1 Instrumentenkatalog – Auswahltable	42
3.3.2 Instrumentenkatalog – detaillierte Tabelle.....	48
Anhang	84

1. Einleitung

1.1 Relevanz einer diversitätssensiblen Versorgung

Unsere Gesellschaft ist durch Vielfalt (Diversität) im Hinblick auf unterschiedliche Merkmale wie Geschlecht, Alter, Religionszugehörigkeit, sozio-ökonomischer Status, körperliche oder geistige Einschränkungen, Kultur und Migrationshintergrund gekennzeichnet. In der Gesundheitsversorgung, einschließlich der medizinischen Rehabilitation, gehen diese Merkmale oft mit unterschiedlichen Versorgungsbedürfnissen und -erwartungen einher [1, 2]. Frauen haben beispielsweise im Vergleich zu Männern höhere Erwartungen, durch die Rehabilitation Unterstützung in der Bewältigung ihrer Krankheit zu erhalten, ihre Leistungsfähigkeit zu erhöhen und sich während der Rehabilitation zu erholen [3]. Vergleichbare Unterschiede bestehen zwischen älteren und jüngeren Rehabilitandinnen und Rehabilitanden¹ sowie zwischen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden unterschiedlicher Bildungsabschlüsse [3]. Wiederum andere Bedürfnisse und Erwartungen gehen mit einem Migrationshintergrund einher, beispielsweise im Hinblick auf die sprachliche Verständigung oder die Berücksichtigung kultureller und religiöser Behandlungsvorstellungen im Therapieverlauf [4].

Eine diversitätssensibel gestaltete Versorgung kann dabei helfen, die Vielfalt dieser Bedürfnisse und Erwartungen zu berücksichtigen, indem hierfür entsprechende Rahmenbedingungen auf personaler und organisationaler Ebene geschaffen werden. Eine solche diversitätssensible Versorgung bietet im Versorgungsalltag für die Einrichtung und das Personal verschiedene Vorteile: Sie trägt zum einen dazu bei, die Versorgung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zu verbessern und die Zufriedenheit zu erhöhen. Zum anderen verringert sie den Arbeitsaufwand des Personals dadurch, dass Abläufe systematisiert und optimiert werden. Eine Liste mit Hinweisen zu mehrsprachigem Personal kann z. B. den Organisationsaufwand einer Therapiemaßnahme verringern. Die Erhebung und Berücksichtigung kultureller Hintergründe wiederum können unterstützend auf die Beziehung zwischen Behandelnden und Rehabilitandinnen und Rehabilitanden wirken. Rehabilitationsziele können so besser kommuniziert und eine eventuell überhöhte oder pessimistische Erwartungshaltung relativiert werden. Insgesamt kann sich eine diversitätssensibel gestaltete Versorgung damit positiv auf die Versorgungsqualität auswirken. Die Etablierung von diversitätssensiblen Maßnahmen beschränkt sich dabei nicht nur auf eine Ebene oder Abteilung einer Einrichtung. Dieser Prozess sollte stattdessen als Gesamtstrategie verstanden werden, welche die Mitarbeitenden- und die Organisationsebene sowie die Ebene der Versorgungsnutzerinnen und -nutzer (Rehabilitandinnen und Rehabilitanden) umfasst. Auf diese Weise kann die Attraktivität der Einrichtung für bestehende Mitarbeitende bzw. potenzielle Bewerberinnen und Bewerber sowie (neue) Patientinnen- und Patientengruppen gesteigert werden [4].

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1	Ablauf der Implementierung diversitätssensibler Maßnahmen.....	7
Abb. 2	Ablauf der Implementierung diversitätssensibler Maßnahmen.....	9
Abb. 3	Ablauf der Implementierung diversitätssensibler Maßnahmen.....	10
Abb. 4	Beispiele für die Arten von Instrumenten im Instrumentenkatalog.....	38
Abb. 5	Recherche und Auswertung im ersten Schritt in grafischer Darstellung (Überblick)	89

Tabellenverzeichnis

Tab. 1	Inhalte eines exemplarischen Leitfadens zur qualitativen Erhebung der Perspektive von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden im Rahmen der Ist-Analyse.....	8
Tab. 2	Trainingsmethoden in Diversity-Trainings	14
Tab. 3	Fragen zur Erhebung des kulturellen Hintergrundes	19
Tab. 4	Fragebogen zum Erklärungsmodell der Erkrankung	20
Tab. 5	Vor- und Nachteile interner und externer Mediatorinnen und Mediatoren	28
Tab. 6	Beispiele für Methoden während der Mediation	29
Tab. 7	Beispiele zur Formulierung von Wünschen und Erwartungen durch Mentees.....	34
Tab. 8	Grundregeln einer Mentoren-Mentee-Beziehung.....	35

¹ Hinweis: In dieser Handreichung wird aus Gründen der Barrierefreiheit und der optimalen Nutzung der Vorlesefunktion auf die Verwendung des Gendersternchens verzichtet. Alle verwendeten geschlechterbezogenen Bezeichnungen beziehen sich jedoch gleichermaßen auf alle Geschlechter und sind als inklusiv zu verstehen. Wir erkennen und respektieren die Vielfalt der Geschlechteridentitäten und -ausdrücke und sind bestrebt, eine diversitätssensible Rehabilitation zu fördern, die die Bedürfnisse aller Personen unabhängig von ihrem Geschlecht, ihrer Geschlechtsidentität oder ihrem Geschlechtsausdruck berücksichtigt.

1.2 Zielsetzung der Handreichung

Rehabilitationseinrichtungen fällt es oft schwer, eine diversitätssensible Versorgung umzusetzen, da praxisnahe Hinweise fehlen, wie dies geschehen kann und welche Instrumente hierfür zur Verfügung stehen. Mit der vorliegenden Handreichung kann diese Lücke geschlossen werden. Dazu wird zunächst im Handlungsleitfaden erläutert, wie Maßnahmen zur Gewährleistung einer diversitätssensiblen Versorgung ausgewählt und implementiert werden können. Anhand ausgewählter Maßnahmen und Situationen wird beispielhaft gezeigt, wie eine Umsetzung aussehen kann. Darauf folgend werden im Instrumentenkatalog mögliche Maßnahmen oder Instrumente vorgestellt, die für unterschiedliche Zielsetzungen hilfreich sein können. Wir hoffen, Sie damit bei der Umsetzung einer diversitätssensiblen Versorgung zu unterstützen.

1.3 Hinweise zur Nutzung der Handreichung

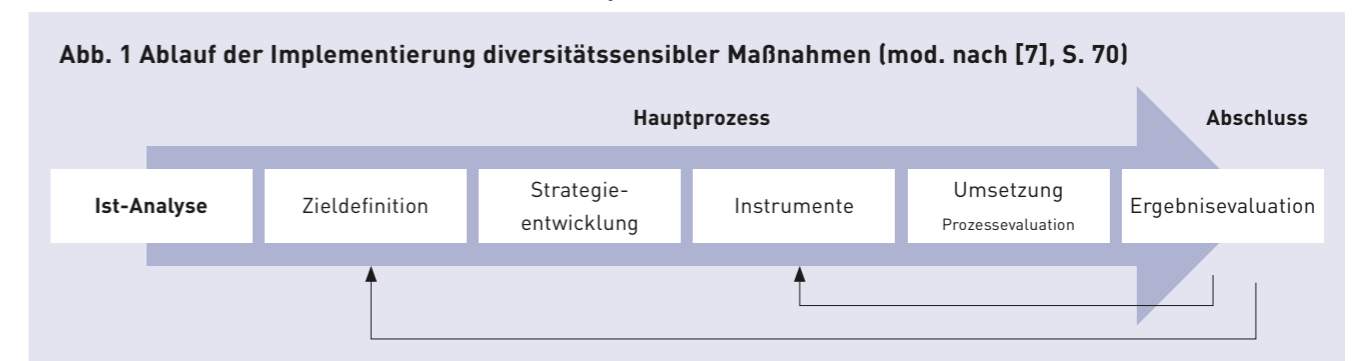
Die Implementierung einer diversitätssensiblen Versorgung ist ein langfristiger Prozess, der von allen Organisationsebenen einer Einrichtung befürwortet und gefördert werden sollte. Dieser Prozess knüpft an bestehende Maßnahmen des Qualitätsmanagements an. Die Realisierung und Umsetzung einer diversitätssensiblen Versorgung in Ihrer Einrichtung kann mithilfe des hier bereitgestellten Instrumentenkatalogs erfolgen. Der Instrumentenkatalog ist dabei als **Unterstützung für die Implementierung** einer diversitätssensiblen Versorgung zu verstehen und nicht als Akuthilfe bei gegenwärtigen Konflikten. Er dient dementsprechend zur Prävention von und zur Sensibilisierung für zukünftige Probleme. Der Instrumentenkatalog wurde auf Basis einer systematischen Literaturrecherche und der Befragung von Versorgungseinrichtungen entwickelt. Vergleichbar mit einem Werkzeugkasten sind dort Instrumente zusammengestellt, die Sie in der medizinischen Rehabilitation für die Umsetzung einer diversitätssensiblen Versorgung heranziehen können. Dabei wurde zum einen auf die Übertragbarkeit der Instrumente auf den rehabilitativen Bereich geachtet. Zum anderen dienen die Kriterien für die gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung [5] und die Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung [6] als Orientierung für die Bewertung. Die Entscheidung für ein spezielles Instrument liegt grundsätzlich im Ermessen Ihrer Einrichtung. Sie ist abhängig von den verfügbaren Ressourcen und bereits bestehenden Maßnahmen und Organisationsstrukturen, die Sie im Rahmen einer Ist-Analyse ermitteln können. Die Umsetzung einer diversitätssensiblen Versorgung mithilfe des Instrumentenkatalogs kann dabei im Allgemeinen nicht in der Verantwortung einer einzelnen Person oder Abteilung liegen, sondern erfordert meist die Koordination mehrerer Organisationsebenen. Daher bietet sich die Bildung einer interdisziplinären Steuerungsgruppe aus dem Personal der Einrichtung an, welche mit der Umsetzung diversitätssensibler Instrumente betraut wird.

2. Handlungsleitfaden

2.1 Planung und Implementierungsprozess

Die Umsetzung einer diversitätssensiblen Versorgung sollte als Gesamtstrategie verstanden werden, die alle Mitarbeitenden, Strukturen und Managementebenen einer Versorgungseinrichtung einbindet [6]. Die Umsetzung lässt sich dabei in fünf Schritte (Ist-Analyse bis Umsetzung) aufteilen (s. Abb. 1). Sie wird in den folgenden Abschnitten näher erläutert. Die Bewertung und Anpassung der in der Einrichtung implementierten Instrumente folgen als Teil der Ergebnisevaluation nach der Umsetzung.

2.1.1 Ist-Analyse



Zunächst wird der Ist-Zustand in der Einrichtung anhand einer **Ist-Analyse** ermittelt. Ziel ist die systematische Erfassung der Rahmenbedingungen vor Ort sowie der Bedürfnisse und Erwartungen des Personals und der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. Dies kann ähnlich der Implementierung von (z. B. diversitätssensiblen) Managementstrategien in Unternehmen zum Beispiel anhand eines geeigneten Fragebogens erfolgen [7]. Im besten Fall haben die bereits bestehenden Maßnahmen und Systeme schon zu einer guten Ausgangssituation beigetragen und können als Grundlage für die Einführung diversitätssensibler Instrumente genutzt werden. Maßnahmen, die als Grundlage zur Weiterentwicklung genutzt werden können, sind beispielsweise bestehende (Förder-) Angebote für Personal und Führungskräfte, wie Vereinbarungen zu Arbeitszeiten, die Benennung von Gleichstellungsbeauftragten und Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Auch bereits bestehende Angebote für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden wie mehrsprachiges Informationsmaterial und Freizeitgestaltungsmöglichkeiten für unterschiedliche Altersgruppen können diversitätssensibel genutzt und weiterentwickelt werden.

Neben der Perspektive des Personals ist auch die Sichtweise der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden wichtig, auf die im Folgenden näher eingegangen wird. Die Diversität der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden geht mit unterschiedlichen Versorgungserwartungen (z. B. Einsatz alternativer Heilmittel, Inklusion, ganzheitliche Versorgung oder Berücksichtigung kultureller Tabus) einher, die Auswirkungen auf die Inanspruchnahme und auf die Wirksamkeit von Gesundheitsangeboten haben können. Daher ist es im Rahmen der Ist-Analyse notwendig, die versorgungsbezogenen Bedürfnisse und Erwartungen von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zu erheben sowie die Erfahrungen zu erfassen, die sie in ihrer Versorgung gemacht haben.

Eine Möglichkeit zur Ermittlung des Ist-Zustandes kann beispielsweise der PDCA-Zyklus (Plan, Do, Check, Act) darstellen. Eine Alternative dazu stellt der von Aksakal et al. entwickelte Leitfaden dar, der unterschiedliche Aspekte entlang des Rehabilitationsverlaufs erhebt. Dieser kann für die Zielgruppe der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden als Beispiel dienen [8]. Er bezieht sich auf die Erfahrungen von Versorgungsnutzerinnen und -nutzern vor der Rehabilitation sowie auf ihre Erwartungen und Wünsche in der Rehabilitation. Während und nach der Rehabilitation umfasst der Leitfaden Inhalte zur Versorgungszufriedenheit, zu den Bedürfnissen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sowie zu den wahrgenommenen Optimierungspotenzialen (Tab. 1).

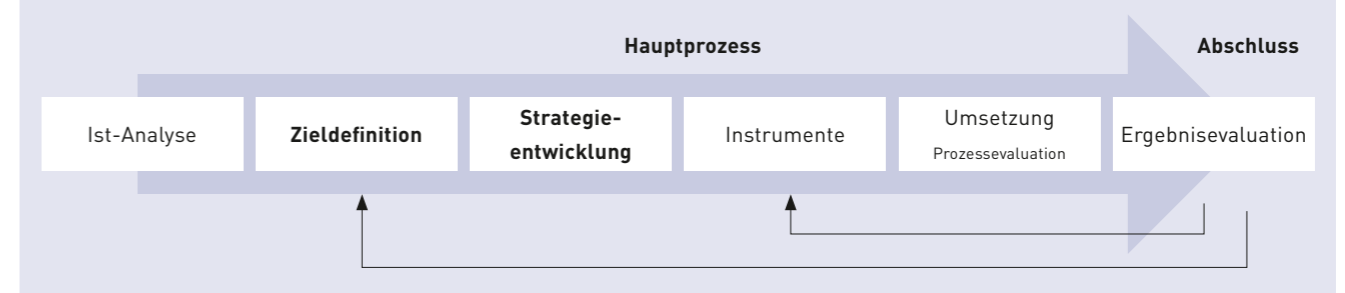
Tab. 1 Inhalte eines exemplarischen Leitfadens zur qualitativen Erhebung der Perspektive von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden im Rahmen der Ist-Analyse nach [8]

Themenbereich	Unterthemen	Beispielfragen
Erfahrungen vor der Rehabilitation	<ul style="list-style-type: none"> - Informiertheit - Informationswünsche - Bereitschaft für die Reha 	<ul style="list-style-type: none"> - Wie gut fühlen Sie sich über Ihren Reha-Aufenthalt und über die Reha informiert? (Ablauf, Behandlung, Ziele) - Wie haben Sie sich auf Ihren Reha-Aufenthalt vorbereitet? - Wie gut fühlen Sie sich auf die Reha vorbereitet?
Subjektive Erwartungen und Dimensionen der Versorgungserwartungen	<ul style="list-style-type: none"> - Erwartung zu Beginn - Behandlungserwartungen - Dimensionen der Erwartungshaltung 	<ul style="list-style-type: none"> - Wie haben Sie sich einen typischen Tag in der Reha vor dem Reha-Aufenthalt vorgestellt? Wurden Ihre Erwartungen erfüllt? - Was erwarten Sie jetzt vom Reha-Aufenthalt? - Mit welchen Zielen sind Sie in die Reha gekommen?
Versorgungswünsche in der Rehabilitation	<ul style="list-style-type: none"> - Wünsche an die Behandlung, Umgang - Unterstützung 	<ul style="list-style-type: none"> - Was ist Ihnen wichtig für eine gute Rehabilitation und Behandlung? - Was wünschen Sie sich von den Behandelnden? - Was fehlt Ihnen bisher? Was sollte verbessert werden und wie?
Zufriedenheit	<ul style="list-style-type: none"> - Zufriedenheit mit: <ul style="list-style-type: none"> - Versorgung - Rehabilitative Behandlung - Personal - Betreuung - Sozialkompetenz 	<ul style="list-style-type: none"> - Wie fühlen Sie sich bislang in der Reha-Einrichtung? Wie zufrieden sind Sie bisher mit der Einrichtung? - Wie bewerten Sie die Betreuung durch das Personal? (Zeitaufwand, Informationsvermittlung ...) - Wie zufrieden sind Sie mit den bisher in Anspruch genommenen Reha-Leistungen?
Persönliche Bedürfnisse	<ul style="list-style-type: none"> - Berücksichtigung persönlicher Bedürfnisse 	<ul style="list-style-type: none"> - Wie werden Ihre persönlichen Bedürfnisse berücksichtigt? (u. a. Gewohnheit, Kultur oder Religion, Ernährung, Familie, Kleidung, Sport, Geschlecht) - Wie wichtig ist für Sie die Berücksichtigung Ihrer persönlichen Bedürfnisse für Ihren Reha-Aufenthalt bzw. die Behandlung?
Subjektive Wahrnehmung	<ul style="list-style-type: none"> - Reflexion: Erwartungen bzgl. Einrichtung, Behandlungen und Behandelnden 	<ul style="list-style-type: none"> - Inwieweit werden Ihre Erwartungen an die Reha-Einrichtung erfüllt? (Räumlichkeiten, Rahmenbedingungen, Verpflegung, Freizeitangebote) - Inwieweit werden Ihre Erwartungen an die Behandelnden erfüllt? - Was müsste geändert werden, damit Ihre Erwartungen erfüllt werden?
Verbesserungsvorschläge	<ul style="list-style-type: none"> - Wünsche und Anregungen 	<ul style="list-style-type: none"> - Was müsste sich konkret ändern, damit sich Ihre Zufriedenheit mit der Versorgung erhöht?

Die Planung, Durchführung und Auswertung einer Ist-Analyse ist ein komplexer Prozess. Soweit in Ihrer Einrichtung nicht routinemäßig Ist-Analysen durchgeführt werden, besteht die Möglichkeit, externe Expertinnen und Experten damit zu beauftragen. Mögliche Kooperationspartnerinnen und -partner für die Durchführung einer Ist-Analyse sind z. B. Qualitätsbeauftragte (Qualitätsmanagement) oder externe Unternehmen mit einem Fokus auf Ist-Analysen (Management- und Vertriebsstraining etc.).

2.1.2 Zieldefinition und Strategieentwicklung

Abb. 2 Ablauf der Implementierung diversitätssensibler Maßnahmen (mod. nach [7], S. 70)



Die Ergebnisse der Ist-Analyse dienen als Basis für die Identifikation von Verbesserungspotenzialen im Klinikalltag, u. a. bei Therapien und der Kommunikation der einzelnen Abteilungen und Mitarbeitenden in Ihrer Einrichtung. Dabei muss jede Einrichtung selbst entscheiden, welche Aspekte oder Themen Vorrang haben und welche eher nachrangig sind. Es kann je nach Bedarf entschieden werden, welche Ressourcen und Kapazitäten an welcher Stelle eingesetzt werden.

Zieldefinition

Auch sollten Sie **Ziele** klar definieren, die Ihre Einrichtung im Hinblick auf eine diversitätssensible Versorgung erreichen bzw. Defizite, die sie beheben möchte.

Die Ziele sollten dabei (angelehnt an die SMART-Kriterien)

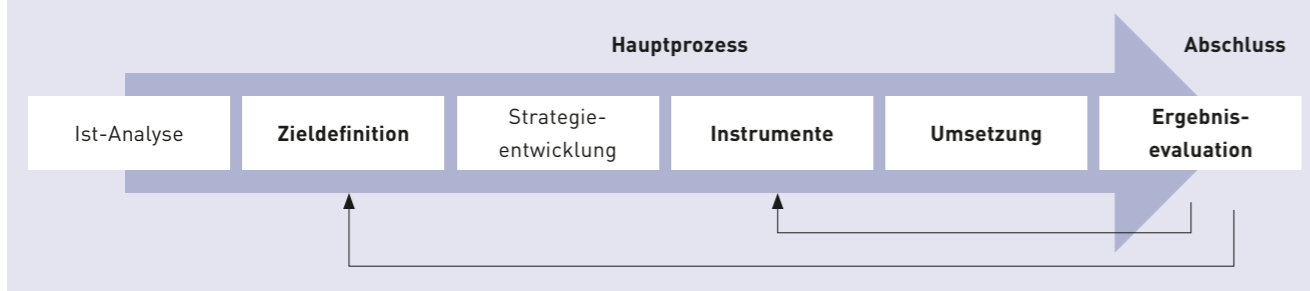
- **Spezifisch**, unmissverständlich, transparent (einsehbar, sowohl das Ziel an sich als auch der Entstehungsprozess des Ziels), in sich konsistent (Ziele sollten sich nicht gegenseitig widersprechen) und präzise,
- **Messbar** (um die Qualität festzustellen, muss nachvollziehbar sein, ob die Umsetzung der Ziele eine positive Wirkung hat),
- **Attraktiv** (vom Team als reizvoll und erstrebenswert bewertet),
- **Realistisch** (umsetzbar und sinnvoll),
- **Terminiert** (verbindlich und auf einen Zeitraum bezogen) und positiv formuliert sein.

Strategieentwicklung

Nachdem Sie Ihre Ziele formuliert haben, erfolgt die **Strategieentwicklung**. Damit ist v. a. die Planung der strukturellen Abläufe der beabsichtigten Veränderung gemeint. Um den Ablauf besser zu organisieren und zu vereinfachen, bietet sich die Bildung einer Steuerungsgruppe aus dem Personal der Einrichtung an, welche mit der Umsetzung diversitätssensibler Instrumente betraut wird. Auch hier sollte das Ziel sein, die Gruppe so vielfältig (im Hinblick auf Alter, Geschlecht, mit oder ohne Migrationshintergrund, religiöser Hintergrund, usw.) wie möglich zusammenzusetzen. Zusätzlich sollten in diesem Prozessabschnitt die Interessen von Gruppen miteinbezogen werden, die nicht durch die Steuerungsgruppe repräsentiert werden können. Die Vernachlässigung dieser Gruppen gehört in der Praxis zu den häufigsten Problemen bei der Umsetzung von diversitätssensiblen Maßnahmen [7]. Die Vorhaben und Arbeitsschritte der Steuerungsgruppe sollten allen Mitarbeitenden so transparent wie möglich kommuniziert werden.

2.1.3 Auswahl, Umsetzung und Evaluation der erforderlichen Instrumente

Abb. 3 Ablauf der Implementierung diversitätssensibler Maßnahmen (mod. nach [7], S. 70)



Der vorletzte Schritt des Hauptprozesses ist die **Auswahl der erforderlichen Instrumente** auf Basis der Ergebnisse der Ist-Analyse. Kriterien bei der Auswahl stellen neben den eigenen Zielen u. a. die identifizierten Zielgruppen dar. Um die Entscheidungsfindung zu vereinfachen, werden die wichtigsten Kriterien der einzelnen Instrumente in einer Kurzübersicht tabellarisch dargestellt (s. Kap. 3.3.1). Eine detailliertere Übersicht der Instrumente ist im Instrumentenkatalog (ab Kap. 3.3.2) aufgeführt. Dieser soll Ihnen die Möglichkeit geben, sich einen Überblick über die wesentlichen Eigenschaften der Instrumente zu verschaffen.

Umsetzung

Die **Umsetzung** der Instrumente setzt voraus, dass alle Beteiligten bereit sind, sich auf die Veränderungen im Zuge des Prozesses einzulassen. Auch wenn die Instrumente gut dokumentiert sind und Erfahrungen über eine einfache Umsetzung aus anderen Einrichtungen vorliegen, kann die Implementierung insbesondere in der frühen Phase herausfordernd sein. Dies sollte die Einrichtung aber nicht dazu veranlassen, die Implementierung abzubrechen. Eine Weiterführung bis zur Auswertung der ersten Zwischenergebnisse ist ratsam. Kleinere Schwierigkeiten bei der Implementierung lassen sich möglicherweise auch während der laufenden Einführung des Instruments adressieren. Daher ist es wichtig, die Umsetzung durch eine **Prozessevaluation** zu begleiten. Hierbei werden die Stärken und Schwächen des implementierten Instruments während der Umsetzung analysiert. Der Schwerpunkt liegt dabei auf den Abläufen und dem Zusammenwirken der einzelnen Elemente des Instruments. Die Einführung eines Instruments muss im Vorfeld von den verantwortlichen Personen mit dem gesamten Personal kommuniziert werden. Eine erfolgreiche Implementierung ist nicht die Aufgabe und Leistung eines Einzelnen, sondern eine Teamaufgabe, bei der jede und jeder Einzelne zum Gelingen beiträgt. Hier empfiehlt es sich, zu Beginn eine Art Kickoff-Meeting mit dem Gesundheitspersonal aller Ebenen zu veranstalten. Durch eine persönliche Ansprache können die relevanten Aspekte zielgerichtet und kollektiv herausgearbeitet werden. Gleichzeitig besteht die Möglichkeit, sich über die Planung und den Ablauf auszutauschen und das Einverständnis aller einzuholen.

Ergebnisevaluation

Mit der Implementierung ist der Hauptprozess abgeschlossen. Der Postprozess, der aus der **Konsolidierung** bzw. **Ergebnisevaluation** (nicht zu verwechseln mit der Prozessevaluation, die die Implementierung begleitet) besteht, unterzieht das eingeführte Instrument auch im Regeleinsatz einer ständigen Qualitätskontrolle. Damit soll gewährleistet werden, dass das Instrument den gesetzten Zielen gerecht wird und auf sich verändernde Umstände schnellstmöglich und adäquat reagiert werden kann. Während die Prozessevaluation dabei hilft, Ursachen für Implementierungsprobleme z. B. defizitäre Kommunikationsprozesse – zu identifizieren, ist das Ziel

der Ergebnisevaluation, die Wirksamkeit eingeführter Instrumente in der Einrichtung zu ermitteln. Dies kann anhand unterschiedlicher Indikatoren, wie der Zufriedenheit der Mitarbeitenden und Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, geschehen. Die Ergebnisse der Evaluation sind handlungsleitend für das weitere Vorgehen, z. B. im Hinblick darauf, ob der Einsatz der Instrumente verstetigt, ein anderes Instrument eingesetzt oder weitere Instrumente eingeführt werden, um die gewünschten Ziele zu erreichen.

Die Qualitätskontrolle kann auch über bereits bestehende Strukturen und Maßnahmen des Qualitätsmanagements erfolgen. So bleibt die notwendige Flexibilität gewährleistet, um auf Veränderungen der Situation nach der Implementierung wirksam reagieren zu können. Eine Qualitätskontrolle kann qualitativ in einem Interview bzw. in einer Fokusgruppe oder quantitativ mit einem Fragebogen (ggf. als Onlinebefragung) durchgeführt werden.

Folgende Fragen können dabei unterstützend eingesetzt werden:

- Ist es gelungen, Barrieren abzubauen?
- Sind neue Hürden entstanden?
- Hat sich die Zufriedenheit des Personals oder der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden verbessert?
- Haben sich die Versorgungsergebnisse der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden verbessert?
- Wird Vielfalt nun eher als Ressource und nicht als Makel verstanden?
- Haben sich die Diversitätskompetenzen des Personals verbessert?

Quelle

1. Brzoska P, Razum O (2017) Herausforderungen einer diversitätssensiblen Versorgung in der medizinischen Rehabilitation (Challenges of Diversity-Sensitive Care in Medical Rehabilitation). *Rehabilitation* 56(5): 299–304. DOI 10.1055/s-0043-100014
2. Campinha-Bacote J (2003) Many faces: Addressing diversity in health care. *Online Journal of Issues in Nursing* 8(1): 3
3. Deck R (1999) Erwartungen und Motivationen in der medizinischen Rehabilitation: Ihre sozialmedizinische und gesundheitspolitische Bedeutung für den Rehabilitationserfolg. *Jacobs*
4. Breckenkamp J, Dyck M, Schröder C, Schönfeld S, Du Prel J-B, Razum O (2021) Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation und Zugangsbarrieren bei Personen mit Migrationshintergrund – Ergebnisse der lidA-Kohortenstudie. *Die Rehabilitation* 60 (1): 11-20.
5. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2015) Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung. Kriterium „Erfassung des Kosten-Wirksamkeits-Verhältnisses“, Köln und Berlin
6. Ollenschläger G, Helou A, Kostovic-Cilic L et al. (1998) Die Checkliste zur methodischen Qualität von Leitlinien. *Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung* 92: 191–194
7. Wladasch K, Liegl B (2009) Positive Maßnahmen: ein Handbuch zur praxistauglichen Umsetzung von Maßnahmen zur Bekämpfung von strukturellen Diskriminierungen und zur Herstellung von mehr Chancengleichheit. Ludwig Boltzmann Inst. f. Menschenrechte
8. Aksakal T, Yilmaz-Aslan Y, Razum O, Akbulut N, Brzoska P (2018) Abschlussbericht: Erhöhung der Versorgungszufriedenheit und Verbesserung von Behandlungsergebnissen in der medizinischen Rehabilitation durch die Berücksichtigung der Diversität von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. Entwicklung und Evaluation eines Diversity-Management-Konzeptes (unveröffentlicht, kann über die Autorinnen und Autoren angefordert werden).

2.2 Exemplarische Instrumente

An dieser Stelle werden exemplarisch einige ausgewählte Instrumente zur Umsetzung einer diversitätssensiblen Versorgung beschrieben. Die Auswahl besteht aus etablierten, auf die Gesundheitsversorgung übertragbare Instrumente aus dem Instrumentenkatalog (Kap. 3.3). Zudem spricht die Auswahl der Instrumente unterschiedliche Ebenen an und betrifft z. B. die Organisation, den Umgang von Mitarbeitenden untereinander und den Umgang mit Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. Der Beschreibung der Instrumente wurden zur Illustration Fallbeispiele beigelegt, die teilweise bewusst überspitzt dargestellt werden, um so potenzielle Problembereiche und mögliche Lösungsstrategien aufzuzeigen. Die in diesen Beispielen beschriebenen Instrumente stellen nur eine kleine Auswahl der vielfältigen Lösungsmöglichkeiten für diversitätsbezogene Herausforderungen in den Rehabilitationseinrichtungen dar.

2.2.1 Diversity-Training

Als Beschäftigte in Rehabilitationseinrichtungen verbessern Sie Ihre Kompetenzen im Umgang mit unterschiedlichen Diversitätsmerkmalen (siehe im Instrumentenkatalog – detaillierte Tabelle Nr. 21). Das Training besteht z. B. aus Vorträgen, Videos und Übungen zur Selbstreflexion.

Fallbeispiel

Problem: In einer Rehabilitationseinrichtung gibt es seit einiger Zeit Missverständnisse und Konflikte zwischen dem jungen therapeutischen und medizinischen Gesundheitspersonal einerseits und den älteren Ärzten andererseits. Diese spiegeln sich z. B. darin wider, dass Behandlungsempfehlungen des jüngeren Gesundheitspersonals nicht beachtet werden. Vor allem junge Ärztinnen geben an, von ihren älteren männlichen Kollegen nicht ernst genommen zu werden. Das wirkt sich negativ auf die Zufriedenheit der Mitarbeitenden und ihren Arbeitsalltag aus und behindert den Therapieprozess der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden.

Vorgehen: Die Geschäftsführung hat sich gemeinsam mit der klinischen Leitung dafür entschieden, die Mitarbeitenden auf allen Ebenen im Hinblick auf möglicherweise konfliktreiche oder gar diskriminierende Situationen zu schulen.

Lösung: Um den Bedarf noch genauer zu bestimmen, nutzt die Klinik einen Fragebogen zur Bedarfserhebung im Rahmen der Ist-Analyse (z. B. den DiBe-17; s. Kapitel 2.2.2). Dieser bestätigt, dass sich sowohl die jungen als auch die älteren Mitarbeitenden nicht bewusst sind, welche Vorstellungen und welches Verhalten jeweils zu den Konflikten führen und wie man diese im Arbeitsalltag berücksichtigen kann. Die Klinikleitung entscheidet gemeinsam mit den Beteiligten, einen externen Trainer einzuladen, um die identifizierten Konflikte zukünftig zu vermeiden. Unterschiedliche Hierarchieebenen werden in den Trainings getrennt, um die Konflikte nicht zu verschärfen. Die Übungsleitung nutzt zur Vorbereitung des Trainings bei den Mitarbeitenden eine kurze mündliche Umfrage (alternativ: eine schriftliche Befragung) zu ihren Erwartungen und Bedürfnissen. Nach der Umfrage wird deutlich, dass es tatsächlich um erlebte Alters- und Geschlechtsdiskriminierung auf Seiten des jüngeren Gesundheitspersonals geht. Die Übungsleitung entscheidet sich daher für ein merkmalspezifisches Training mit dem Ziel, für mehrere Diversitätsmerkmale (in diesem Fall: Alter, Geschlecht und berufliche Qualifikation) zu sensibilisieren und die diversitätssensiblen Kompetenzen der Mitarbeitenden im Umgang miteinander zu verbessern (Skill-Building). Die Übungsleitung beginnt das Training mit Kurzvorträgen zu den Themen Diversität und erlebte Diskriminierung. Danach reflektieren und diskutieren die Teilnehmenden kritisch, welche Verhaltensweisen und Einstellungen ihnen bereits an sich selbst aufgefallen sind. (Hier können auch andere Methoden zur Reflexion, wie z. B. Rollenspiele, eingesetzt werden). Indem sie ihre Erwartungen und Einstellungen kritisch hinterfragen und diese ggf. verändert, werden die Mitarbeitenden hinsichtlich der Thematik sensibilisiert. Zum Ende des Trainings erfolgt ein Feedback durch die Mitarbeitenden zu der Umsetzung des Trainings. Ein halbes Jahr später führt die Klinik erneut eine Ist-Analyse mit dem betreffenden Fragebogen durch, um zu ermitteln, ob es Verbesserungen im Klinikalltag gibt.

Ziel des Instruments

- Erlebte Diskriminierung vermeiden
- Selbstreflexion der Beschäftigten fördern
- Einstellungen, Erwartungen und Bedürfnisse im Umgang mit unterschiedlichen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden und Kolleginnen und Kollegen kritisch hinterfragen [1,4]
- Kommunikation der Beschäftigten untereinander wie auch mit Rehabilitandinnen und Rehabilitanden optimieren
- Akzeptanz für vielfältige Unterschiede, auch hinsichtlich Sprachbarrieren, kultureller und religiöser Bedürfnisse fördern
- Zufriedenheit auf beiden Seiten verbessern

Beschreibung des Instruments

Der **Aufbau** und die Planung von Diversity-Trainings bestehen aus unterschiedlichen Schritten, die im Nachfolgenden vorgestellt werden [1,4].

1. Bedarfserhebung

Die Ermittlung des Bedarfs an Diversity-Trainings ist ein wichtiges Element der **Ist-Analyse**, welches in Kapitel 2.1.1 erläutert wird. Für das Diversity-Training kann zudem ein Fragebogen eingesetzt werden (Beispiel im Anhang).

2. Design des Trainings

Weisen die Ergebnisse der Ist-Analyse (s.o.) auf die Notwendigkeit eines Diversity-Trainings hin, können Sie das genaue Trainingsziel bestimmen und die Zielgruppe des Trainings festlegen. Die Zielgruppe soll dabei für die Vielfalt der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden oder Mitarbeitenden insgesamt sensibilisiert werden. Wichtig dabei ist, zu entscheiden, welche Mitarbeitenden am Training teilnehmen und in welcher Gruppenzusammensetzung ein Training stattfinden kann [4].

Bei der **Gruppenzusammensetzung** empfiehlt es sich, auf diese Aspekte zu achten [4]:

- Bei gemeinsamen Lernzielen können Führungskräfte zusammen mit Mitarbeitenden trainiert werden. Wenn die Lernziele Konflikte zwischen Hierarchieebenen ansprechen, empfiehlt sich eine Trennung von Führungskräften und Mitarbeitenden, um Konflikte zu vermeiden.
- Abhängig von den Zielen des Trainings und der Organisationskultur der Einrichtung kann eine Teilnahme verpflichtend oder freiwillig sein.

Es gibt unterschiedliche **Typen von Diversity-Trainings**, die Sie umsetzen können [1,2,4]:

- Merkmalsübergreifendes Training:** Unabhängig von spezifischen Diversitätsmerkmalen wird für Stereotype und Vorurteile sowie deren Auswirkungen sensibilisiert.
- Merkmalspezifisches Training:** Das Training wird spezifisch auf mehrere Diversitätsmerkmale ausgerichtet (z. B. Alter, Geschlecht oder Migrationshintergrund). Dies kommt zum Einsatz, wenn die Ist-Analyse auf spezifische Defizite in einzelnen Bereichen hinweist.

Die Trainings können darüber hinaus unterschiedliche **Lernziele** besitzen [3,4]:

- Awareness-Trainings:** Sie erhöhen das Bewusstsein und das Wissen der Mitarbeitenden für Vielfalt und sensibilisieren für mögliche Benachteiligungen einzelner Gruppen sowie daraus entstehende Schwierigkeiten.
- Skill-Building-Trainings:** Die Mitarbeitenden erwerben Kompetenzen z. B. für die Führung einer vielfältigen Belegschaft sowie für den Umgang miteinander sowie mit Rehabilitandinnen und Rehabilitanden.

Thematischer Gegenstand der Trainings könnten z. B. Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen einzelnen Bevölkerungsgruppen sein. Im Fokus der Diskussion sollten zudem die Wechselwirkungen einzelner Diversitätsmerkmale und sich daraus ergebende (zusätzliche) Herausforderungen stehen. Nur einzelne Merkmale in den Trainings zu berücksichtigen, birgt die Gefahr, dass Stereotype und Vorurteile verstärkt werden [5].

Sie können unterschiedliche **Trainingsmethoden** im Diversity-Training anwenden (Tab. 2).

Tab. 2 Trainingsmethoden in Diversity-Trainings (angelehnt an [1,4])	
Beispiele für Trainingsmethoden	
Methoden	Inhalte
Vortrag	Vorträge zu unterschiedlichen Themen, z. B.: „Was ist Diversität und wie kann ein diversitätssensibler Umgang untereinander erfolgen?“
Rollenspiele	Mitarbeitende gehen reale Situationen durch und reagieren individuell. Eine Reflexion des Verhaltens erfolgt durch Diskussion und Feedback.
Übungen zur Selbstreflexion	Situationen aus dem eigenen Leben werden reflektiert und das Bewusstsein geschärft. Verhaltensänderungen können dabei geübt werden.
Quiz	Wissensquiz zu Diversitätsfragen und Gruppenfeedbacks als Methode zur Eröffnung einer Diskussion.
Theater	Professionelle Schauspielerinnen und Schauspieler werden eingeladen, um Szenarien auszuarbeiten, die auf den realen Erfahrungen aus der Rehabilitationseinrichtung beruhen. In Klein- oder Gruppenarbeit werden die Theaterszenen diskutiert.
Diskussionen	Diskussionen sind ein wichtiger Bestandteil von Trainings. Eine Moderatorin oder ein Moderator nimmt dabei direkten Einfluss und steuert die Diskussion.

Eher passive Trainingsmethoden, wie Vorträge, können Sie vor allem zur Weitergabe und Vermittlung von Informationen, Wissen und Zielen nutzen. Eher aktive Methoden, wie Rollenspiele, können Sie anwenden, um die Reflexion von Verhalten, Einstellungen und Erwartungen sowie die gemeinsame Erarbeitung von Veränderungsprozessen zu fördern. Je nach Lernziel des Trainings ist eine Kombination von aktiven und passiven Methoden möglich [5,7].

3. Umsetzung

Für die Umsetzung empfiehlt es sich, Trainerinnen und Trainer auszuwählen, die in der Lage sind, Wissen und Kompetenzen zu vermitteln, aber auch die nötige Sensibilität und Empathie für die Teilnehmenden und deren Bedürfnisse und Bedarfe (und ggf. Benachteiligungen) besitzen. Sie sollten Gruppengespräche steuern sowie Konflikte lösen können [4]. Hierbei ist – ähnlich wie bei der Entscheidung für eine externe oder interne Mediatorin oder einen externen oder internen Mediator (s. Kap. 2.2.5) – auch zwischen den Vor- und Nachteilen abzuwägen, die mit dem Einsatz interner und externer Trainerinnen oder Trainer einhergehen. Während erstere zwar „betriebsblind“ sein können, aber gleichzeitig unterschwellige Konflikte in der Einrichtung besser wahrnehmen, können letztere die internen Konflikte womöglich schlechter erkennen, aber neutral und objektiv agieren [2,4].

Bei der Gewinnung externer Diversity-Trainerinnen oder -Trainer können für Sie unter anderem die folgenden Organisationen hilfreiche Anlaufstellen sein:

- Bildungs- und Beratungszentren für Erwachsenenbildung
- Ethnomedizinische Zentren
- Integrationszentren
- Gleichstellungsbeauftragte
- Sprach- und Integrationsvermittlerinnen und -vermittler über Dolmetscherdienste und -pools
- Institute für interkulturelle Kompetenz oder Diversität
- Agenturen für Organisationsberatung und -entwicklung

Fallstricke und Lösungen

Die Umsetzung von Übungen in Diversity-Trainings kann auch mit **organisationalen Herausforderungen** einhergehen [4]:

- Mitarbeitende können sich durch die Zielsetzung des Trainings angegriffen fühlen, wodurch Widerstände auftreten können.
 - Lösung: Alle Mitarbeitenden so früh wie möglich einbeziehen und Entscheidungsprozesse transparent gestalten.
- Nach den Trainings kann es durch eine Auseinandersetzung mit den besprochenen Themenfeldern zu erhöhten Erwartungen kommen. Werden die Bedürfnisse der Mitarbeitenden anschließend nicht umgesetzt oder zeigen sie nicht die erwarteten Erfolge, kann Unzufriedenheit eintreten.
 - Lösung: Nach einem Diversity-Training empfiehlt es sich, weitere Maßnahmen zu realisieren, um diversitätssensible Maßnahmen in der Einrichtung umzusetzen. Ggf. können zum Ende des Trainings Ziele im Hinblick darauf festgelegt werden, welche Strategien in der Einrichtung umgesetzt werden.

Wenn Diversity-Trainings nicht adäquat geplant erfolgen, können Konflikte und Spannungen im Organisationsalltag verstärkt werden.

- Lösung: Wichtig ist es, v. a. die Ziele und Zielgruppen des Trainings transparent und möglichst gemeinsam festzulegen und ausreichend Zeit für die Planung vorzusehen.
- Oftmals werden Problemfelder erst während der Durchführung eines Trainings deutlich. Wenn die Teilnehmenden des Trainings sich bestehender Herausforderungen nicht bewusst waren, dann kann eine verpflichtende Teilnahme die Akzeptanz der durchgeführten Maßnahme reduzieren. Wichtig ist es daher, dass alle Ebenen (Führungsebene, Organisations- und Personalabteilung, Mitarbeitende) von der Einsetzung eines diversitätssensiblen Trainings überzeugt sind und für dieses motiviert werden.
 - Lösung: Im Diversity-Training können v. a. reflektierende Maßnahmen und Methoden durch die Trainerinnen und Trainer eingebracht werden, um diesen Bedarf aufzugreifen.

4. Evaluation

Eine Evaluation des Diversity-Trainings ist dringend zu empfehlen und kann die Auswirkungen des Trainings sowie weitere Potenziale im Hinblick auf Verhalten(-sänderung) und den Rehabilitationsalltag aufzeigen. Weitere Informationen dazu, wie diese Phase gestaltet und durchgeführt werden kann, sind in Kapitel 2.1.3 zu finden.

Quelle

1. Clements P, Jones J (2006). The Diversity Training Handbook. London, Philadelphia
2. Cox Jr. T (1999). Creating the Multicultural Organization. Academy of Management Executive, 13(2): 68–80

3. Ferdman BM, Brody SE (1996) Models of Diversity Training. In Landes D, Bhagat RS (Hrsg.) Handbook of Intercultural Training. Thousand Oaks: 282–303
4. Gieselmann A, Krell G (2011) Diversity-Trainings: Verbesserung der Zusammenarbeit und Führung einer vielfältigen Belegschaft. In: Krell G (Hrsg.), Chancengleichheit durch Personalpolitik. Springer-Gabler, Wiesbaden: 199–218
5. Knoll C, Edinger M, Reisbeck G (1997) Grenzgänge: Schwule und Lesben in der Arbeitswelt. München, Wien
6. Lambert J, Myers S (1994). 50 Activities for Diversity Training. HRD Press, Amherst.
7. Lüthi E, Oberpriller H, Loose A, Orths S (2009). Teamentwicklung mit Diversity Management. Methoden-Übungen und Tools. Bern

2.2.2 Diversitätssensibler Fragebogen zur Erfassung von Bedürfnissen und Erwartungen in der Rehabilitation (DiBE-17)

Mithilfe dieses Fragebogens [1] können Sie die individuellen Situationen, Bedürfnisse und Erwartungen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zu Beginn der Rehabilitation ermitteln (siehe im Instrumentenkatalog – detaillierte Tabelle Nr. 29 im Anhang).

Fallbeispiel

Problem: In den letzten Monaten haben sich in einer Rehabilitationseinrichtung Beschwerden gehäuft. Die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gaben häufig an, unzufrieden mit ihren Rehabilitationsleistungen gewesen zu sein. Ihre Vorstellungen seien nicht erfüllt worden und auch ihre Ziele hätten sie nicht erreichen können. Auch auf der Ebene der Mitarbeitenden gibt es interne Konflikte: Viele haben das Gefühl, den Bedürfnissen und Erwartungen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nicht gerecht zu werden und sind deswegen selbst unzufrieden. Andere meinen, dass aber auch nicht alle Bedürfnisse in der Rehabilitation berücksichtigt werden können.

Vorgehen: Eine von der Geschäftsführung in die Wege geleitete Ist-Analyse, die die Gründe für die Probleme identifizieren soll, weist auf Schwierigkeiten in der Kommunikation zwischen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden und Mitarbeitenden hin. Die vielfältigen Unterschiede der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden hinsichtlich Geschlecht, Alter, beruflicher Tätigkeit sowie Migrationshintergrund verunsichern viele Mitarbeitende und erschweren den Versorgungsprozess. Gleichzeitig sind manche Rehabilitandinnen und Rehabilitanden schlecht über ihre Erkrankung und die Ziele der Rehabilitation informiert und entwickeln daher unrealistische Erwartungen. Aufgrund der Missverständnisse zwischen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden und Behandelnden kommt es in einigen Fällen sogar dazu, dass keine Zielvereinbarung für die Rehabilitation erfolgt.

Lösung: Die Geschäftsleitung entscheidet sich für den Einsatz des DiBe-17. Die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bekommen den Fragebogen eine Woche vor ihrer Rehabilitation per Post zugeschickt und bringen ihn ausgefüllt mit. Beim Aufnahmegespräch wird der Fragebogen, der in unterschiedlichen Sprachversionen verfügbar ist, besprochen. Die Mitarbeitenden sprechen mit den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden auch ggf. darüber, dass einige Erwartungen in der Einrichtung nicht erfüllt werden können. Gemeinsam werden dann Kompromisse gesucht. In einigen Fällen lässt sich keine Lösung finden, durch eine entsprechende Erklärung vom Klinikpersonal können jedoch viele Rehabilitandinnen und Rehabilitanden die Situation nachvollziehen. Nach einem Zeitraum von sechs Monaten erfolgt erneut eine Ist-Analyse. Es stellt sich heraus, dass die Kommunikation zwischen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden und Mitarbeitenden deutlich besser verläuft, da die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ihre Erwartungen an die Versorgung deutlicher artikulieren und Mitarbeitende besser auf Bedürfnisse eingehen können – auch wenn dies bedeutet, gelegentlich um Verständnis dafür zu bitten, dass die Möglichkeiten der Einrichtung und des Personals beschränkt sind.

Ziel des Instruments

- Kommunikation zwischen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden und Gesundheitspersonal verbessern
- Unerfüllbaren Erwartungen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden und den daraus folgenden Schwierigkeiten entgegenwirken

Beschreibung des Instruments

Der DiBE-17 bezieht sich auf die folgenden Aspekte:

- Erkrankung, körperliche Einschränkungen
- Sprachliche Verständigung
- Alltagsgewohnheiten, Religion und Wünsche
- Erwartungen an die Rehabilitation und Rehabilitationsziele
- Weitere Fragen oder Anmerkungen

Sie können den DiBE-17 zur Erfassung der individuellen Bedürfnisse und Erwartungen zu zwei Zeitpunkten nutzen. Er besteht aus 17 Items zu den genannten Themen. Seine Beantwortung dauert etwa 15 Minuten.

1. Vor Beginn der Rehabilitation

Die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erhalten den Fragebogen vor dem Beginn der Rehabilitation per Post zugeschickt und bringen ihn ausgefüllt zu ihrer Rehabilitation mit.

2. Zu Beginn der Rehabilitation

Der Fragebogen wird zu Beginn der Rehabilitation, idealerweise beim Aufnahmegespräch, gemeinsam mit den Behandelnden ausgefüllt.

Der DiBE-17 kann auch als Gesprächsleitfaden dienen. Sie können ihn unterstützend einsetzen, um zu Beginn der Rehabilitation eine **Zielvereinbarung** in Übereinkunft mit den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zu schließen, die an ihren Bedürfnissen orientiert ist und unter Berücksichtigung der vorhandenen Ressourcen umgesetzt werden kann. Damit das Gesundheitspersonal auf die – mithilfe des Fragebogens – von den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gegebene Rückmeldung zurückgreifen kann, sollten Sie vorab die notwendigen **organisationalen und strukturellen Rahmenbedingungen** (z. B. Kommunikationsstrukturen) schaffen, durch die der Fragebogen als Instrument bekannt gemacht wird. Dies kann beispielsweise durch (regelmäßig stattfindende) Mitarbeitenden-Versammlungen oder Qualitätszirkel erfolgen. Diese Veranstaltungen können Sie auch nutzen, um Zuständigkeiten abzuklären, z. B. im Hinblick darauf, wer mit den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden über den ausgefüllten Fragebogen spricht. Außerdem sollte das Gesundheitspersonal darauf vorbereitet werden, wie es mit schwierigen Situationen (siehe nachfolgend) umgehen können.

Fallstricke und Lösungen

- Beim Einsatz des Fragebogens äußern die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gegebenenfalls Bedürfnisse und Erwartungen an ihre Rehabilitation oder die Einrichtung, die nicht erfüllbar bzw. in der Einrichtung aufgrund eingeschränkter Ressourcen nicht umsetzbar sind.
 - Lösung: In diesem Fall sollte nach Möglichkeiten gesucht werden, die sowohl das Gesundheitspersonal als auch die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zufriedenstellen. In einer Situation, in der ein Kompromiss nicht zu erreichen ist, sollten den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden die Gründe erläutert werden, weshalb ihre Wünsche bzw. Bedürfnisse in der Einrichtung nicht berücksichtigt werden können. Indem die Gründe nachvollziehbar gemacht werden, werden Unzufriedenheit und Frustration verringert oder im Idealfall vermieden.

Quelle

1. Aksakal T, Yilmaz-Aslan Y, Razum O, Akbulut N, Brzoska P (2018) Abschlussbericht: Erhöhung der Versorgungszufriedenheit und Verbesserung von Behandlungsergebnissen in der medizinischen Rehabilitation durch die Berücksichtigung der Diversität von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden: Entwicklung und Evaluation eines Diversity-Management-Konzeptes (unveröffentlicht, kann über die Autorinnen und Autoren angefordert werden).

2.2.3 Cultural Awareness Tool (CAT)

Mithilfe dieses Tools können Sie eine kultursensible Versorgung in der Rehabilitation umsetzen, d. h. die kulturelle Herkunft und den Lebenskontext der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden im Rehabilitationsprozess berücksichtigen [1] (siehe im Instrumentenkatalog – detaillierte Tabelle Nr. 30).

Fallbeispiel

Problem: In einer Rehabilitationseinrichtung gibt es bei der Durchführung von Therapien Missverständnisse zwischen dem Gesundheitspersonal und Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit unterschiedlichem kulturellem Hintergrund. Die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden haben aufgrund kulturell geprägter Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen Schwierigkeiten, den Behandlungsplan nachzuvollziehen.

Vorgehen: Die Geschäftsführung und die klinische Leitung möchten das Gesundheitspersonal verstärkt für die Bedarfe von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden unterschiedlicher Herkunft sensibilisieren. Dem Gesundheitspersonal sollen Werkzeuge an die Hand gegeben werden, um Missverständnisse mit Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zu vermeiden.

Lösung: 1) Zuerst wird bei der Anamnese der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden eine Checkliste zum besseren Verständnis für den kulturellen Hintergrund eingesetzt. Bei der Auswertung der Checkliste wird deutlich, dass es sich bei den meisten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Migrationshintergrund um türkeistämmige Rehabilitandinnen und Rehabilitanden im mittleren Alter handelt. 2) Um den Einfluss des kulturellen Hintergrunds auf die gesundheitliche Situation zu ermitteln, wendet das Gesundheitspersonal einen Fragebogen (s. Tab. 3) an. Mit ihm soll das subjektive Verständnis der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden für ihren Gesundheitszustand festgestellt werden. Dies erfolgt u. a. über Fragen zur Erkrankung, zu Erwartungen und zu Annahmen über ihre gesundheitliche Situation und der bisherigen Gesundheitsversorgung. Bei der Anamnese wird zudem festgestellt, dass viele Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ihre psychischen Erkrankungen über traditionelle Methoden erfolglos behandelt haben. Zudem haben einige Rehabilitandinnen und Rehabilitanden Fluchterfahrungen. Sie erwähnen z. B. Verlust von Familienmitgliedern in ihren Heimatdörfern aufgrund von Naturkatastrophen oder Kriegshandlungen. Ferner beschreiben die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ihr gesundheitliches Problem u. a. als Krankheit, die ihnen durch das Schicksal auferlegt worden sei. Das Gesundheitspersonal erlangt anhand der Informationen aus der Anamnese (der Checkliste und dem Fragebogen) ein besseres Verständnis der subjektiven Perspektive im Hinblick auf die Erkrankung. 3) Das Gesundheitspersonal spricht mit den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden über ihre gesundheitliche Situation. Beide besprechen ihr jeweiliges Verständnis der Erkrankung. Daraufhin können sie gemeinsam den Behandlungs- und Therapieplan konsentieren, welcher nach Möglichkeit die Perspektive der Rehabilitanden und Rehabilitandinnen einbezieht. Die fehlende Bewältigung der traumatischen Ereignisse wird soweit möglich berücksichtigt und die kulturelle Herkunft der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden wird vom Gesundheitspersonal respektiert.

Ziel des Instruments

Das Cultural Assessment Tool (CAT) dient der Umsetzung einer kultursensiblen Versorgung. Es erhöht die Kultursensibilität und interkulturelle Kompetenz von Gesundheitspersonal im Umgang mit Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, z. B. bei der Beurteilung, Behandlung und Auswahl von Therapieangeboten.

Beschreibung des Instruments

Das CAT besteht aus:

1. Fragen zur Erhebung des kulturellen Hintergrunds
2. Allgemeinen Hintergrundinformationen zum Einsatz der Fragen, um den kulturellen Hintergrund der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zu erfassen
3. Weiteren Hinweisen zum kultursensiblen Umgang mit Rehabilitandinnen und Rehabilitanden unterschiedlicher Herkunft sowie zum Einsatz von Dolmetscherinnen und Dolmetschern

Diese Grundbausteine des Instrumentes können als Checkliste dienen und abgearbeitet werden, um die Kultursensibilität des Gesundheitspersonals zu stärken. Im Folgenden werden einzelne Schritte in der Anwendung des CAT beschrieben, die Sie zur Umsetzung in Ihrem Arbeitsalltag nutzen können, sobald Missverständnisse deutlich werden.

1. **Schritt:** Ermitteln Sie den **kulturellen Hintergrund der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden** anhand des Fragebogens zur Erhebung des kulturellen Hintergrundes (Tab. 3).

Die Fragen aus Tab. 3 sollen Ihnen helfen, die Erkrankung und den Gesundheitszustand der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden besser erfassen und verstehen zu können.

Tab. 3 Fragen zur Erhebung des kulturellen Hintergrundes (eigene Übersetzung nach [1])

Fragen zur Erhebung des kulturellen Hintergrundes

1.	Wo wurde der Rehabilitand oder die Rehabilitandin geboren?
2.	Ggf.: Wie lange lebt er oder sie schon in Deutschland?
3.	Was ist die ethnische Zugehörigkeit des Rehabilitanden oder der Rehabilitandin?
4.	Wer sind die wichtigsten Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner des Rehabilitanden oder der Rehabilitandin?
5.	Was sind die Primär- und Sekundärsprachen des Rehabilitanden oder der Rehabilitandin?
6.	Wie gut sind Lese- und Schreibfähigkeiten des Rehabilitanden oder der Rehabilitandin in diesen Sprachen?
7.	Wie sieht der nonverbale Kommunikationsstil aus? (z. B. starke Gestik, kaum Emotionen, geringe Mimik)
8.	Welche Religionszugehörigkeit hat er oder sie?
9.	Welche Bedeutung hat die Religion für sein oder ihr tägliches Leben?
10.	Ist das Einkommen des Rehabilitanden oder der Rehabilitandin angemessen, um seine oder ihre Bedürfnisse und die seiner oder ihrer Familie zu erfüllen?

2. **Schritt:** Finden Sie heraus, was das **subjektive Verständnis der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zu ihrer Erkrankung**, sowie deren Ursachen und zu ihrer gesundheitlichen Situation ist (Erklärungsmodell).

Bei der Entwicklung des Verständnisses (Erklärungsmodells) für die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden können Sie sich an den Bestandteilen des bio-psycho-sozialen Modells (s. auch ICF-Modell) und den Ergebnissen des Fragebogens orientieren. Das bio-psycho-soziale Modell ist ganzheitlich. Das heißt, es zeigt auf, wie gesundheitliche Beeinträchtigungen und deren Ursachen in Wechselwirkung zu der gesundheitlichen Situation der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sowie deren Teilhabe in der Gesellschaft stehen. Mögliche Faktoren, die dabei in Wechselwirkung miteinander stehen können, sind:

- Biologische Faktoren: Vererbte Determinanten von Gesundheit (Genetik)
- Psychische Faktoren: Psychologische Ressourcen
- Soziale Faktoren: Lebenssituation
- Kulturelle Faktoren: Werte, Verhalten, Vorstellungen

Zudem können Sie Fragen dazu stellen, welche Erfahrungen die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in ihrer bisherigen gesundheitlichen Versorgung gemacht haben. Mit den Fragen wird auch untersucht, wie die kulturelle Herkunft der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ihr Gesundheitsverhalten und ihre Gesundheitseinstellungen beeinflusst (Tab. 4).

Tab. 4 Fragebogen zum Erklärungsmodell der Erkrankung (eigene Übersetzung, angelehnt an [1])

Fragebogen zum Erklärungsmodell der Erkrankung

1.	Was hat Ihrer Meinung nach [+] verursacht? (Nutzen Sie bei der Beschreibung des Problems die Worte des Rehabilitanden oder der Rehabilitandin)
2.	Was denken Sie, warum [+] zu diesem Zeitpunkt bei Ihnen aufgetreten ist?
3.	Was denken Sie, was [+] mit Ihnen macht? Was sind dabei Hauptprobleme?
4.	Wie schwerwiegend ist Ihre [+] ? Was fürchten Sie dabei am meisten?
5.	Welche Art von Behandlung oder Hilfe, denken Sie, sollten Sie erhalten?
6.	Wie würde man Sie in ihrem Herkunftsland mit Ihrer [+] behandeln?
7.	Wie hilft Ihr soziales Umfeld bei der [+]?
8.	Was haben Sie bisher gegen Ihre Beschwerden, die [+] verursacht, getan?
9.	Welche sind die wichtigsten Ergebnisse, die Sie sich von der Behandlung erhoffen?

Der Platzhalter [+] kann durch die entsprechende Erkrankung ergänzt werden. Falls es sich nicht um eine Erkrankung handelt, können die Fragen angepasst werden (z. B. „Was ist Ihrer Meinung nach der Grund für Ihre Beschwerden?“ etc.).

Es empfiehlt sich, den Fragebogen bei den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Umsicht einzusetzen. Wichtig ist es, den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden genügend Zeit zum Nachdenken und für das Beantworten der Fragen zu lassen. Je nach kultureller Herkunft kann es sein, dass die Fragen direkt oder indirekt in das Gespräch einfließen sollten. Das kann besonders wichtig sein, wenn es um tabuisierte Themen wie z. B. psychische Erkrankungen geht.

- 3. Schritt:** Nutzen Sie das von Ihnen ermittelte Verständnis- und Erklärungsmodell, um mit den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden

a) zu vergleichen und im Gespräch zu diskutieren, ob Ihr eigenes Verständnis zur gesundheitlichen Situation der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit jenem der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden übereinstimmt.

Daraufhin können Sie gemeinsam den **b) Behandlungsplan festlegen**, welcher optimalerweise die kulturelle Herkunft der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden berücksichtigt.

Ein Vergleich der Erklärungsmodelle kann Sie dabei unterstützen, zu identifizieren, welche (kulturellen) Ursachen als Erklärung für die Erkrankungen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden dienen und wie diese ihre eigene gesundheitliche Situation wahrnehmen. Beispielsweise werden Symptome wie Schmerzen und Einschränkungen von Personen mit Migrationshintergrund in unterschiedlicher Weise geäußert. Aber auch andere kulturbedingte Verhaltensweisen spielen eine Rolle. Auch können der weitere Verlauf der Therapie und des Behandlungsprozesses dadurch geklärt werden.

Achten Sie darauf, dass Sie respektvoll mit den Informationen zum kulturellen Hintergrund der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden und ihrem Verständnis ihrer gesundheitlichen Situation umgehen. Wichtig ist, bei der Diskussion des Behandlungsplans neben Ihrer Perspektive auch die Perspektive der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zu berücksichtigen und je nach Möglichkeit – und das Einverständnis der Rehabilitandin oder des Rehabilitanden vorausgesetzt – Familienmitglieder zu konsultieren. Um für kulturelle Besonderheiten zur Krankheitsempfindung sensibilisiert zu sein, ein besseres Verständnis zu entwickeln und kulturbedingte Konflikte zu vermeiden, können entsprechende Schulungen sinnvoll sein.

Nutzen Sie **professionelle Dolmetscherinnen und Dolmetscher** – oder noch besser Integrations- und Sprachmittlerinnen und Sprachmittler – bei allen Schritten, wenn es sprachliche Barrieren zu überwinden gilt (zur Auswahl von professionellen Dolmetscherinnen und Dolmetschern finden Sie Hinweise unter Kap. 2.2.4).

Fallstricke und Lösungen

- Die familiäre und kulturelle Situation (z. B. Finanzen, pflegende Angehörige) werden beim Aufnahmegespräch der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nicht berücksichtigt, sodass es eventuell zum Abbruch einer Rehabilitation kommt. Ältere Menschen können besondere Belastungen aufweisen (z. B. Sprachprobleme), in wirtschaftlicher Abhängigkeit stehen sowie von bestimmten kulturellen Rollen im Zusammenhang mit der Erkrankung beeinflusst werden.
 - Lösung: Die Familien der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sind sehr wichtig bei der Behandlung. Sie sollten – mit Einverständnis der Betroffenen – in den Rehabilitationsprozess einbezogen und beispielsweise über Behandlungsoptionen informiert werden.
- Die unzureichende Berücksichtigung der kulturellen Herkunft der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden kann zur Fehlkommunikation zwischen ihnen und dem Gesundheitspersonal führen.
 - Lösung: Beim Gespräch sollte auf die Unterschiede von Wertvorstellungen geachtet werden, z. B. werden Emotionen im Verhalten von einigen Menschen geschätzt, während andere nur wenige oder keine Emotionen zeigen. D. h., die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden können zurückhaltend sein, wenn sie über ihre Erkrankungssituation sprechen. Auch geschlechtsspezifische Fragen innerhalb einer bestimmten Kultur können von großer Bedeutung sein.

Quelle

1. Seah E, Tilbury F, Wright B et al. (2002) Cultural Awareness Tool– Understanding Cultural Diversity in Mental Health: Multicultural Mental Health Australia: Parramatta

2.2.4 Dienstleistungsangebot der professionellen Sprach- und Integrationsmittlung

Der Einsatz von Dolmetscherinnen und Dolmetschern kann dabei helfen, die nach dem Patientenrechtegesetz vorgeschriebene Aufklärungs-, Informations- und Einwilligungspflicht durch das behandelnde Gesundheitspersonal zu realisieren (§ 630 e, c, d BGB (siehe im Instrumentenkatalog – detaillierte Tabelle Nr. 28)).

Fallbeispiel

Problem: In einer Rehabilitationseinrichtung gibt es Schwierigkeiten bei der Compliance mit Therapien, der Teilnahme an Angeboten und bei Arztgesprächen. Es treten häufiger Kommunikationsprobleme durch eingeschränkte Sprachkenntnisse, Analphabetismus und Seh- und Hörbehinderungen auf und es kommt vermehrt zu Informationsdefiziten bei den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. Dadurch gibt es Verzögerungen in den Behandlungsgesprächen und der Behandlungsdurchführung. Das Gesundheitspersonal, die Therapeutinnen und Therapeuten sowie Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter sind zunehmend unzufrieden.

Vorgehen: Die Geschäftsleitung möchte vermehrt professionelle Dolmetscherinnen und Dolmetscher oder Mitarbeitende mit Zusatzqualifikation im Rehabilitationsalltag einsetzen.

Lösung: Um die Situation nachhaltig zu verbessern, fungieren einige mehrsprachige Mitarbeitende mit entsprechender Zusatzqualifikation schon als professionelle Dolmetscherinnen und Dolmetscher bei Rehabilitationsangeboten und übersetzen die Gespräche mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten. Zusätzlich wird Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit eingeschränkten Hör- oder Sehfähigkeiten und Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit eingeschränkten Sprachkenntnissen oder Defiziten im Lesen und Schreiben bereits im Eingangsgespräch mitgeteilt, welche Mitarbeitenden sie bei Verständnisschwierigkeiten ansprechen können. Eine gute Arbeitsteilung und das Vorhandensein von Organisationsleitlinien zum Umgang mit nicht-deutschsprachigen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden und Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Seh- und Hörbehinderungen führen dazu, dass die Verantwortung klar aufgeteilt ist und die Arbeitsintensität nicht weiter steigt. Zudem hat die Rehabilitationseinrichtung ein Budget eingerichtet, damit sich die Mitarbeitenden für Dolmetscher- und Gebärdentätigkeiten qualifizieren können. Gleichzeitig werden professionelle, externe Dolmetscherinnen und Dolmetscher engagiert, wenn die Mitarbeitenden mit Zusatzqualifikation die von den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gesprochene Sprache nicht übersetzen können. Als mögliche Alternativen für Übersetzungstätigkeiten bieten sich die Verwendung von Video- oder Telefondolmetschdiensten sowie die Übersetzung von Materialien für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden an.

Ziel des Instruments

Mit dem Einsatz von professionellen Dolmetscherinnen und Dolmetschern (einschließlich Mitarbeitenden mit Zusatzqualifikation) in der rehabilitativen Versorgung können Sie die Versorgungsergebnisse der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit eingeschränkten Sprachkenntnissen verbessern. Bedürfnisse und Erwartungen sowie Ziele können im Gespräch zwischen Gesundheitspersonal und Rehabilitandinnen und Rehabilitanden besser kommuniziert werden. Das hat positive Auswirkungen auf das Vorsorgeverhalten, den Genesungsprozess und den zukünftigen Gesundheitszustand bei Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Sprachbarrieren.

Beschreibung des Instruments

Voraussetzungen zum Einsatz von Dolmetscherinnen und Dolmetschern in der rehabilitativen Versorgung [1–3]

- Die Klinikleitung erkennt, dass der Einsatz von Dolmetscherinnen und Dolmetschern sinnvoll und notwendig ist und unterstützt die Umsetzung.
- Der Austausch zwischen Gesundheitspersonal, Dolmetscherinnen und Dolmetschern und Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erfolgt nach festgelegten Richtlinien der Rehabilitationseinrichtung, gegenseitigem Einverständnis und Vertrauen.
- Der Informationsaustausch ist transparent und nachvollziehbar, sodass die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in weitere oder anderweitige Behandlungen und Therapien einwilligen können²

Rolle der Dolmetscherin oder des Dolmetschers

Professionelle Dolmetscherinnen und Dolmetscher (oder auch Mitarbeitende mit Zusatzqualifikation) sind zur Verschwiegenheit, Neutralität und Verantwortung verpflichtet. Das bedeutet, dass sie eine klare Rolle einnehmen und die Offenheit in der Kommunikation zwischen Behandelnden und Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bewahren. Sie sollen empathisch sein und gleichzeitig eine professionelle Distanz wahren. Dolmetscherinnen und Dolmetscher sollen das Gesagte nicht nur wortwörtlich übersetzen, sondern auch in einen soziokulturellen Kontext einordnen. Das bedeutet, dass sie sich gut mit dem individuellen kulturellen Umfeld der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden auskennen, um die Informationen möglichst umfassend weitergeben zu können. Sie sollten zusätzlich über Kenntnisse in Medizin und Psychologie sowie über länderspezifisches Wissen zum Gesundheitssystem und den Versorgungsstrukturen verfügen [1, 3–7]. Zusätzlich kann es für das Gesundheitspersonal von Nutzen sein, eine Einführung für die Arbeit mit Dolmetscherinnen und Dolmetschern zu erhalten, um die Kommunikation nicht zu behindern.

Arten der Übersetzungen

- Face-to-face-Interaktionen
- Schriftliche Übersetzungen
- Telefondolmetscherdienste
- Videodolmetscherdienste

Finanzierung

Die Finanzierung von (professionellen) Dolmetscherdiensten oder auch Sprach- und Integrationsmittlern ist bislang nicht durch die Sozialversicherungsträger gedeckt [8]. Für die Bereitstellung von Dolmetscherinnen und Dolmetschern in der Rehabilitationseinrichtung könnte beispielsweise ein eigenes Budget eingeplant werden. Ob diese Möglichkeit in jeder Einrichtung gewährleistet werden kann, ist je nach Rahmenbedingungen in den Rehabilitationseinrichtungen und den Bedarfen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zu entscheiden [9, 10]. Die Kosten für den Einsatz der Dolmetscherinnen und Dolmetscher sind abhängig von der Art des Dolmetschens und der dazu benötigten Infrastruktur. Der Preis berechnet sich je nach Länge des Einsatzes nach einem Stundensatz bzw. einem Halbtages- oder Tagessatz. Eine kostengünstige Lösung ist es, Video- oder Telefondolmetschdienste in der Einrichtung einzusetzen, wenn z. B. die Anfahrtkosten für Face-to-face-Übersetzungen zu hoch sind oder selten gesprochene Sprachen zu dolmetschen sind [11].

² Weitere Informationen zum Umgang und zu Kommunikationssituationen mit Dolmetscherinnen und Dolmetschern in Bundesverband der Dolmetscher und Übersetzer (2017): Dolmetschen im Gesundheitswesen. Ein Leitfaden. Berlin (BDÜ Infoservice). Online verfügbar unter https://www.bdue.de/fileadmin/files/PDF/Publikationen/BDUe_Gesundheitswesen.pdf, zuletzt geprüft am 12.02.2023.

Über welche Eigenschaften verfügen professionelle Dolmetscherinnen und Dolmetscher?

- Qualifizierte Dolmetscherinnen und Dolmetscher: Hochschulstudium, Sprachkenntnisse C2 in der zu übersetzenden Sprache [12]
- Sprach- und Integrationsmittlerinnen und -mittler: Ein- bis eineinhalbjährige Vollzeitfortbildung, Sprachkenntnisse Deutsch und Muttersprache C1, mit Migrationserfahrung [13]
- Übersetzerinnen und Übersetzer der Gebärdensprache: Abgeschlossene Weiterbildung oder Studium³ [12, 14]

Quellen für professionelle Dolmetscherinnen und Dolmetscher

Beispiele:

- Sprach- und Integrationsmittlerinnen und -mittler (<https://www.sprachundintegrationsmittler.org/>)
- Bundesverband der Dolmetscher und Übersetzer (<https://bdue.de/>)
- Sprachdienstleistungsagenturen wie SprachUnion oder Global Voices (<https://www.sprachunion.de/dolmetschen>, <https://www.globalvoices.com/de/>)

Fallstricke und Lösungen [2]

- Fehlende organisationale Richtlinien in den Rehabilitationseinrichtungen für Personal, das Übersetzungstätigkeiten leistet, können die Arbeitsintensität für das gesamte Gesundheitspersonal erhöhen. Eine Folge davon kann sein, dass die gleichsprachige Betreuung nicht von allen Mitarbeitenden wertgeschätzt wird. Das kann zu einer gefühlten Diskriminierung bei den mehrsprachigen und nicht-mehrsprachigen Mitarbeitenden führen.
- Das Gesundheitspersonal gibt Entscheidungen weiter, für welche es keine Verantwortung trägt.
- Die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden können das Gesundheitspersonal durch die gleichsprachige Betreuung um Gefallen z. B. bei der Therapie bitten.
- Deutschsprachige Rehabilitandinnen und Rehabilitanden können sich benachteiligt fühlen.
 - Lösung: Organisationale Vereinbarungen für dolmetschendes Personal mit Zusatzqualifikation können den professionellen Umgang in Bezug auf Kompetenzen und Arbeitsaufwand verbessern. So kann Transparenz über die Verantwortlichkeiten, Ausgleich der Arbeitszeit und ggf. Vergütung geschaffen werden. Diese Vereinbarungen regeln auch die Verschwiegenheitspflicht und Neutralität der qualifizierten Beschäftigten, wenn sie Übersetzungstätigkeiten durchführen. Nicht-mehrsprachiges Personal muss den zusätzlichen Arbeitsaufwand ihrer mehrsprachigen Kolleginnen und Kollegen nicht zusätzlich auffangen, da es ausreichend personale und zeitliche Ressourcen gibt.
 - Lösung: Auch Richtlinien in der Einrichtung mit Empfehlungen sowie (internen) Voraussetzungen für den Einsatz professioneller, externer Dolmetscherinnen und Dolmetscher können Unsicherheiten in der Einrichtung verringern.

Quelle

1. Weber H, Herbig N, Heun S et al. (2016) Dolmetschen für Patienten. Arbeitshilfe Bessere Kommunikation 03, 2. Aufl.
2. Ali PA, Johnson S (2017) Speaking my patient's language: bilingual nurses' perspective about provision of language concordant care to

- patients with limited English proficiency. Journal of Advanced Nursing 73(2): 421–432. DOI 10.1111/jan.13143
3. Sean E, Tilbury F, Wright B, Rooney R, Jayasuriya P (2002) Cultural Awareness Tool–Understanding Cultural Diversity in Mental Health: Multicultural Mental Health Australia
4. Junge F, Schwarze A (2013) Sprach- und Integrationsmittlung: Ein praxisbewährtes Instrument zum Umgang mit sprachlicher und kultureller Vielfalt (nicht nur) im Krankenhaus. In: Bouncken R B, Pfannstiel M A, Reuschl A J (Hrsg) Dienstleistungsmanagement im Krankenhaus I, Band 62. Springer Fachmedien Wiesbaden, Wiesbaden: 367–382
5. Allotey P, Nikles J, Manderson L (1998) Checklists for Cultural Assessment: Providing Care to Patients from Culturally and Linguistically Diverse Backgrounds. Australian Centre for International and Tropical Health and Nutrition
6. Allotey P, Manderson L, Nikles J (1998) Guidelines to practice: providing care to patients from culturally and linguistically diverse backgrounds. Australian Centre for International and Tropical Health and Nutrition
7. Fitzgerald MH, Mullavey-O'Byrne C, Clemson L, Williamson P (1996) Enhancing Cultural Competency: Video and Manual Training Package, Sydney
8. Deutscher Bundestag Wissenschaftliche Dienste (2017) Dolmetscher im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung, WD 9-3000-021/17
9. Bühring P (2015) Regelungen zur Finanzierung nötig. Dolmetscher und Sprachmittler im Gesundheitswesen: Regelungen zur Finanzierung nötig. Dtsch Arztebl International 112: 1873–1874
10. Bouncken RB, Pfannstiel MA, Reuschl AJ (Hrsg) (2013) Dienstleistungsmanagement im Krankenhaus I. Springer Fachmedien Wiesbaden, Wiesbaden
11. Bischoff A, Grossmann F (2006) Telefondolmetschen im Spital. Forschungsbericht zuhanden des MFH-Netzwerks Schweiz. Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel
12. Bundesverband für Dolmetscher und Übersetzer (2019). <https://bdue.de/der-bdue/>
13. SprInt Servicestelle (o.J.). <https://www.sprachundintegrationsmittler.org/>
14. Deutscher Gehörlosen Bund e. V. (2019) Pressemitteilung zur bundesweiten Einführung der DGS-Sprachzertifizierung

2.2.5 Mediation

Bei der Mediation vermittelt eine dritte, neutrale Person zwischen verschiedenen Konfliktparteien, um eine gemeinsame Lösung oder einen von allen Seiten akzeptierten Kompromiss zu erarbeiten (siehe Instrumentenkatalog – detaillierte Tabelle Nr. 18). Die Mediation kann auch im Rahmen einer diversitätssensiblen Versorgung Anwendung finden [1, 2].

Fallbeispiel

Problem: In einer Rehabilitationseinrichtung verlangt das Gesundheitspersonal, dass die Patientenakten digitalisiert werden. Die Verwaltung lehnt den Vorschlag wiederholt ab und besteht auf das handschriftliche Verfahren. Dieser Konflikt wirkt sich inzwischen auf den Arbeitsalltag aller Mitarbeitenden und auch auf die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden aus, denn die Prozesse in der Einrichtung sind gestört. Auch die Geschäftsführung konnte trotz Gesprächen mit den Beteiligten keine Lösung finden.

Vorgehen: Zur Lösung des Konflikts setzt die Geschäftsführung zwei externe Mediatorinnen ein. Bereits vor dem Beginn der Mediation sprechen die Mediatorinnen mit allen Beteiligten in Einzelgesprächen. So sollen Herausforderungen und mögliche Themenfelder im Vorfeld identifiziert werden. Die Mediatorinnen klären darüber auf, welche Ziele und Aufgaben sie im Rahmen der Mediation haben bzw. übernehmen werden. In diesen ersten Gesprächen verschaffen sich die Mediatorinnen einen Überblick. Sie identifizieren zudem einen Generationenkonflikt zwischen der Verwaltung und dem Gesundheitspersonal. Nach den

3 Seit 2021 gibt es eine Sprachzertifizierung für die deutsche Gebärdensprache, zur Klassifikation und Qualitätssicherung der Sprachkompetenzen von Gebärdendolmetscherinnen und -dolmetschern.

Einzelgesprächen entscheiden sich die Mediatorinnen für ein klärendes Gespräch zwischen den Konfliktparteien unter Moderation an einem neutralen Ort. Die Mediatorinnen versuchen, ihre Lösungsansätze auf die neu erkannten Problemfelder abzustimmen.

Lösung: Die Mediatorinnen wollen durch die Maßnahme ‚Spiegeln‘ das Verständnis zwischen den verschiedenen Konfliktparteien fördern. Dabei werden die Aussagen der Konfliktparteien durch die Mediatorinnen ohne Wertung und Emotionen wiederholt. Die zwei Mediatorinnen thematisieren das Verhalten der Konfliktparteien, indem sie es mit Hilfe der Methode ‚Reflecting Team‘ aufarbeiten. D. h. die Personen einer Konfliktpartei geben die Aussagen der jeweils anderen Konfliktpartei innerhalb eines Rollenspiels in eigenen Worten wieder. Danach wird in der Runde diskutiert, wie die Aussagen von den Beteiligten wahrgenommen wurden. Das Bewusstsein der Mitarbeitenden für ein wertschätzendes Miteinander wird hierdurch geschult und verbessert. Die Konfliktparteien einigen sich mithilfe der Mediatorinnen auf eine schriftliche Abschlussvereinbarung mit Verhaltensregeln und Lösungsstrategien für den Arbeitsalltag. Als eine mögliche Lösung wird die Einführung einer digitalen Patientenakte zu Testzwecken und über einen zeitlich begrenzten Zeitraum genannt. Nach einem Jahr kann eine Ist-Analyse den Erfolg dieser Maßnahme empirisch bewerten.

Ziel des Instruments

- Bei Streitpunkten vermitteln und gemeinsam mit Mediatorinnen und Mediatoren Lösungen finden
- Nachhaltige Veränderungsprozesse anstoßen
- Zukünftige Konflikte vermeiden

Beschreibung des Instruments

Die Mediation kann genutzt werden, um...

- ein Verständnis für unterschiedliche Erwartungen und Bedürfnisse der Konfliktparteien zu erzeugen.
- mithilfe von Mediatorinnen und Mediatoren eine gemeinsame Lösung bzw. einen Kompromiss zu erarbeiten und Vereinbarungen zu treffen.

Dies erfordert ein strukturiertes Mediationsverfahren, z. B. nach dem klassischen 5-Phasen-Modell⁴, welches Becker und Pinto [2] sowie Rabe und Wode [1] für die Durchführung einer erfolgreichen Mediation benennen:

Fünf Phasen eines strukturierten Mediationsverfahrens

1. Auftragserklärung und Eröffnung
2. Themensammlung
3. Interessenklärung
4. Entwicklung von Lösungsoptionen
5. Abschlussvereinbarung

Im Folgenden wird die Umsetzung der einzelnen Phasen beschrieben.⁵

1. Phase: Auftragsklärung und Eröffnung

Auftragserklärung

In der ersten Phase klärt die Geschäftsführung die Rahmenbedingungen in der Einrichtung. Dazu sollte die Rehabilitationseinrichtung vor der Beauftragung von Mediatorinnen und Mediatoren eine Ist-Analyse durchführen (s. Kap. 2.1.1). Dies dient dazu, Diskussionsbedarfe und Themenfelder im Vorfeld zu identifizieren. Ein konkretes Ziel der Mediation kann anhand der Ergebnisse der Ist-Analyse festgelegt werden. Nach der Formulierung und Festsetzung der Rahmenbedingungen können (z. B. durch die Geschäftsführung der Rehabilitationseinrichtung) Mediatorinnen und Mediatoren beauftragt werden.

Bei der **Auswahl der Mediatorinnen** und Mediatoren sollten Sie die folgenden Aspekte beachten (vgl. auch § 1 Abs. 2 und § 3 MedG):

- Wahl einer empathischen Persönlichkeit
- Sie oder er darf nicht an dem Konflikt beteiligt sein und steht beiden Konfliktparteien in einer unabhängigen und neutralen Position gegenüber: So wird z. B. keine der Konfliktparteien durch die Mediatorin oder den Mediator favorisiert.
- Die verschiedenen Perspektiven der Konfliktparteien werden von der Mediatorin oder von dem Mediator gleichermaßen (fair) berücksichtigt, z. B. auch bei der Zeit der Redebeiträge.
- Die Mediatorin oder der Mediator hat keine Entscheidungsbefugnis gegenüber den Konfliktparteien.
- Sie oder er ist verschwiegen, wenn es um vertrauliche Informationen geht⁶

Weitere **Eigenschaften und Pflichten** der Mediatorinnen und Mediatoren sollten sein:

- Alle Parteien fair zu behandeln und gleich zu unterstützen
- Die Mediatorinnen und Mediatoren sollten ihr Vorgehen immer wieder hinsichtlich der eigenen Position im Mediationsverfahren selbst reflektieren.

Mediatorinnen und Mediatoren haben dabei die folgenden **Aufgaben** [3]:

- Missverständnisse klären sowie Kommunikationsprobleme und andere Konflikte lösen
- Sensibilität aller Beteiligten erhöhen, z. B. im Hinblick auf unterschiedliche Diversitätsmerkmale der Beteiligten
- Diskriminierung vermeiden und Chancengleichheit gewährleisten
- Gemeinsame Lösungen suchen oder Dialoge anleiten, z. B. bei der Einführung von Veränderungsprozessen im Rahmen diversitätssensibler Versorgung

Bei der Wahl der Mediatorinnen und Mediatoren können interne oder externe Mediatorinnen und Mediatoren eingesetzt werden. Interne (ggf. zusätzlich geschulte) Mediatorinnen und Mediatoren sind Beschäftigte der Organisation, in der die Mediation durchgeführt wird. Externe professionelle Mediatorinnen und Mediatoren gehören nicht zum Unternehmen und werden für das Mediationsverfahren beauftragt.

Der Einsatz interner und externer Mediatorinnen und Mediatoren hat verschiedene Vor- und Nachteile (Tab. 5)

⁴ Die theoretischen Grundlagen finden Sie dazu unter: Rabe C., Wode M. (2014) Basistechniken in der Mediation. In: Mediation. Springer, Berlin, Heidelberg.

⁵ Diese Beschreibung von Mediation ist nur bedingt für juristische Mediationsverfahren anzuwenden. Falls das in Ihrer Einrichtung notwendig sein sollte, beauftragen Sie bitte in jedem Fall einen professionellen und geschulten Mediator oder Mediatorin.

⁶ Weitere Informationen für Interessierte an juristischen Mediationsverfahren sowie zur Neutralität, Allparteilichkeit und Verschwiegenheitspflicht von Mediatorinnen und Mentoren finden Sie im Mediationsgesetz vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1577), das durch Artikel 135 der Verordnung vom 31. August 2015 (BGBl. I S. 1474) geändert worden ist. Verfügbar unter <https://www.gesetze-im-internet.de/mediationsg/BJNR157710012.html> (Zugriff am 12.02.2023)

Tab. 5 Vor- und Nachteile interner und externer Mediatorinnen und Mediatoren nach [1] und [2]

Vor- und Nachteile von internen und externen Mediatorinnen und Mediatoren

	Interne (geschulte) Mediatorinnen und Mediatoren	Externe, professionelle Mediatorinnen und Mediatoren
Vorteile	<ul style="list-style-type: none"> - kostengünstiger - kennen interne Vorgänge - werden durch die Konfliktparteien ggf. schneller akzeptiert 	<ul style="list-style-type: none"> - haben mehr Erfahrung bei der Durchführung von Mediationen - sind geschult, ggf. auch für juristische Mediationsverfahren - Neutralität, Allparteilichkeit, Verschwiegenheit und Objektivität sind wahrscheinlicher
Nachteile	<ul style="list-style-type: none"> - neutrale Position wird u. U. nicht gewährleistet - Ressourceneinsatz intern: z. B. die Mediatorin oder der Mediator wird von einer anderen Aufgabe abgezogen - ggf. ablehnende Haltung durch Konfliktparteien ggü. der potenziellen Mediatorin oder dem potenziellen Mediator - ggf. Abhängigkeit zur Auftraggeberin oder zum Auftraggeber 	<ul style="list-style-type: none"> - eine Person von „außen“ - Ressourcen- und Organisationsaufwand

Interne und externe Mediatorinnen und Mediatoren müssen je nach Rahmenbedingungen und Anforderungen an die Mediation gut ausgewählt werden. So ist vorab zu klären, ob im Fall einer internen Mediation Abhängigkeits- oder Machtverhältnisse bestehen und die Konfliktparteien die Mediatorin oder den Mediator als unparteilich, unabhängig und neutral wahrnehmen können. Dies kann bei einer externen Mediation z. T. besser gewährleistet werden. So sind externe Mediatorinnen und Mediatoren auch nicht von den Ergebnissen der Mediation betroffen. Eine externe Mediatorin oder ein externer Mediator sollte daher idealerweise bei der Auswahl favorisiert werden.

Ansprechpartnerinnen und -partner für die Beauftragung externer Mediatorinnen und Mediatoren sind z. B. der Bundesverband für Mediation e. V. und die dazugehörigen Fachgruppen sowie Mediationsgeschäftsstellen, Rechtspraktikerinnen und -praktiker, die Initiative Mediation und Gesundheit e. V. und der Bundesverband Mediation in Wirtschaft und Arbeitswelt e. V.

Falls Sie sich doch für **interne Mediatoren** entschieden haben, wählen Sie als nächstes das **Setting** für das Mediationsverfahren aus. Sie können dazu eine neutrale, barrierefreie Örtlichkeit wählen. Auf diese Weise lassen sich ungewollte Konkurrenzsituationen (z. B. bedingt durch hierarchische Strukturen oder die wahrgenommene Bevorzugung einer Gruppe) vermeiden [1, 4].

Methoden im Mediationsverfahren

Bereits bei der ersten Kontaktaufnahme in Einzelgesprächen ermitteln die Mediatorinnen und Mediatoren, welche Diversitätsmerkmale (z. B. Alter, Geschlecht, Behinderung, ethnische, kulturelle Herkunft oder sozioökonomischer Status) in die Planung und Methoden einzubeziehen sind. Für die weitere Vorbereitung des Mediationsverfahrens entscheiden die Mediatorinnen und Mediatoren, welche Methoden sie im Mediationsverfahren einsetzen wollen. Je nach Situation sind verschiedene Methoden im Mediationsverfahren möglich (s. Tab. 6).

Tab. 6 Beispiele für Methoden während der Mediation, angelehnt an [1] und [2]

Beispiele für Methoden in der Mediation

Methoden	Kurzbeschreibung
Empowerment	Konfliktparteien werden in ihrer Autonomie durch die Auseinandersetzung mit ihren Ressourcen und wertschätzendes Feedback bestärkt.
Fischbowl und Podiumsdiskussion	Ein für größere Gruppen geeignetes Verfahren, bei dem die Hauptgruppe in Untergruppen aufgeteilt wird. Die Ergebnisse der einzelnen (Unter-) Gruppendiskussionen werden durch Gruppensprecherinnen und Gruppensprecher schließlich an die Hauptgruppe weitergegeben.
Metaphern	Sie können als Geschichten oder Bilder dazu verwendet werden, um konstruktiv das Verstehen zu fördern und Widerstände zu lösen, z. B. der Konflikt als Eisberg, bei dem nur ein kleiner Teil der Ursache sichtbar, der Großteil aber unsichtbar ist.
Reflecting Team (setzt eine Ko-Mediatorin oder einen Ko-Mediator voraus)	Die Mediatorinnen und Mediatoren geben ihre Beobachtung des Mediationsverfahrens und das Verhalten der Medianden (Teilnehmenden), z. B. über ein Rollenspiel, an die Medianden weiter.
Spiegeln	Die Mediatorinnen und Mediatoren geben das Gesagte und auch die Körpersprache der Medianden neutral in eigenen Worten wieder, um das Verstehen untereinander zu fördern.
Einzelgespräche	Bei Bedarf können Mediatorinnen und Mediatoren Einzelgespräche einsetzen, um einen Kontakt zwischen den Medianden zu vermeiden, insbesondere in Fällen, in denen eine Eskalation von Konflikten vermieden oder sensible Themen angesprochen werden sollen.
Systemische Fragetechniken und Verständnisfragen	Gezielte Folge- und Nachfragen können den Informationsgehalt der Mediation erhöhen, motivieren und Bewegung im Prozess schaffen. Sie können Verständnis fördern, z. B. im Hinblick auf mögliche sozial- und kulturbedingte Werte.
Visualisieren	Die Ergebnisse werden grafisch veranschaulicht und dokumentiert.

Bei **diversitätssensiblen Themen** sollten bei der **Vorbereitung** des Mediationsverfahrens u. a. Informationen über die Konfliktparteien (Diversitätsmerkmale – konkreter: z. B. vulnerable Gruppe, Kultur, Ethnie, Wertvorstellungen sowie sozialisiertes Geschlecht) eingeholt werden, die bei der Kommunikation mit den Medianden berücksichtigt werden sollen. Bei Kommunikationsschwierigkeiten innerhalb der Mediation durch Sprachbarrieren kann es hilfreich sein, entsprechende professionelle Dolmetscherinnen und Dolmetscher hinzuzuziehen. Die Mediatorin oder der Mediator sollte sich ebenfalls über den Konflikt sowie die dazugehörigen gesetzlichen Rahmenbedingungen z. B. das Arbeitsrecht und das Antidiskriminierungsgesetz informieren. Nur so kann gewährleistet werden, dass die neutrale Stellung der Mediatorinnen und Mediatoren in der Konfliktsituation erhalten bleibt und sie oder er flexibel auf neue Probleme reagieren kann.

Eröffnung

Im Rahmen der **Eröffnung** erläutert die Mediatorin oder der Mediator allen Beteiligten das Mediationsverfahren und die gewählte Verfahrensweise, um gemeinsam Lösungen zu finden. Dies umfasst z. B. die (gesetzlichen Pflichten) und die Rolle der Mediatorinnen und Mediatoren. Es werden Gesprächsregeln thematisiert und festgelegt. Ein sensibler Umgang mit Diversitätsthemen ist in allen Phasen erforderlich. Es sollten z. B.

Gerechtigkeit und Fairness sowie Transparenz im Vordergrund stehen und Schuldzuweisungen vermieden werden [2]. Die Ziele und der Ablauf sowie notwendige Informationen werden erörtert dabei werden Diversitätsthemen gezielt angesprochen. Um alle Informationen bereit zu stellen, kann es außerdem sinnvoll sein, Dritte am Mediationsverfahren zu beteiligen, z. B. für eine begleitende Informationsveranstaltung zu Diversitätsthemen. Die Dokumentation der Gespräche wird vereinbart und ggf. eine Mediationsvereinbarung geschlossen.⁷

2. Phase: Themensammlung

Wenn es in der ersten Phase zu einer **Vereinbarung über den Ablauf der Mediation** zwischen allen beteiligten Parteien (inklusive der Mediatorinnen und Mediatoren) gekommen ist, kann im nächsten Schritt eine **Themensammlung** erstellt werden. Diese Themen können beispielsweise die Ergebnisse der zuvor durchgeführten Ist-Analyse beinhalten. Eine Reihenfolge der Themen kann flexibel an den Verlauf, die Prioritäten und Veränderungen im Verfahren angepasst werden. Auch können neue Themen in den nächsten Mediationsphasen durch die Beteiligten identifiziert werden, sodass die Themensammlung in der zweiten Phase nicht abgeschlossen sein muss.

3. Phase: Interessenklärung

Die dritte Phase der Mediation betrifft die **Interessenerklärung**. Vorrangiges Ziel in dieser Phase ist es, zwischen den Konfliktparteien zu vermitteln und zu einem gemeinsam erarbeiteten Lösungsweg und Handlungsplan zu kommen. Eine Annäherung der Konfliktparteien lässt sich am ehesten erreichen, wenn die verschiedenen Positionen der jeweils anderen Partei vereinfacht dargestellt und, wenn nötig, näher veranschaulicht werden. Rabe und Wode weisen darauf hin, dass diese Phase „regelmäßig viel Zeit und Energie von allen Beteiligten“ [1] erfordert. In dieser Phase können **Moderations- und Mediationstechniken** genutzt werden, um die unterschiedlichen Standpunkte wertungsfrei und anschaulich darzustellen (s. Tab. 6).

4. Phase: Entwicklung von Lösungsoptionen

In dieser Phase werden die Lösungsansätze gesammelt, ohne sie zu bewerten oder eine Umsetzung der Ideen zu diskutieren. Im nächsten Schritt werden die Lösungsansätze von den Mediatorinnen und Mediatoren analysiert und hinsichtlich ihrer Umsetzbarkeit sowie der Möglichkeit, das Problem erfolgreich zu lösen, beurteilt. Alternativ kann auch nach der besten und der schlechtesten Lösung für die jeweiligen Konfliktparteien gesucht werden. Hierdurch wird im Lösungsprozess veranschaulicht, dass eine mangelnde Einigung mit Nachteilen für alle Beteiligten einhergeht [5].

Alle Lösungsansätze sind in dieser Phase für die Konfliktparteien unverbindlich. Sind beide Parteien mit einer bestimmten Lösung einverstanden, kann ein Konsens geschlossen werden. Ziel ist, eine Lösung mit den Konfliktparteien zu finden, die alle unterstützen können.

5. Phase: Abschlussvereinbarung

Zum **Abschluss des Mediationsverfahrens** werden die besprochenen Themenfelder (Phase 3) und der Lösungsansatz (Phase 4) zusammengeführt und mit Unterstützung der Mediatorin oder des Mediators durch verschiedene Moderationstechniken in ein Lösungskonzept überführt. Im Idealfall folgt eine **schriftliche, verbindliche Vereinbarung** zwischen den Konfliktparteien, z. B. darüber, welches Verhalten in Zukunft vermieden wird oder wie der Lösungsansatz zwischen den Konfliktparteien aussieht. Auch können Regelungen, wie beispielsweise das Vermeiden von Verallgemeinerungen und

die Bildung von Stereotypen, sowie die Absicht, mit Vielfalt einhergehenden Bedürfnisse und Interessen zukünftig mehr zu berücksichtigen, verbindlich festgelegt werden [1, 2].

Reflexion und Evaluation in der Mediation

Auch im Mediationsverfahren ist es sinnvoll, eine Rückmeldung von allen beteiligten Personen einzuholen. Weitere Informationen dazu, wie Evaluation und Feedback gestaltet werden können, finden Sie in Kapitel 2.1.3.

Fallstricke und Lösungen

Hierarchien sowie Widerstände innerhalb der Mediation sind typische Herausforderungen für die Mediatorinnen und Mediatoren.

- Lösung: Die Mediatorin oder der Mediator kann solche Situationen entschärfen, indem sie oder er verschiedene Methoden der Mediation, z. B. Einzelgespräche sowie Moderationstechniken zur Konfliktbewältigung anwendet oder ggf. die Moderation übernimmt.
- Lösung: Einzelgespräche im Vorfeld oder die Begleitung der Konfliktparteien durch wichtige Unterstützerinnen und Unterstützer (im Fall von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden z. B. durch Familienangehörige) können den Mediatorinnen und Mediatoren dabei helfen, sich besser auf die Mediation vorzubereiten. Sie lernen die Lebenswelt der Mitarbeitenden kennen und können so besser auf ihre Bedürfnisse eingehen [1, 2, 6].

Wenn die Mediatorin oder der Mediator aus demselben Unternehmen stammt wie die Konfliktparteien oder sie dieselbe Arbeitgeberin oder denselben Arbeitgeber haben, können Abhängigkeitsverhältnisse während einer internen Mediation zu Schwierigkeiten führen.

- Lösung: Eine gute Auswahl der Mediatorin oder des Mediators ist daher sehr wichtig. Eine externe Mediatorin oder ein externer Mediator sollte idealerweise bei der Auswahl präferiert werden.

Quelle

1. Rabe CS, Wode M (2014) Mediation: Grundlagen, Methoden, rechtlicher Rahmen. Springer-Verlag
2. Becker N, Pinto C (2009) Gender und Diversity in der Mediation. Spektrum der Mediation (3): 4–8
3. Cox T (1991) The multicultural organization. AMP 5(2): 34–47. DOI 10.5465/ame.1991.4274675
4. Gieselmann A, Krell G (2011) Diversity-Trainings: Verbesserung der Zusammenarbeit und Führung einer vielfältigen Belegschaft. In: Krell G, Ortlieb R, Sieben B (Hrsg) Chancengleichheit durch Personalpolitik, Band 38. Gabler, Wiesbaden: 199–218
5. Lambert J, Myers S (1994) 50 Activities for Diversity Training. HRD Press, Amherst
6. Verschraegen B (2017) Fallstricke interkultureller und interreligiöser Mediationen. Zeitschrift für Beratungs- & Managementwissenschaften 3: 31–42
7. Gläßer U (2008) Mediation und Beziehungsgewalt. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden

2.2.6 Mentoring

Ziel des Mentorings ist es, Strukturen innerhalb einer Rehabilitationseinrichtung und zwischen den Mitarbeitenden zu schaffen, die diversitätssensible Veränderungsprozesse durch den Austausch von Erfahrungen, Wissen, gegenseitigem Lernen und Reflektieren ermöglichen [1] (siehe im Instrumentenkatalog – detaillierte Tabelle Nr. 19). Das Mentoring besteht z. B. aus Gesprächen und Lerntagebüchern.

⁷ Mögliches Beispiel dazu vgl. Rabe C., Wode M. [2014] Basistechniken in der Mediation. In: Mediation. Springer, Berlin, Heidelberg

Fallbeispiel

Problem: Die Geschäftsleitung hat sich das Ziel gesetzt, aus dem Ausland angeworbene Mitarbeitende einzustellen. Viele langjährige Mitarbeitende sind irritiert und besorgt, dass die Bedürfnisse dieser neuen Mitarbeitenden über ihre eigenen gestellt werden könnten, da sie viel mehr Unterstützung bei der Einarbeitung und Integration benötigen könnten. Zudem kommt es zu Missverständnissen zwischen den alteingesessenen und neuen Mitarbeitenden aufgrund unterschiedlicher kultureller Herkunft, Arbeitsgewohnheiten und Berufserfahrungen.

Vorgehen: Die Einrichtung möchte nach einer Ist-Analyse eine Annäherung zwischen den neu anzuwerbenden und den langjährigen Mitarbeitenden erreichen und die Zusammenarbeit fördern. Das Ziel der Einrichtung ist es, in der Außen- und Innendarstellung langjährige Mitarbeitende zu halten und daneben neue Mitarbeitende aus dem Ausland anzuwerben. Die Klinikleitung hat sich neben anderen Maßnahmen u. a. für das Mentoring entschieden, um die Kompetenzen im Umgang zwischen den Mitarbeitenden zu fördern und somit auch den Versorgungsalltag zu verbessern.

Lösung: Zunächst wird ein Organisationsteam gebildet, welches Mentorinnen und Mentoren und Mentees identifiziert und die Supervision übernimmt. Organisationale Richtlinien und Strukturen werden geschaffen. Mitarbeitende, die den Wunsch geäußert haben, am Mentoring-Programm teilzunehmen sowie deren Vorgesetzte werden informiert und die Bereitschaft für die Nutzung des Mentoring-Programms wird untersucht. Zum Beispiel entscheidet sich eine junge Sozialarbeiterin aus dem Ausland, eine Mentorin zu kontaktieren. Diese ist Ärztin und gehört zu den langjährigen Mitarbeitenden. Mentorin und Mentee wollen sensibler im Umgang mit Kolleginnen und Kollegen mit unterschiedlichen Bedürfnissen werden. Vor dem ersten Treffen schreibt die Sozialarbeiterin ihre Wünsche und Erwartungen auf. Um diese Ziele zu erreichen, nutzen sie die SMART-Kriterien (s. Kap. 2.2.1). Zusätzlich vereinbaren beide bei ihrem ersten Treffen regelmäßige Sitzungen und die Dauer der Maßnahme. Im Verlauf ihrer gemeinsamen Zeit wird ihnen klar, dass beide Stereotype und Klischees im Kopf haben, die in Feedbackschleifen (regelmäßige Sitzungen) zwischen Mentorin und Mentee reflektiert werden. Nach einem Zeitraum von einem Jahr wird das Mentoring-Programm von der Geschäftsleitung bewertet. Es wird festgestellt, dass die Kommunikation und die Zusammenarbeit zwischen den Mitarbeitenden reibungsloser stattfindet, Klischees abgebaut werden und das gegenseitige Verständnis gefördert wird. Mentoring wird als fester Bestandteil in der Einrichtung verankert.

Ziel des Instruments

Mentoring kann eine nützliche Maßnahme sein, um in Rehabilitationseinrichtungen...

- diversitätssensible Maßnahmen oder Strukturen einzuführen
- neuen Mitarbeitenden den Einstieg in die Einrichtung zu erleichtern
- Potenziale der Mitarbeitenden in Weiterbildungsmaßnahmen zu fördern
- Talente und Karrieren zu unterstützen und Kompetenzen zu erweitern
- bestehende Mitarbeitenden-Teams weiterzuentwickeln

Mentoring ist im Vergleich zu anderen Maßnahmen eine kostengünstige Methode, ohne viele Kapazitäten und Ressourcen für externe Trainerinnen oder Trainer oder zeitliche Ressourcen zu verbrauchen. Mentoring ist nicht nur bestimmten Gruppen von Mitarbeitenden oder Führungskräften vorbehalten, da alle Personen von dem Instrument profitieren können.

Beschreibung des Instruments

Voraussetzungen für die Entwicklung von Mentoring-Strukturen
Bevor Mentoring-Strukturen eingerichtet werden, sollten u. a. diese Voraussetzungen erfüllt sein:

- Die Durchführung einer **Ist-Analyse** (Kap. 2.1.1), um die Bedürfnisse der Mitarbeitenden zu erfassen und die Ziele des Mentoring-Programms festzulegen, um z. B. zwischen Mitarbeitenden einen Austausch zu ermöglichen oder ihre Diversitätssensibilität zu fördern.
- Die **Ziele und der Nutzen** des Mentoring-Programms sollten für die Einrichtung benannt werden. Wenn Sie die Ziele festgelegt haben,

können Sie zur Qualitätssicherung des Programms Evaluationsmethoden bestimmen.

- Die Klinikleitung sowie die Mitarbeitenden erklären sich bereit, die Entwicklung von Mentoring-Strukturen zu unterstützen.
- Mitarbeitende verschiedener Bereiche der Einrichtung wollen die **Rolle der Mentorin oder des Mentors** übernehmen.
- Die Verantwortlichen für die **Einführung** von Mentoring-Strukturen sind auf der Ebene der Klinikleitung festgelegt, d. h. sie umfassen nicht nur das Gesundheitspersonal, Personal- oder Qualitätsmanagement.
- Das Organisationsteam sollte innerhalb der Einrichtung genügend Spielraum und Erfahrung besitzen, um die Mentoring-Teams zusammenbringen **und organisationale Richtlinien** für das Mentoring erstellen zu können. Es behält den Überblick über die formalen und organisationalen Grundlagen für die Mentoren-Mentees-Beziehungen.
- **Vorhandene Strukturen** der Einrichtung werden für das Mentoring-Programm genutzt.
- Über interne Newsletter, Mitarbeitenden-Pinnwände oder das Intranet kann für die Maßnahme geworben werden.
- **Mentoring-Strukturen** in die Organisationskultur und -strukturen von Rehabilitationseinrichtungen zu integrieren, funktioniert nur über einen langfristigen Zeitraum, z. B. 2-3 Jahre.
- Die Beziehung zwischen Mentorinnen/Mentoren und Mentees sollte mindestens ein Jahr andauern.
- Die Unterstützung der Klinikleitung und der Mitarbeitenden bei der Entscheidung und Entwicklung von Mentoring-Strukturen ist wichtig für eine **dauerhafte Einbindung** der Mentoring-Strukturen in die Einrichtungen.
- **Mentorinnen und Mentoren** sollten lernbereit sein und ihre Kompetenzen erweitern wollen, da sie sonst für ihre Rolle nicht geeignet sind.
- **Mentees** legen die Ziele ihres Mentoring-Programms fest, denn Mentoring ist individuell und richtet sich nach den jeweiligen Bedürfnissen der oder des Mentees.
- Mentoring funktioniert am besten über persönliche Gespräche zwischen Mentorinnen/Mentoren und Mentees.

Die Phasen eines Mentoring-Prozesses

1. Aufbau einer Beziehung

Mentorinnen und Mentoren

Mentorinnen und Mentoren innerhalb einer Einrichtung haben gegenüber ihren Mentees keine direkte Weisungsbefugnis. Das führt dazu, dass den Mentorinnen und Mentoren mit größerer Offenheit gegenübergetreten wird als gegenüber engen Kolleginnen und Kollegen oder Führungskräften. Mentorinnen und Mentoren können unterschiedliche Funktionen erfüllen, z. B.

- Vorbild sein
- Weitergabe von Erfahrungen und Wissen
- Vorbereitung und Begleitung der Mentee oder des Mentees bei einer bestimmten Aufgabe

Mentees

Vor dem ersten Gespräch setzt sich die oder der Mentee mit ihren oder seinen Wünschen hinsichtlich des Mentoring-Prozesses auseinander. Im Vordergrund steht für die oder den Mentee dabei das Erlernen von Soft-Skills und von Kompetenzen im Umgang mit unterschiedlichen Mitarbeitenden sowie Rehabilitandinnen und Rehabilitanden.

Zu einem ersten gemeinsamen Gespräch bringt der oder die Mentee daher eine Formulierung von individuellen Wünschen und Erwartungen mit (Tab. 7):

Tab. 7 Beispiele zur Formulierung von Wünschen und Erwartungen durch Mentees (eigene Darstellung nach [1], S.69)

Beispiele für die Wünsche und Erwartungen im Entwicklungsplan der Mentees

Erwartungen	Input durch die oder den Mentee	Input durch die Mentorin oder den Mentor
Aus Erfahrungen lernen	Wünscht sich, aus eigenen, aber auch Erfahrungen der Mentorin oder des Mentors zu lernen	Bietet sich als Partnerin oder Partner in einem Dialog an
Den Umgang mit verschiedenen Personen verbessern und Kompetenzen erlernen, z. B. hinsichtlich anderer Kulturen, Menschen mit Behinderung	Ist offen für Rückmeldung und Feedback	Gibt ehrliches und hilfreiches Feedback

- Die oder der Mentee entscheidet sich aus einer Auswahl zur Verfügung stehender Mentorinnen und Mentoren für eine Person und nimmt dann Kontakt mit ihr oder ihm auf.
- Eine dritte Person aus dem Organisationsteam fungiert immer als Beobachterin oder Beobachter und Ansprechperson für Mentorinnen/Mentoren und Mentees. Sie oder er kann den bzw. die Mentee auch bei der Formulierung der eigenen Wünsche unterstützen.
- Diskretion und respektvoller Umgang sind ein wichtiger Bestandteil des Mentoring-Prozesses, daher sollte im ersten Gespräch geklärt werden, wie mit vertraulichen Informationen umgegangen werden kann.
- Gespräche zwischen Mentorinnen/Mentoren und Mentees sollten mindestens einmal im Monat jeweils für ca. 2 Stunden stattfinden.
- Die Dauer der Mentoring-Beziehung sollte ebenfalls festgelegt werden, um eine Erreichung der Ziele zu gewährleisten.

- Vereinbarungen zur Diskretion, Häufigkeit der Treffen, den Zielen und den Rollen in der Mentoring-Beziehung sollten schriftlich festgehalten werden, um bereits zu Beginn Konflikte und Vertrauensbrüche zu vermeiden.

2. Zielsetzung

Die Mentees und die Mentorinnen und Mentoren sollten Lernziele für ihre gemeinsame Zeit festlegen. Insbesondere die oder der Mentee sollte sich dazu Gedanken machen. Für die Zielsetzung können z. B. die SMART-Kriterien (s. Kap. 2.1.2) verwendet werden, so kann auch zum Ende der Mentoring-Beziehung eine Evaluation anhand der festgelegten Ziele stattfinden kann. Für eine fruchtbare Mentor-Mentee-Beziehung ist es zudem wichtig, dass beide Beteiligten an einem gemeinsamen Ziel arbeiten möchten.

3. Fortschritte und intensive Lernphase

Wichtige Fragen für grundsätzliche Regeln zu Beginn einer Mentor-Mentee-Beziehung werden in der nachfolgenden Tab. 8 illustriert.

Tab. 8 Grundregeln einer Mentoren-Mentee-Beziehung (eigene Darstellung nach [1], S.49ff.)

Fragen zu Beginn einer Mentor-Mentee-Beziehung

1.	Wie oft wollen Sie sich treffen? In welchem Zeitraum?
2.	Wer kontaktiert wen?
3.	Wie viel Zeit wollen Sie sich für ein Treffen nehmen?
4.	Gibt es Regeln für die Nicht-Teilnahme oder Absage an einem Treffen?
5.	Wie viel Informationen sind Sie bereit, untereinander auszutauschen?
6.	Gibt es Geheimhaltungserklärungen oder können Dritte einbezogen werden?
7.	Wie trägt die oder der Mentee Verantwortung für ihren oder seinen eigenen Lernerfolg?
8.	Welche Erwartungen haben Mentee und Mentorin oder Mentor an die Beziehung?
9.	Kann die Mentor-Mentee-Beziehung abgesagt werden? Unter welchen Umständen?
10.	Wie oft gibt es die Möglichkeit zur Reflexion des Prozesses?

Zudem sollten grundsätzliche Regeln zwischen diesen Gruppen aufgestellt werden, um einen reibungslosen Mentoring-Prozess zu ermöglichen⁸.

- Zwischen der oder dem Mentee und ihrer oder seiner Vorgesetzten oder ihrem oder seinem Vorgesetzten
- Innerhalb der Organisation und der Ziele der Organisation

Reflektierendes Lernen – eine Methode im Mentoring-Prozess

Der Mentoring-Prozess ist dialogbasiert, d. h. persönliche Gespräche sind ein wichtiger Bestandteil der Mentoring-Beziehung. Aber auch das

8 Einige Ideen für Grundsatzleitlinien finden Sie bei Owen (2011).

Reflektieren eigener Erfahrungen, Gedanken oder Gefühle im Hinblick auf die Zielsetzung und -erreicherung durch die oder den Mentee gehört dazu. Reflexion ist wichtig, um sich individuell weiterzuentwickeln, indem verschiedene Erfahrungen kognitiv miteinander verknüpft sowie eigene Vorurteile geprüft werden. Durch Reflexion und die kognitive Weiterentwicklung kann i.d.R. ein Lernerfolg erzielt werden, der dazu führt, dass z. B. altes Verhalten für ein neues Verhalten weichen kann.

Damit die oder der Mentee den Lernprozess bzw. die Erreichung der Ziele reflektieren kann, ist ein **Lerntagebuch** sinnvoll. In diesem Tagebuch werden die Erfahrungen und Gefühle der Mentees aufgezeichnet und so der Lernprozess abgebildet.

Einige Fragen, die bei der Nutzung des Lerntagebuchs helfen können, sind [1]:

- Habe ich etwas Neues über mich selbst herausgefunden?
- Was weiß ich Neues, was ich vorher nicht wusste?
- Wie fühle ich mich?
- Wie können meine Erfahrungen meine Arbeit beeinflussen?

4. Ende des Mentoring-Prozesses

Das Mentoring kann beendet werden, wenn z. B. beide Beteiligte der Ansicht sind, dass es keinen oder nur noch einen geringen Lerneffekt gibt. Meistens handelt es sich dabei um das natürliche Ende eines Lernprozesses. Eine Evaluation des Mentoring-Prozesses kann über einen Vergleich der erreichten und gesetzten Ziele erfolgen.

Fallstricke und Lösungen

Die Effektivität des Mentoring-Prozesses kann durch verschiedene Schwierigkeiten gehemmt werden, wenn z. B. Grenzen, Ziele oder Strukturen nicht konkret genug festgelegt worden sind. Das bezieht sich v. a. auf die Organisations- und die zwischenmenschliche Ebene:

- Organisationsebene

Neue Mitarbeitende erhalten bei Ankunft im Unternehmen eine Mentorin oder einen Mentor. Das Ziel des Mentoring-Prozesses und die Ansprechpersonen sind jedoch unklar.

- Lösung: Die Organisation unterstützt Mentoring und legt das Ziel von Mentoring für die Einrichtung fest. Das Organisationsteam ist ein wichtiger Ansprechpartner für die Supervision des Mentoring-Prozesses und unterstützt die Mentorinnen und Mentoren und Mentees.

- Zwischenmenschliche Ebene

Mentees haben Schwierigkeiten, Termine mit ihrer Mentorin oder ihrem Mentor festzulegen, da ihre direkten Vorgesetzten zum einen das Mentoring-Verfahren ungeeignet finden und zum anderen über die Fortschritte und Inhalte der Gespräche informiert werden wollen.

- Dritte, wie Führungskräfte oder andere, sollten nicht in der Mentoring-Beziehung involviert sein, da das Organisationsteam eigenständige Beobachterinnen und Beobachter für die Supervision des Mentoring-Prozesses festgelegt hat.
- Schriftliche Absprachen, wie z. B. zur Diskretion, können schwierige Situationen verhindern und richtungsweisend sein.

Quelle

1. Owen H (2011) The complete guide to mentoring. How to design, implement and evaluate effective mentoring programmes. Kogan Page, London

3. Instrumentenkatalog

3.1 Konzept und Methodik des Instrumentenkatalogs

In diesem Kapitel werden die Ziele des Instrumentenkatalogs und das methodische Vorgehen bei der Entwicklung beschrieben. Zusätzlich erhalten Sie nützliche Hinweise, wie der Instrumentenkatalog angewendet werden kann.

Welche Ziele sollen erreicht werden und welchen Nutzen hat der Instrumentenkatalog für die Versorgung?

Das Ziel des Instrumentenkatalogs ist es, eine praxisorientierte Hilfestellung zu bieten und u. a. Gesundheitspersonal bei der Umsetzung einer diversitätssensiblen Versorgung in der Rehabilitationseinrichtung zu unterstützen. Der Instrumentenkatalog bietet eine Auswahl an Möglichkeiten, die an den verschiedenen Bedarfen des Gesundheitspersonals, der Rehabilitationseinrichtungen und der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ausgerichtet sind. Die Umsetzung einer diversitätssensiblen Versorgung kann sich positiv auf die Rehabilitationserfahrungen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, ihr Rehabilitationsergebnis und das Arbeitsklima des Gesundheitspersonals auswirken sowie zu einer allgemeinen Entlastung des Personals beitragen.

Wie wurde der Instrumentenkatalog zusammengestellt und worauf wurde bei der Recherche besonders geachtet? Nach welchen Kriterien wurden Instrumente ausgewählt?

Nach einer systematischen Recherche wurden identifizierte diversitätssensible Instrumente hinsichtlich ihrer Übertragbarkeit auf die rehabilitative Versorgung bewertet. Der Entwurf wurde zudem in Fokusgruppen und Diskussionszirkeln mit Rehabilitationseinrichtungen und -trägern diskutiert und überarbeitet (Details zum Vorgehen sind im **Anhang** verfügbar).

Wie ist der Instrumentenkatalog aufgebaut?

Zur schnelleren Orientierung ist der Instrumentenkatalog in zwei Teile aufgeteilt:

Auswahltabelle: Die Auswahltabelle ist dazu gedacht, sich einen ersten Überblick über die diversitätssensiblen Instrumente zu verschaffen und eine Vorauswahl von relevanten bzw. in Frage kommenden Instrumenten zusammenzustellen.

Detaillierte Tabelle: Die detaillierte Tabelle soll vertiefende Informationen zu den einzelnen diversitätssensiblen Instrumenten geben. Auf diese Weise können Einrichtungen ein für sie passendes Instrument oder bei Bedarf mehrere Instrumente auswählen. Außerdem können die Informationen die Planung des weiteren Vorgehens bei der Umsetzung der Instrumente ermöglichen.

Welche Arten von Instrumenten sind im Instrumentenkatalog dargestellt?
In der Abb. 4 werden dazu einige Beispiele aufgelistet.

Abb. 4 Beispiele für die Arten von Instrumenten im Instrumentenkatalog (eigene Darstellung)

Anleitungen	Fragebögen	Checklisten
Konzepte	Managementstrategien	Digitale Tools

Welche Ebenen decken die diversitätssensiblen Instrumente für die Versorgung ab?

- Instrumente auf Organisationsebene: Verankern die Berücksichtigung von Diversität in den Organisationsstrukturen und -prozessen innerhalb der Rehabilitationseinrichtungen
- Instrumente zum Umgang mit der Diversität von Mitarbeitenden: Berücksichtigen die Vielfalt der Mitarbeitenden in ihren unterschiedlichen Bedürfnissen und Erwartungen
- Instrumente zum Umgang mit der Diversität von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden: Berücksichtigen die Vielfalt der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in ihren unterschiedlichen Bedürfnissen und Erwartungen

3.2 Kurzanleitung zur Nutzung des Instrumentenkatalogs

Die Nutzung der Tabellen möchten wir gerne an einem Fallbeispiel illustrieren.

Fallbeispiel

Problem: Nach einer Ist-Analyse in einer Rehabilitationseinrichtung hat die Geschäftsleitung festgestellt, dass viele Rehabilitandinnen und Rehabilitanden Schwierigkeiten haben, das Gesundheitspersonal sowie zur Verfügung gestellte Informationen zu verstehen. Das wird nicht nur von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden geäußert, die geringe Deutschkenntnisse haben, sondern auch von deutschsprachigen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die kritisieren, dass die verwendete Sprache zu komplex und „medizinisch“ ist. Das Gesundheitspersonal weiß nicht, wie es mit der Unzufriedenheit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bezogen auf die Verständigungsprobleme umgehen kann. Langfristig möchte das Personal aber die allgemeine Situation für alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden verbessern.

Vorgehen: Das Qualitätsmanagement hat von der Geschäftsleitung die DiversityKAT-Handreichung mit dem Instrumentenkatalog und der praxisorientierten Handlungshilfe erhalten. Diese soll den Mitarbeitenden der Einrichtung dabei helfen, die Umsetzung einer diversitätssensiblen Versorgung zu erleichtern.

Lösung: Das Qualitätsmanagement sucht zuerst im Auswahlkatalog nach Maßnahmen, die Sprachbarrieren von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden fokussieren. Dabei achten sie insbesondere auf die Ziele der Instrumente im Auswahlkatalog sowie auf die Beschreibung. Bei der Umsetzung des Instruments wollen sie unterschiedliche Berufsgruppen, v. a. das Gesundheitspersonal sowie Sozialarbeitende, berücksichtigen. Außerdem gibt es Mitarbeitende, die sich für die Maßnahmen interessieren, denn sie weisen Sprachkenntnisse auf, die für den Rehabilitationsalltag genutzt werden können.

Nachdem einige Instrumente wie die Bereitstellung einer ‚Gleichsprachigen Betreuung durch Gesundheitspersonal‘ und ‚MiMi Reha – Mit Migranten für Migranten (Multiplikatoren)‘ in die engere Auswahl gekommen sind, informieren sich die Mitarbeitenden des Qualitätsmanagements in der ausführlichen Version des Instrumentenkatalogs über die Rahmenbedingungen des Instruments. Dort finden sie u. a. genauere

Informationen zu den Zielen, zum Vorgehen und zu den Möglichkeiten, wie das Instrument die Versorgung in der Einrichtung verbessern kann. Zudem schließen sie Instrumente für die weitere Betrachtung aus, die zwar andere kulturelle Aspekte oder einen Migrationshintergrund berücksichtigen, aber nicht explizit auf eine Verbesserung der sprachlichen Herausforderungen im Rehabilitationsalltag abzielen.

Nach der genaueren Betrachtung der Zielsetzung in den Inhalten der ausführlichen Tabelle haben sich die Mitarbeitenden entschieden, das Instrument zur ‚Gleichsprachigen Betreuung durch Gesundheitspersonal‘ zu verwenden, denn es berücksichtigt Sprachbarrieren bei diversen Gruppen von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden und stellt Dolmetscherinnen und Dolmetscher (intern oder extern), aber auch Gebärdendolmetscherinnen und Gebärdendolmetscher, als Lösung vor. Die Beschäftigten klären gemeinsam mit der Leitungsebene, wie sie das Instrument im Rehabilitationsalltag umsetzen können (eine genauere Beschreibung des Instruments finden Sie in Kap. 2.2.4).

Voraussetzung für die gezielte Nutzung des Instrumentenkatalogs ist, dass Sie zunächst die aktuellen Herausforderungen oder Handlungsfelder in Ihrer Einrichtung mithilfe einer Ist-Analyse (s. Kap. 2.1.1) bestimmt haben. Darauf aufbauend können Sie anhand der Auswahltablelle (S. 42 ff.) eine Vorauswahl an Instrumenten treffen, die für Ihre konkrete Situation bzw. die gewünschten Zielgruppen und Ebenen sinnvoll und zielführend erscheint.

Hinweis: Alle Instrumente, die wir im Instrumentenkatalog gelistet haben, sind auf die rehabilitative Versorgung und das deutsche Rehabilitationssystem sowie indikationsunabhängig übertragbar (s. Kap. 3.3).

Nutzung der Auswahltablelle

In der Auswahltablelle (S. 42 ff.) können Sie nach Instrumenten suchen, die in verschiedener Hinsicht Ihren Wünschen bestmöglich entsprechen:

- **Zweck, Ziel:** Was soll mit dem Instrument erreicht werden?
- **Diversitätsmerkmale:** Welche Aspekte von Diversität möchten Sie berücksichtigen?
- **Beteiligte Berufsgruppen:** Sollen innerhalb der Rehabilitationseinrichtung alle Berufsgruppen oder nur ausgewählte einbezogen werden?
- **Zielgruppe:** An wen ist die Maßnahme gerichtet, bzw. auf welcher Ebene sollen die Veränderungen stattfinden?
- Die **Bezeichnungen der einzelnen Instrumente** können zusätzlichen Aufschluss geben.
- Anhand der **Nummer und Bezeichnung in der Auswahltablelle sowie dem Seitenverweis zur detaillierten Tablelle** können Sie schnell die gewünschten Instrumente nachschlagen.

Um die Eignung des Instruments für die Herausforderungen der Rehabilitationseinrichtung zu prüfen, sind weiterführende Informationen notwendig. Diese weiterführenden Informationen können Sie in der detaillierten Tablelle (S. 42 ff.) des Instrumentenkatalogs finden.

Nutzung der detaillierten Tablelle

Mithilfe der detaillierten Tablelle können Sie sich einen tiefergehenden Einblick in die Instrumente verschaffen und so die Auswahl der für Ihre Einrichtung geeigneten Instrumente treffen. Dabei sollten Sie beachten, dass in vielen Fällen verschiedene Instrumente in Frage kommen können, die eventuell auch kombiniert genutzt werden können. Bitte achten Sie auch darauf, dass für die Umsetzung der Instrumente eventuell Kapazitäten und Ressourcen nötig sind, die sich je nach Instrument und den Gegebenheiten in der Einrichtung unterscheiden.

1. Anhand der **Nummer und Bezeichnung** aus der Auswahltablelle lassen sich die gewünschten Instrumente einfach nachschlagen.

2. In der Spalte **Beschreibung, Zielsetzung, theoretischer Rahmen** wird das jeweilige Instrument anhand der genauen Ziele und Inhalte (z. B. Arbeitsschritte) zusammenfassend beschrieben. Dies ermöglicht Ihnen die Entscheidung, ob das Instrument für Ihre Einrichtung geeignet sein kann bzw. ob die vorhandenen Informationen für eine Umsetzung in Ihrer Einrichtung ausreichen.
3. Ob das Instrument evaluiert ist, wird in der Spalte **Evaluation vorhanden** ersichtlich. Wenn das Instrument evaluiert ist, findet sich eine kurze Beschreibung dazu unter der Spalte **Beschreibung, Zielsetzung**.
4. Auch die **beteiligten Berufsgruppen** und Diversitätsmerkmale (**Fokus**) werden zur besseren Vergleichbarkeit angegeben.
5. Weitere Informationen zum Ursprung des Instruments sind über Länderabkürzungen in der Spalte **Land** zu erkennen.
6. In der Spalte **Quelle** sind Hinweise enthalten, wo Sie weitere vertiefende Informationen finden können. Dabei handelt es sich vorwiegend um Literaturangaben und Webseitenlinks.

Eine genauere Beschreibung ausgewählter Instrumente finden Sie mit Fallbeispielen ab Kapitel 2.2.

3.3 Diversitätssensible Instrumente für die Rehabilitation
 3.3.1 Instrumentenkatalog – Auswahltablelle

Nr.	Instrumente (Maßnahme)	Zweck, Ziel	Diversitätsmerkmale					Beteiligte Berufsgruppen										Zielgruppe			Evaluation vorhanden	Verweis detaillierte Tabelle
			Alter	Geschlecht	Migrationshintergrund, Kultur, Religion	Behinderung	Sexuelle Orientierung	Ärztinnen und Ärzte	Pflegekräfte	Therapierende	Sozialarbeitende	Verwaltung	Qualitätsmanagement	Personalmanagement	Fachkräfte Marketing	Leitungsebene	Externe Dienstleistende	Ausbildende	Organisation	Mitarbeitende		
Organisationsorientierte Instrumente																						
1.	Anleitung zum Anstoßen von Diversitätsmanagement	Diversitätsmanagement auf der Organisationsebene der Einrichtung einführen	•	•	•	•	•	-	-	-	-	•	-	-	-	-	-	•	-	-	-	S. 49
2.	Arbeitshilfe, Kundenorientierung zur interkulturellen Öffnung	Kundinnen und Kunden unabhängig von ihrer kulturellen Herkunft aktiv in den Dienstleistungsprozess einbeziehen (kundenorientierte Dienstleistung)	-	-	•	-	-	-	-	-	-	-	-	-	•	•	-	-	-	•	-	S. 49
3.	Arbeitshilfe, Qualitätsprozesse zur interkulturellen Öffnung	Einen Qualitätsprozess im Rahmen der interkulturellen Öffnung anstoßen	-	-	•	-	-	-	-	-	•	-	-	-	-	-	-	•	•	-	-	S. 49
4.	Arbeitshilfe Informationsveranstaltung für Mitarbeitende und (Betriebs-) Vereinbarung im Kontext interkultureller Öffnung	Alle Mitarbeitenden innerhalb einer Informationsveranstaltung über geplante Vorhaben der interkulturellen Öffnung und dessen Auswirkungen auf den Arbeitsalltag informieren	-	-	•	-	-	-	-	-	-	-	-	-	•	-	-	-	•	-	-	S. 50
5.	Arbeitshilfe zum Aufbau von Vernetzungsstrukturen im Kontext von interkultureller Öffnung	Vernetzungsstrukturen zur interkulturellen Öffnung aufbauen	-	-	•	-	-	•	•	•	•	•	•	•	-	-	-	•	•	-	-	S. 50
6.	Arbeitshilfe zur Angebotsstruktur zur interkulturellen Öffnung	Bestandsaufnahme der Angebotsstruktur zur interkulturellen Öffnung	-	-	•	-	-	-	-	-	•	-	-	-	-	-	-	•	•	•	-	S. 50
7.	Arbeitshilfe zur formellen Vernetzung und interkulturellen Öffnung	Voraussetzungen für eine interkulturell ausgerichtete Organisationsstruktur und Personalentwicklung aufzeigen, Anleitung zum Aufbau eines formellen Netzwerkes	-	-	•	-	-	-	-	-	-	-	-	•	•	-	-	•	•	-	-	S. 53
8.	Diversitätssensible Mediensprache	Diversitätssensible Mediensprache nutzen, um die Gestaltung der Außendarstellung zu verbessern	•	•	•	•	•	-	-	-	-	-	-	•	•	-	-	•	•	-	-	S. 53
9.	Diversitätsziele planen und umsetzen ‚Diversity Action Plans‘	Anhand eines tabellarischen Plans eine diversitätsorientierte Unternehmenskultur schaffen	•	•	•	•	•	-	-	-	-	-	-	•	-	-	-	•	•	-	-	S. 55
10.	Handlungsempfehlung zur Vielfalt in Unternehmen ‚Diversity Management‘	Planung und Aufbau einer Diversitätsmanagement-Strategie in Einrichtungen	•	•	•	•	•	-	-	-	-	-	-	•	-	-	-	•	-	-	-	S. 55
11.	Handlungsempfehlungen, um Diversitätsmanagement in und durch Verwaltungen anzustoßen	Diversitätsmanagement auf drei Ebenen des Verwaltungshandelns in Einrichtungen einführen (Personalstruktur, Auftragsvergabe, Bürgerkontakt)	•	•	•	•	•	-	-	-	•	-	-	•	-	-	-	•	•	-	-	S. 56
12.	Hannoversches Diversity-Netzwerk (HaDi)	Veranstaltungskonzept , um den Austausch zum Thema Diversitätsmanagement innerhalb eines Netzwerks zu fördern	•	•	•	•	•	-	-	-	-	-	-	•	•	-	-	•	•	-	-	S. 56
13.	Instrument zur Bewertung kultureller Kompetenz ‚Cultural Competency Assessment Tool for Hospitals‘	Bestandsaufnahme von Versorgungseinrichtungen und ihrer kulturellen Kompetenz , um den Versorgungsalltag zu verbessern	-	-	•	-	-	-	-	-	•	-	-	-	-	-	-	•	•	-	-	S. 58
14.	Konzept zur integrativen Diversitätskultur	Langfristig das Verständnis für Diversität in die Unternehmenskultur umsetzen und Integration jeglicher Art fördern	•	•	•	•	•	-	-	-	-	-	-	•	-	-	-	•	-	-	-	S. 58
15.	Online-Tool ‚Berliner Diversometer‘ für diversitätsbezogene Inhalte	Verwaltung niedrigschwellig an Vielfalt heranführen und für diversitätsbezogene Inhalte mithilfe eines Selbstlerntools sensibilisieren	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	-	-	-	•	•	-	-	S. 60

Nr.	Instrumente (Maßnahme)	Zweck, Ziel	Diversitätsmerkmale					Beteiligte Berufsgruppen										Zielgruppe			Evaluation vorhanden	Verweis detaillierte Tabelle
			Alter	Geschlecht	Migrationshintergrund, Kultur, Religion	Behinderung	Sexuelle Orientierung	Ärztinnen und Ärzte	Pflegekräfte	Therapierende	Sozialarbeitende	Verwaltung	Qualitätsmanagement	Personalmanagement	Fachkräfte Marketing	Leitungsebene	Externe Dienstleistende	Ausbildende	Organisation	Mitarbeitende		
Instrumente zum Umgang mit der Diversität von Mitarbeitenden																						
16.	Arbeitshilfe zur interkulturellen Öffnung im Personalmanagement	Das Personalmanagement für die Interkulturalität von Mitarbeitenden und Kunden sensibilisieren	-	-	•	-	-	-	-	-	-	-	•	-	-	-	-	-	•	•	-	S. 62
17.	Leitfaden ‚Diversity Management‘	Diversitätsmanagement in Verwaltungen aufbauen (Personalstruktur, lebensphasenorientierte Personalpolitik, Außendarstellung)	•	•	•	•	•	-	-	-	-	-	•	-	•	-	-	•	•	-	-	S. 62
18.	Mediation (s. Kap. 2.2.5 im Handlungsleitfaden)	Veränderungsprozesse konstruktiv anregen und Austausch zwischen unterschiedlichen Akteuren unterstützen und begleiten	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	-	•	•	•	•	-	S. 65
19.	Mentoring (s. Kap. 2.2.6 im Handlungsleitfaden)	Eine erfahrene Person (Mentorin oder Mentor) gibt ihr Wissen und ihre Fähigkeiten an eine noch unerfahrene Person (Mentee) zu deren persönlicher und beruflicher Entwicklung weiter	-	-	•	-	-	•	•	•	•	•	•	•	•	-	•	-	•	-	•	S. 65
20.	‚TWOgether‘ Tandem	Führungsqualitäten und interkulturelle Kompetenzen der Mitarbeitenden durch eine offene Kommunikationskultur weiterentwickeln	-	-	•	-	-	•	•	•	•	•	•	•	•	•	-	•	-	-	-	S. 67
Instrumente für Mitarbeitende zum Umgang mit der Diversität von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden																						
21.	Diversity-Training (s. Kap. 2.2.1 im Handlungsleitfaden)	Kompetenzen der Mitarbeitenden schulen und sie für Diversität sensibilisieren	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	-	•	•	-	•	-	-	S. 69
22.	Maßnahmen zur Förderung von Vielfalt und kultureller Kompetenz	Fähigkeiten und Kompetenzen des Gesundheitspersonals werden in einem Prozess zur Beseitigung von Barrieren in der Versorgung eingesetzt	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	-	•	•	•	•	-	S. 69
23.	Modul zur Vermittlung kultureller Vielfalt für Medizinstudierende	Kompetenzen zur Chancengleichheit und kulturellen Vielfalt sollen vermittelt werden	-	-	•	-	-	•	•	•	-	-	-	-	-	-	•	-	•	•	-	S. 70
24.	Schulungsprogramm Vielfalt und Gerechtigkeit in der klinischen Lehre und anderen Bildungskontexten im Gesundheitswesen	Förderung der Anwendung von Gerechtigkeitsprinzipien in der klinischen Lehre (hier Hebammenarbeit) und anderen Bildungskontexten im Gesundheitswesen	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	-	•	-	•	•	-	S. 70
25.	Bereitstellung einer gleichsprachigen Betreuung durch Gesundheitspersonal	Die Gesundheitsversorgung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit eingeschränkten (Sprach-) Kenntnissen verbessern	-	-	•	-	-	•	•	•	•	-	-	-	-	-	•	-	-	•	•	S. 72
26.	Bevölkerungsspezifisches, diversitätsorientiertes Kompetenztraining für Therapeutinnen und Therapeuten	Kompetenzen der Therapierenden verbessern, um sie für Diversitätsmerkmale in der klinischen Beurteilung, Diagnose und Behandlung bei Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Migrationshintergrund mit depressiven Störungen zu sensibilisieren	•	•	•	-	-	-	-	•	-	-	-	-	-	•	-	-	•	•	-	S. 75
27.	Checklisten ‚Migrationssensitive Versorgung‘	Individuelle Situationen und die daraus entstehenden Bedürfnisse der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden oder ihrer Angehörigen erfragen	-	-	•	-	-	•	•	•	-	-	-	-	-	•	•	-	-	-	•	S. 76
28.	Dienstleistungsangebot der professionellen Sprach- und Integrationsmittlung	Sprachliche Kommunikation von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit eingeschränkten Sprachkenntnissen verbessern	-	-	•	-	-	•	•	•	•	-	-	-	-	•	•	-	-	•	•	S. 76
29.	Diversitätssensibler Bedürfnisfragebogen für Rehabilitationseinrichtungen (DiBe-17) (s. Kap. 2.2.2 im Handlungsleitfaden)	Ein diversitätssensibler Bedürfniserfassungsfragebogen zur Verbesserung der Kommunikation zwischen den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden und dem Gesundheitspersonal	•	•	•	•	•	•	•	•	•	-	-	-	-	•	•	-	•	•	•	S. 78

Nr.	Instrumente (Maßnahme)	Zweck, Ziel	Diversitätsmerkmale					Beteiligte Berufsgruppen										Zielgruppe			Evaluation vorhanden	Verweis detaillierte Tabelle	
			Alter	Geschlecht	Migrationshintergrund, Kultur, Religion	Behinderung	Sexuelle Orientierung	Ärztinnen und Ärzte	Pflegekräfte	Therapierende	Sozialarbeitende	Verwaltung	Qualitätsmanagement	Personalmanagement	Fachkräfte Marketing	Leitungsebene	Externe Dienstleistende	Ausbildende	Organisation	Mitarbeitende			Rehabilitandinnen und Rehabilitanden
Instrumente für Mitarbeitende zum Umgang mit der Diversität von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden																							
30.	Instrument für kulturelles Bewusstsein ‚Cultural Awareness Tool (CAT)‘ (s. Kap. 2.2.3)	Ärztliches Fachpersonal erhält eine allgemeine Anleitung, wie sie Gruppen mit psychischen Erkrankungen kultursensibel behandeln können	-	-	●	-	-	●	●	●	-	-	-	-	-	-	●	-	-	●	●	S. 78	
31.	‚MiMi Reha‘ – Mit Migranten für Migranten (Multiplikatoren)	Die Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen wird bei Personen mit einem Migrationshintergrund verbessert	-	-	●	-	-	●	●	●	-	-	-	-	●	-	●	●	-	-	●	●	S. 80
32.	Schulungsprogramm zu kultureller Kompetenz	Die kulturelle Kompetenz von Pflegekräften dient der Verbesserung der Gesundheitsversorgung in Versorgungseinrichtungen (Akutkrankenhaus)	-	-	●	-	-	-	●	-	-	-	-	-	-	-	-	●	●	●	●	S. 80	
33.	Transkultureller Kernkurs für den Lehrplan von Krankenpflegern	Eine Grundlage für transkulturelle Pflege und Kompetenzen bei pflegerischem und medizinischem Personal schaffen	-	-	●	-	-	●	●	●	-	-	-	-	●	●	●	-	●	-	●	S. 82	
34.	Video als Brücke aus dem Projekt ‚Reha-Brücke‘ in der Schweiz	Interkulturellen Austausch fördern, um die gegenseitige Akzeptanz zu verbessern	-	-	●	-	-	●	●	●	-	-	-	-	-	-	●	-	-	●	●	S. 82	

3.3.2 Instrumentenkatalog – detaillierte Tabelle

Organisationsorientierte Instrumente							
Nr.	Instrument (Maßnahme)	Beschreibung, Zielsetzung, theoretischer Rahmen	Evaluation	Quelle	Land	Fokus	Beteiligte Berufsgruppe
1.	Anleitung zum Anstoßen von Diversitätsmanagement	<p><u>Ziel:</u> Diversitätsmanagement und zielgruppengerechte Maßnahmen auf der Organisations- und Verwaltungsebene der Einrichtung einführen</p> <p><u>Inhalte:</u> Schritte zur Einführung: 1. Eine zentrale, für Diversität zuständige Koordinierungsstelle wird eingerichtet, die zielgruppenübergreifende Maßnahmen anstoßen kann 2. Bestehende Kompetenzbereiche (wie z. B. von Gleichstellungsbeauftragten oder Beauftragten für Menschen mit Behinderungen) ausbauen 3. Eine mögliche andere Option ist es, eine zentrale Koordinierungsstelle einzurichten und gleichzeitig die Kompetenzbereiche der Mitarbeitenden auszubauen</p>	nein	ADS (2012) Diversity-Prozesse in und durch Verwaltungen anstoßen, von merkmalspezifischen zu zielgruppenübergreifenden Maßnahmen zur Herstellung von Chancengleichheit. Antidiskriminierungsstelle des Bundes, Berlin ⁹	D	Diversität	Leitungsebene, Verwaltung
2.	Arbeitshilfe ‚Kundenorientierung zur interkulturellen Öffnung‘	<p><u>Ziel:</u> Kundinnen und Kunden unabhängig von ihrer kulturellen Herkunft aktiv bei der Entwicklung von Maßnahmen und Angeboten einbeziehen (kundenorientierte Dienstleistung)</p> <p><u>Inhalte:</u> Schritte zur Kundenorientierung im Prozess der interkulturellen Öffnung: 4. Ist-Analyse (Fragen u. a. zu Kultur, Land, Herkunft, Grund der Migration) 5. Kundenorientierte Dienstleistungen und Angebote (Fragen u. a. zum Versorgungsangebot) 6. Zielgruppenorientierte Raumausstattung und Raumauswahl (z. B. Standort) 7. Interkulturelles Profil ist Teil des Erscheinungsbildes einer Einrichtung (z. B. Fragen zu Barrieren beim Aufsuchen dieser Einrichtung)</p>	nein	Deutscher Caritasverband e. V. (Hrsg.) (2006) Vielfalt bewegt Menschen. Interkulturelle Öffnung der Dienste und Einrichtungen der verbandlichen Caritas. Eine Handreichung, Freiburg ¹⁰	D	Kultur	Leitungsebene, Fachkräfte Marketing
3.	Arbeitshilfe ‚Qualitätsprozesse zur Interkulturellen Öffnung‘	<p><u>Ziel:</u> Qualitätssicherung und -management im Rahmen der interkulturellen Öffnung anstoßen, die alle Organisationsebenen betreffen</p> <p><u>Inhalte:</u> Phasen der interkulturellen Öffnung im Qualitätsprozess: 1. Verpflichtung des Managements 2. Organisatorische Maßnahmen 3. Formulierung der Qualitätspolitik und der Qualitätsziele 4. Einführungsplan 5. Angebote von Schulungen 6. Anreizsysteme 7. Erfolgskontrolle 8. Stetig fortschreitende Verbesserung</p>	nein	Deutscher Caritasverband e. V. (Hrsg.) (2006) Vielfalt bewegt Menschen. Interkulturelle Öffnung der Dienste und Einrichtungen der verbandlichen Caritas. Eine Handreichung, Freiburg ⁹	D	Kultur	Qualitätsmanagement

⁹ Verfügbar unter https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/Diversity_Mainstreaming/handreichung_diversity_mainstreaming_verwaltung_20120412.pdf [12.02.2023]

¹⁰ Verfügbar unter <https://www.caritas.de/cms/contents/caritasde/medien/dokumente/dcv-zentrale/migration/handreichungzurimple/vielfalt%20bewegt%20menschen%202006.pdf> [12.02.2023]

Organisationsorientierte Instrumente

Nr.	Instrument (Maßnahme)	Beschreibung, Zielsetzung, theoretischer Rahmen	Evaluation	Quelle	Land	Fokus	Beteiligte Berufsgruppe
4.	Arbeitshilfe Informationsveranstaltung für Mitarbeitende und (Betriebs-) Vereinbarung im Kontext interkultureller Öffnung	<p><u>Ziel:</u> Alle Mitarbeitenden innerhalb einer Informationsveranstaltung über das geplante Vorhaben der interkulturellen Öffnung der Einrichtung und dessen mögliche Auswirkungen auf den Arbeitsalltag informieren → Die Verantwortlichkeit liegt bei der Führungsebene</p> <p><u>Inhalte:</u> Tagesordnung der Informationsveranstaltung: - Information über den bisherigen Planungsstand - Austausch über die Folgen für die Einrichtung und die Mitarbeitenden in der Praxis - Festlegung weiterer Schritte und Umsetzung - Beschluss der weiteren Vorgehensweise in einer (Betriebs-) Vereinbarung zwischen der Leitung und den Mitarbeitenden</p> <p>Am Ende der Veranstaltung: - Beschluss einer (Betriebs-) Vereinbarung zwischen der Leitung und den Mitarbeitenden der Einrichtung - Dokumentation der Bereitschaft aller Beteiligten in der (Betriebs-) Vereinbarung, an den gemeinsamen Projektzielen mitzuarbeiten</p>	nein	Deutscher Caritasverband e. V. (Hrsg.) (2006) Vielfalt bewegt Menschen. Interkulturelle Öffnung der Dienste und Einrichtungen der verbandlichen Caritas. Eine Handreichung, Freiburg ¹¹	D	Kultur	Leitungsebene
5.	Arbeitshilfe zum Aufbau von Vernetzungsstrukturen im Kontext von interkultureller Öffnung	<p><u>Ziel:</u> Ist-Analyse und Aufbau von Vernetzungsstrukturen interkultureller Öffnung für Kunden und Mitarbeitende in Einrichtungen</p> <p><u>Inhalte:</u> Schritte zum Aufbau von Vernetzungsstrukturen: 1. Fachbereichs- und trägerübergreifende Vernetzung 2. Ressourcenbündelung 3. Vernetzung mit Organisationen von Menschen mit Migrationshintergrund 4. Projektarbeit 5. Gremien- und Vertretungsarbeit 6. Zusammenarbeit mit Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (Personen, die die interkulturellen Vernetzungsstrukturen empfehlen und vorstellen)</p>	nein	Deutscher Caritasverband e. V. (Hrsg.) (2006) Vielfalt bewegt Menschen. Interkulturelle Öffnung der Dienste und Einrichtungen der verbandlichen Caritas. Eine Handreichung, Freiburg ¹²	D	Kultur	Leitungsebene, Fachkräfte Marketing, alle Mitarbeitenden
6.	Arbeitshilfe zur ‚Angebotsstruktur zur interkulturellen Öffnung‘	<p><u>Ziel:</u> Ist-Analyse der Angebote und Maßnahmen in Einrichtungen in Bezug auf die interkulturelle Vielfalt der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden</p> <p><u>Inhalte:</u> Fragen zum Bestehen von interkultureller Öffnung in Angeboten der... - Einzelberatung und Gruppenangebote - Selbsthilfe - Kultursensiblen bzw. angemessenen Zugänge zu Dienstleistungen - Niedrigschwelligen Angebote - Aufsuchenden Beratung</p>	nein	Deutscher Caritasverband e. V. (Hrsg.) (2006) Vielfalt bewegt Menschen. Interkulturelle Öffnung der Dienste und Einrichtungen der verbandlichen Caritas. Eine Handreichung, Freiburg ¹¹	D	Kultur	Qualitätsmanagement

11 Verfügbar unter <https://www.caritas.de/cms/contents/caritasde/medien/dokumente/dcv-zentrale/migration/handreichungzurimple/vielfalt%20bewegt%20menschen%202006.pdf> [12.02.2023]

12 Verfügbar unter <https://www.caritas.de/cms/contents/caritasde/medien/dokumente/dcv-zentrale/migration/handreichungzurimple/vielfalt%20bewegt%20menschen%202006.pdf> [12.02.2023]

Organisationsorientierte Instrumente

Nr.	Instrument (Maßnahme)	Beschreibung, Zielsetzung, theoretischer Rahmen	Evaluation	Quelle	Land	Fokus	Beteiligte Berufsgruppe
7.	Arbeitshilfe zur formellen Vernetzung und interkulturellen Öffnung	<p><u>Ziel:</u> Voraussetzungen für eine interkulturell ausgerichtete Organisationsstruktur und Personalentwicklung aufzeigen, Anleitung zum Aufbau eines formellen Netzwerkes</p> <p><u>Inhalte:</u> Schritte zum Aufbau eines formellen Netzwerks: 1. Initiative 2. Abklärung und Verständigung 3. Ziel- und Leistungsbestimmung 4. Institutionalisierung 5. Anpassung und Suche nach neuen Netzwerkmitglieder, um auf neue Bedingungen und Bedarfe zu reagieren 6. Unterschiedliche Netzwerkelemente und -strukturen ermöglichen, z. B. Koordinierungsstelle, Beirat, Arbeitsgruppen</p>	nein	Deutscher Caritasverband e. V. (Hrsg.) (2006) Vielfalt bewegt Menschen. Interkulturelle Öffnung der Dienste und Einrichtungen der verbandlichen Caritas. Eine Handreichung, Freiburg ¹³	D	Kultur	Leitungsebene, Fachkräfte Marketing
8.	Diversitätssensible Mediensprache	<p><u>Ziel:</u> Eine diversitätssensible Mediensprache nutzen, um die gender- und diversitätssensible Gestaltung der Außendarstellung zu verbessern</p> <p><u>Inhalte:</u> Handlungsempfehlungen: - Unterrepräsentanzen quantitativ ausgleichen z. B. Anteil von Fotos mit vielfältiger Zusammensetzung abgebildeter Personen erhöhen - Unterrepräsentierte Gruppen berücksichtigen - Hierarchien meiden und nicht nur aktive, sondern auch passive Personen auf Bildern einbeziehen - „Raus aus der Klischeefalle“: Klischees und Stereotype vermeiden Klischees und Stereotype vermeiden - Vielfalt auf verschiedenen Ebenen berücksichtigen - Diversität in größeren Zusammenhängen herstellen - Vielfalt in Bildern nicht erzwingen, sondern auf Ausgewogenheit aller Aspekte achten</p>	nein	Goethe Universität Frankfurt am Main (o.J.) Handlungsempfehlungen für die Diversitätssensible Mediensprache ¹⁴	D	Diversität	Leitungsebene, Fachkräfte Marketing

13 Verfügbar unter <https://www.caritas.de/cms/contents/caritasde/medien/dokumente/dcv-zentrale/migration/handreichungzurimple/vielfalt%20bewegt%20menschen%202006.pdf> [12.02.2023]

14 Verfügbar unter https://www.uni-frankfurt.de/66760835/Diversitätssensible_Mediensprache.pdf [12.02.2023]

Organisationsorientierte Instrumente

Nr.	Instrument (Maßnahme)	Beschreibung, Zielsetzung, theoretischer Rahmen	Evaluation	Quelle	Land	Fokus	Beteiligte Berufsgruppe								
9.	Diversitätsziele planen und umsetzen ‚Diversity Action Plans‘	<p><u>Ziel:</u> Diversitätsorientierte Unternehmensprozesse und -kultur mithilfe einer strukturierten Tabelle schaffen</p> <p><u>Inhalte:</u> (exemplarische) Maßnahmen: Um Maßnahmen im Kontext von Diversität umzusetzen, sind diese Aspekte notwendig:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Strategien und Ziele (nach Relevanz geordnet) - Verantwortliche Personen (unterschiedliche Arbeitsgruppen) - Einführungsdatum und - Aktionsschritte festlegen <p>Beispiele für Maßnahmen:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Erfolgsstrategie</th> <th>Aktionsschritte</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Aktuell vorhandene Angebote identifizieren</td> <td>In die Wege geleitete und geplante Angebote identifizieren und listen</td> </tr> <tr> <td>Eine wirksame Integration von Diversität in der Organisationsstruktur und -kultur fördern</td> <td>Zusätzliche Mitarbeitende mit Aufgaben betrauen</td> </tr> <tr> <td>Eine interne oder externe Kollaboration entwickeln, um Diversität, multikulturelle Bildung und Forschung aufzubauen und zu erweitern</td> <td>Die Kollaboration der Strategie auf einer Veranstaltung, z. B. einem Symposium durch die Mitarbeitenden öffentlich darstellen</td> </tr> </tbody> </table>	Erfolgsstrategie	Aktionsschritte	Aktuell vorhandene Angebote identifizieren	In die Wege geleitete und geplante Angebote identifizieren und listen	Eine wirksame Integration von Diversität in der Organisationsstruktur und -kultur fördern	Zusätzliche Mitarbeitende mit Aufgaben betrauen	Eine interne oder externe Kollaboration entwickeln, um Diversität, multikulturelle Bildung und Forschung aufzubauen und zu erweitern	Die Kollaboration der Strategie auf einer Veranstaltung, z. B. einem Symposium durch die Mitarbeitenden öffentlich darstellen	nein	Peery A, Julian P, Avery J, Henry S (2013) Diversity must start somewhere: The experience of one college of nursing. Journal of Cultural Diversity 20 (3): 120–124	USA	Diversität	Leitungsebene
Erfolgsstrategie	Aktionsschritte														
Aktuell vorhandene Angebote identifizieren	In die Wege geleitete und geplante Angebote identifizieren und listen														
Eine wirksame Integration von Diversität in der Organisationsstruktur und -kultur fördern	Zusätzliche Mitarbeitende mit Aufgaben betrauen														
Eine interne oder externe Kollaboration entwickeln, um Diversität, multikulturelle Bildung und Forschung aufzubauen und zu erweitern	Die Kollaboration der Strategie auf einer Veranstaltung, z. B. einem Symposium durch die Mitarbeitenden öffentlich darstellen														
10.	Handlungsempfehlung zur Vielfalt in Unternehmen ‚Diversity Management‘	<p><u>Ziel:</u> Planung und Aufbau einer Diversitätsmanagement-Strategie in Einrichtungen durch das strategische Management</p> <p><u>Inhalte:</u> Handlungsempfehlungen für eine Diversitätsmanagement-Strategie in Unternehmen (Planung):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Selbstverpflichtung der Geschäftsführung für die Verankerung der Strategie im Unternehmen - Schlüsselrolle der Führungskräfte - Verantwortliche benennen - Personalmanagement auf Vielfalt ausrichten - Interne und externe Unternehmenskommunikation fördern - Erfolgskontrolle 	nein	Institut der deutschen Wirtschaft Köln e. V. (2016) Handlungsempfehlungen: Vielfalt im Unternehmen, Diversity Management ¹⁵	D	Diversität	Leitungsebene								

15 Verfügbar unter <https://www.kofa.de/personalarbeit/unternehmenskultur/diversity-management> [12.02.2023]

Organisationsorientierte Instrumente

Nr.	Instrument (Maßnahme)	Beschreibung, Zielsetzung, theoretischer Rahmen	Evaluation	Quelle	Land	Fokus	Beteiligte Berufsgruppe
11.	Handlungsempfehlungen, um Diversitätsmanagement in und durch Verwaltungen anzustoßen	<p><u>Ziel:</u> Diversitätsmanagement auf drei Ebenen des Verwaltungshandelns in Einrichtungen einführen (Personalstruktur, Auftragsvergabe, Bürgerkontakt)</p> <p><u>Inhalte:</u> Verwaltung als Arbeitgebende: Aufbauen einer möglichst vielfältigen Beschäftigtenstruktur, z. B. durch ... - gezielte Anwerbung von Auszubildenden mit Migrationshintergrund - Einstellen von Menschen mit Behinderungen - Einführen von Maßnahmen, die es Mitarbeitenden in Teilzeit ermöglichen, Führungsverantwortung zu übernehmen</p> <p>Verwaltung als Auftragsgebende und Vertragsbeteiligte: - Merkmale von Vielfalt (z. B. Kultur und Alter) in der Kooperation mit Dritten berücksichtigen und begünstigen - Chancengleichheit außerhalb der Verwaltung fördern, z. B. durch die Berücksichtigung der Kriterien des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes im Vergaberecht und -verfahren</p> <p>Verwaltung im Umgang mit Mitmenschen: - Bereits bei der Planung neuer Angebote wird berücksichtigt, wie die Zielgruppe angesprochen werden kann - Beachten, dass jede „Zielgruppe“ individuell und heterogen ist - Entscheidung treffen: Welche Beschäftigte oder welcher Beschäftigte wird für die Planung und Entwicklung diversitätssensibler Angebote eingesetzt? Die Diversitätsmerkmale der Beschäftigten sind nicht gleichzusetzen mit ihren Kompetenzen, mit Diversität umzugehen.</p>	nein	ADS (2012) Diversity-Prozesse in und durch Verwaltungen anstoßen, von merkmalspezifischen zu zielgruppenübergreifenden Maßnahmen zur Herstellung von Chancengleichheit. Antidiskriminierungsstelle des Bundes, Berlin	D	Diversität	Leitungsebene, Verwaltung
12.	Hannoversches Diversity-Netzwerk (HaDi)	<p><u>Ziel:</u> Veranstaltungskonzept erstellen, um den Austausch zum Thema Diversitätsmanagement innerhalb eines Netzwerks zu fördern</p> <p><u>Inhalte:</u> Theoretische und praktischen Module: - Wissen: Fachleute halten Impulsvorträge und gestalten interaktive Workshops über Diversitätsmanagement-Strategien und -Maßnahmen - Erfahrung: HaDi schafft Raum für Dialoge und ermöglicht den Austausch von bester Praxis auf Augenhöhe - Erlebnis: Die Veranstaltungen finden an unterschiedlichen Orten statt. Verschiedene Formate helfen zusätzlich, Vielfalt sichtbar zu machen und zu erleben - Transfer: Bei jedem Treffen werden erprobte Methoden vorgestellt, die in den eigenen Einrichtungen erfolgreich eingesetzt werden können</p>	nein	Hannoversches Diversity-Netzwerk (HaDi) Diversität in Wirtschaft, Politik und Verwaltung (2018). Hannoversches Diversity-Netzwerk (HaDi) ¹⁶	D	Diversität	Leitungsebene, Fachkräfte Marketing

16 Verfügbar unter <https://www.vhs-hannover.de/vhs-netzwerk/projekte-in-deutschland/hannoversches-diversity-netzwerk-hadi> [12.02.2023]

Organisationsorientierte Instrumente

Nr.	Instrument (Maßnahme)	Beschreibung, Zielsetzung, theoretischer Rahmen	Evaluation	Quelle	Land	Fokus	Beteiligte Berufsgruppe
13.	Instrument zur Bewertung kultureller Kompetenz 'Cultural Competency Assessment Tool for Hospitals'	<p><u>Ziel:</u> Versorgungseinrichtungen in Bezug auf kulturelle Kompetenz und Identifikation von Verbesserungen im Versorgungsalltag und ihre Umsetzung beurteilen (u. a. Dolmetscherdienste)</p> <p><u>Inhalte:</u> 12 Bestandteile: <ul style="list-style-type: none"> - Führung und strategische Planung - Datenerhebung über das Patientenklientel - Datenerhebung über den Leistungsbereich - Leistungsmanagementsysteme und Qualitätsverbesserung - Personalressourcenpraktiken - Diversitätsschulung - Gemeinschaftsrepräsentation - Verfügbarkeit von Dolmetscherdiensten - Richtlinien für Dolmetscherdienste - Qualität von Dolmetscherdiensten - Schriftliches Material übersetzen - Kulturelle Kompetenz im klinischen Alltag umsetzen </p>	nein	Weech-Maldonado R, Dreachslin JL, Brown J, Pradhan R, Rubin KL, Schiller C, Hays RD (2012) Cultural competency assessment tool for hospitals: Evaluating hospitals' adherence to the culturally and linguistically appropriate service (CLAS) standards. Health Care Management Review 37 (1): 54–66 ¹⁷	USA	Kultur	Qualitätsmanagement
14.	Konzept zur integrativen Diversitätskultur	<p><u>Ziel:</u> Langfristig das Verständnis für Diversität in der Unternehmenskultur umsetzen und Integration jeglicher Art fördern</p> <p><u>Inhalte:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Verständnis und Sensibilisierung aufbauen und Reflexion im Rahmen von Diversität fördern - Leitidee von Inklusion entwickeln - Organisationsstrukturen und -prozesse identifizieren und umdenken (z. B. Führung, partizipative Entscheidungsfindung und Work-Life-Balance) - Organisationsstrukturen und -prozesse anpassen (z. B. über ein integratives Personalmanagement) </p>	nein	Pless NM, Maak T (2004) Building an inclusive diversity culture: Principles, processes and practice. Journal of Business Ethics 54 (2): 129–147. DOI: 10.1007/s10551-004-9465-8.	CH	Diversität	Leitungsebene

Organisationsorientierte Instrumente

Nr.	Instrument (Maßnahme)	Beschreibung, Zielsetzung, theoretischer Rahmen	Evaluation	Quelle	Land	Fokus	Beteiligte Berufsgruppe
15.	Online-Tool ‚Berliner Diversometer‘ für diversitätsbezogene Inhalte	<p><u>Ziel:</u> Die Verwaltung niedrigschwellig an Vielfalt heranführen und für diversitätsbezogene Inhalte mithilfe eines Selbstlerntools sensibilisieren</p> <p><u>Inhalte:</u> Module des Tools: 1. Modul - Teilnehmende können persönliche Abfragen vornehmen und erhalten weiterführende Informationen sowie Vorschläge für konkrete Maßnahmen zur Umsetzung von Diversität - Ein Problembewusstsein in Bezug auf den eigenen Arbeitsplatz oder die eigene Führungssituation (Antworten dienen indirekt auch als Vorschläge) schaffen - Fragen zu Arbeitseinheiten (z. B. Abteilungen, Arbeitsgruppen usw.) und Teamkultur entwickeln</p> <p>2. Modul Der Umgang mit Mitmenschen wird thematisiert Beispielfragen: - Haben Sie den Bedarf der verschiedenen Gruppen analysiert? - Wird generell bei der Entwicklung von Dienstleistungen überprüft, wie sich diese Angebote auf die verschiedenen Bevölkerungsgruppen auswirken? (Mögliche Antworten auf die Fragen können indirekte Handlungsoptionen sein, um Vielfalt zu fördern)</p>	nein	Ünsal E. (2012) Ein gutes Beispiel – das Berliner Diversometer. In: Diversity-Prozesse in und durch Verwaltungen anstoßen, von merkmalspezifischen zu zielgruppenübergreifenden Maßnahmen zur Herstellung von Chancengleichheit. Antidiskriminierungsstelle des Bundes, Berlin ¹⁸	D	Diversität	Alle Mitarbeitenden

¹⁸ Verfügbar unter https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/Diversity_Mainstreaming/handreichung_diversity_mainstreaming_verwaltung_20120412.pdf [12.02.2023]

Instrumente zum Umgang mit der Diversität von Mitarbeitenden

Nr.	Instrument (Maßnahme)	Beschreibung, Zielsetzung	Evaluation	Quelle	Land	Fokus	Beteiligte Berufsgruppen
16.	Arbeitshilfe zur interkulturellen Öffnung im Personalmanagement	<p><u>Ziel:</u> Personalmanagement für die Interkulturalität von Mitarbeitenden und Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sensibilisieren</p> <p><u>Inhalte:</u> Schritte zur interkulturellen Öffnung (Personalmanagement):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ist-Analyse <ul style="list-style-type: none"> - Gespräche mit Mitarbeitenden über ihre Erfahrungen im Umgang mit Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Migrationshintergrund führen - Personalbestand überprüfen - Ziele für Personalentwicklung festlegen 2. Einstellungspraxis <ul style="list-style-type: none"> - Eigene Auswahlpraxis überprüfen 3. Fort- und Weiterbildungspraxis <ul style="list-style-type: none"> - Interkulturelle Kompetenz der Mitarbeitenden fördern - Interkulturelle Orientierung in der Einrichtung fördern 4. Interkulturelle Teamentwicklung <ul style="list-style-type: none"> - Multikulturelle Teams fördern - Gegenseitige Anerkennung - Reflexionsfähigkeit fördern 5. Personalführung <ul style="list-style-type: none"> - Gesamtpersonal sensibilisieren - Personalpolitik - Personalentwicklung - Menschen mit Migrationshintergrund fördern, damit sie Zugang zu Führungspositionen erhalten 	ja	Deutscher Caritasverband e. V. (Hrsg.) (2006) Vielfalt bewegt Menschen. Interkulturelle Öffnung der Dienste und Einrichtungen der verbandlichen Caritas. Eine Handreichung, Freiburg ¹⁹	D	Kultur	Personalmanagement
17.	Der Leitfaden ‚Diversity Management‘	<p><u>Ziel:</u> Diversitätsmanagement in Verwaltungen aufbauen (Personalstruktur, lebensphasenorientierte Personalpolitik, Außendarstellung)</p> <p><u>Inhalte:</u> Maßnahmen aus dem Leitfaden (exemplarisch):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diversitätsmanagement wirkt in allen relevanten Prozessen der Personalarbeit (Rekrutierung, Personalentwicklung, Führung etc.) - Kulturelle Vielfalt fördern: Training zur Sensibilisierung von Führungskräften - Menschen mit Migrationshintergrund werden in Stellenanzeigen und Marketingmaterialien gezielt angesprochen <p>Lebensphasenorientierte Personalpolitik, d. h. Angebote werden auf die jeweiligen Bedürfnisse der Beschäftigten in unterschiedlichen Lebensphasen ausgerichtet (z. B. jüngere oder ältere Beschäftigte)</p>	nein	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2012), Leitfaden Diversity Management. ²⁰	D	Diversität	Leitungsebene, Personalmanagement

19 Verfügbar unter <https://www.caritas.de/cms/contents/caritasde/medien/dokumente/dcv-zentrale/migration/handreichungzurimple/vielfalt%20bewegt%20menschen%202006.pdf> [12.02.2023]

20 Verfügbar unter https://www.arbeitsagentur.de/datei/diversity-management_ba016768.pdf [12.02.2023]

Instrumente zum Umgang mit der Diversität von Mitarbeitenden

Nr.	Instrument (Maßnahme)	Beschreibung, Zielsetzung	Evaluation	Quelle	Land	Fokus	Beteiligte Berufsgruppen
18.	Mediation (s. Kap. 2.2.5 im Handlungsleitfaden)	<p><u>Ziel:</u> Veränderungsprozesse konstruktiv anregen und Austausch zwischen unterschiedlichen Akteurinnen und Akteuren unterstützen und begleiten</p> <p><u>Inhalte:</u> Rahmenbedingungen: - Kompetenzen der Mediatorinnen und Mediatoren - Setting - Sitzordnung - Kleidung - Sprachgebrauch</p> <p>Mediationsverfahren: je nach Situation und Phase verschiedene Bausteine und Methoden, z. B.: - Empowerment (Befähigung) - Reflexionsgespräche im Team - Systemische Fragetechniken - Verständnisfragen bzgl. der Relevanz möglicher sozial- und kulturbedingter Werte - Shuttle-Mediation bzw. Einzelgespräche (bei Bedarf)</p> <p>Phasen der Mediation: 1. Vorbereitung 2. Auftragsklärung und Eröffnung 3. Mediationsverfahren sorgfältig erläutern 4. Themensammlung Gender- und Diversitäts-Themen (Querschnittsthemen) 5. Interessenklärung bei der Herausarbeitung der Bedürfnisse 6. Lösungsoptionen 7. Abschlussvereinbarung</p>	nein	Becker N, Pinto C (2010) Gender und Diversity im Mediationskontext. Spektrum der Mediation 39: 2–8	D	Diversität	Alle Mitarbeitenden
19.	Mentoring (s. Kap. 2.2.6 im Handlungsleitfaden)	<p><u>Ziel:</u> Eine erfahrene Person (Mentorin oder Mentor) gibt ihr Wissen und ihre Fähigkeiten an eine noch unerfahrene Person (Mentee) zu deren persönlicher und beruflicher Entwicklung weiter</p> <p><u>Inhalte:</u> Planung für Mentoring-Partnerschaften über einen Zeitraum von sechs Monaten: - Genauer Ablauf, die Anzahl der Zusammenkünfte, die Form der Kommunikation und der Unterstützungsleistungen individuell vereinbaren - Informelle und implizite Regeln der Organisation vermitteln - In bestehende Netzwerke einführen - Praktische Tipps für das Erreichen beruflicher Ziele weitergeben - Langfristig firmeninterne Karrieren fördern - Mentees an die jeweilige Unternehmung binden</p> <p>Mögliches Vorgehen: - Internes Mentoring (aus gleichen Unternehmen) - Cross Mentoring (aus unterschiedlichen Organisationen)</p>	nein	<p>Dippel A (2007) Diversity Management Good Practice – Maßnahmen in der Wirtschaft. Idm-diversity. idm-Infothek: 1–9²¹</p> <p>Müller A, Schreiber N, Greven S, Vomberg E (2016) Frauen in Führungspositionen im Gesundheits- und Sozialwesen. Opladen: Berlin</p> <p>Wladasch K, Liegl B (2009) Positive Maßnahmen. Ein Handbuch zur praxistauglichen Umsetzung von Maßnahmen zur Bekämpfung von strukturellen Diskriminierungen und zur Herstellung von mehr Chancengleichheit. Ludwig Boltzmann Institut für Menschenrechte, Wien</p>	D, A	Diversität	Alle beteiligten Berufsgruppen, außer externe Dienstleistende

21 Verfügbar unter http://www.idm-diversity.org/files/infothek_vdippel_massnahmen.pdf [12.02.2023]

Instrumente zum Umgang mit der Diversität von Mitarbeitenden

Nr.	Instrument (Maßnahme)	Beschreibung, Zielsetzung	Evaluation	Quelle	Land	Fokus	Beteiligte Berufsgruppen
20.	„TWOgether“ Tandem	<p><u>Ziel:</u> Führungsqualitäten weiterentwickeln und interkulturelle Kompetenzen der Mitarbeitenden durch offene Kommunikationskultur fördern</p> <p><u>Inhalte:</u> Vorgehen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eine Mitarbeitende oder ein Mitarbeitender mit Migrationshintergrund und eine Mitarbeitende oder ein Mitarbeitender ohne Migrationshintergrund stellen ein Tandem dar - In den Tandems: Beziehungsfähigkeit und Fähigkeit mit mehrdeutigen Situationen im interkulturellen Kontext umzugehen, fördern - Gruppe der Tandempartnerinnen und -partner nimmt an verschiedenen Workshops zu Themen wie interkulturelle Kompetenz oder Genderthematik teil - Einzelne Tandems erarbeiten jeweils verschiedene Aufgaben und tauschen sich gegenseitig über ihre Erfahrungen und Kulturen aus - Pro Durchlauf gibt es ein städterelevantes Thema <p><u>Ergebnis:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Tandempartnerinnen und -partner haben interkulturelle Kompetenzen entwickelt und persönliche Beziehungen aufgebaut - Positive Ergebnisse zeigen sich in den interkulturellen Servicesituationen: Selbstsicherheit im Beruf und im Umgang mit Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, Verbesserung der beruflichen Fähigkeiten, bessere Orientierung innerhalb des Unternehmens, Steigerung des Selbstvertrauens und erhöhte Gelassenheit <p>(Keine weiteren Angaben zur Evaluation und zum Evaluationsdesign)</p>	ja	Stadt Osnabrück (2017) TWOgether Tandemprojekt ²²	D	Migration	Alle beteiligten Berufsgruppen

22 Verfügbar unter <https://www.charta-der-vielfalt.de/erfolgsgeschichten/zeige/twogether/> [12.02.2023]

Instrumente für Mitarbeitende zum Umgang mit der Diversität von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden

Nr.	Instrument (Maßnahme)	Beschreibung, Zielsetzung	Evaluation	Quelle	Land	Fokus	Beteiligte Berufsgruppen
21.	Diversity-Training (s. Kap. 2.2.1 im Handlungsleitfaden)	<p><u>Ziel:</u> Kompetenzen von Mitarbeitenden schulen und sie stärker für Diversität sensibilisieren, Diskriminierung vermeiden und Selbstreflexion bei diversitätsbezogenen Konflikten fördern</p> <p><u>Inhalte:</u> Merkmalspezifische Trainingseinheiten: Zu spezifischen Kriterien, wie z. B. Geschlecht, Herkunft oder sexuelle Orientierung sowohl mit Schwerpunkt auf Anti-Diskriminierung als auch darüberhinausgehend, bezogen auf deren ökonomische Wichtigkeit für Unternehmen bzw. Einrichtungen</p> <p>Merkmalsübergreifende Trainingseinheiten: Beziehen sich z. B. auf folgende Phänomene: - Auswirkungen des Status als Minderheit oder als Minderheit kategorisierte Person - Kategorisierungen, Stereotypisierungen, Vorurteile und deren Effekte - Kombination aus beiden Ansätzen möglich</p> <p>Awareness-Training: Bewusstsein für Vielfalt schaffen und mögliche daraus resultierende Benachteiligungen aufzeigen</p> <p>Skill-Building-Trainings: - Erwerb konkreter Fähigkeiten, die für die Zusammenarbeit und Führung einer vielfältigen Belegschaft oder im Kontakt mit einer anderen Kultur erforderlich sind - Eine Kombination von beiden Trainingsvarianten ist möglich</p> <p>Unterschiedliche Trainingsmethoden können zum Einsatz kommen: - Passive Methoden: z. B. Vorträge, Video - Aktive Methoden: Übungen zur Selbstreflexion, "Being Different", "Life Values", Theater etc.</p>	nein	<p>Dippel A (2007) Diversity Management Good Practice – Maßnahmen in der Wirtschaft. idmdiversity. idm-Infothek: 1–9²³</p> <p>Gieselmann A, Krell G (2008) Diversity-Trainings – Verbesserung der Zusammenarbeit und Führung einer vielfältigen Belegschaft. In Krell G, Ortlieb R, Sieben (Hrsg.) Chancengleichheit durch Personalpolitik. 5. Aufl. Gabler, Wiesbaden: 331–350. DOI: 10.1007./978-3-8349-6838-8_20</p> <p>Clements P, Jones J (2008) The diversity training handbook: A practical guide to understanding & changing attitudes. Kogan Page, London</p>	D, USA	Diversität	Alle beteiligten Berufsgruppen außer der Leitungsebene
22.	Maßnahmen zur Förderung von Vielfalt und kultureller Kompetenz	<p><u>Ziel:</u> Fähigkeiten und Kompetenzen von pflegerischem und medizinischem Personal einbeziehen, um die Organisationsentwicklung voranzutreiben. Dabei werden Barrieren in der psychiatrischen Versorgung abgebaut.</p> <p><u>Inhalte:</u> Maßnahmen zur Förderung von Vielfalt und kultureller Kompetenz in der psychiatrischen Versorgung: - Mindestens eine Präsentation auf einer jährlichen Konferenz, die sich auf Vielfalt oder kulturelle Kompetenz und ihre Auswirkungen auf den Zugang zur psychiatrischen Versorgung von Einzelpersonen, Familien oder Gruppen konzentriert - Jährliche Ehrung einer Person oder Organisation, die kulturell kompetente klinische Praxis, Forschung, Politik und Politik demonstriert - Liste von Mitarbeitenden entwickeln, die bereit sind, sich als Mentorinnen und Mentoren zu engagieren</p>	nein	Yearwood EL, Hines-Martin V, Dato C, Malone M (2006) Creating an Organizational Diversity Vision: Goals, Outcomes, and Future Directions of the International Society of Psychiatric Nurses. Archives of Psychiatric Nursing 20 (3): 152–156	USA	Diversität, Kultur	Alle beteiligten Berufsgruppen, außer externe Dienstleistende

23 Verfügbar unter https://www.idm-diversity.org/files/infothek_vdippel_massnahmen.pdf [12.02.2023]

Instrumente für Mitarbeitende zum Umgang mit der Diversität von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden

Nr.	Instrument (Maßnahme)	Beschreibung, Zielsetzung	Evaluation	Quelle	Land	Fokus	Beteiligte Berufsgruppen
23.	Modul zur Vermittlung kultureller Vielfalt für Medizinstudierende	<p><u>Ziel:</u> Kompetenzen zur Chancengleichheit und kulturellen Vielfalt an neue Mitarbeitende vermitteln</p> <p><u>Inhalte:</u> Lernziele (die im Rahmen von 6 Aufgaben erlangt werden): - Diskriminierung vermeiden und verhindern - Verschiedene Kulturen kennenlernen - Sensibilisierung - Umgang mit kulturbedingten Herausforderungen</p> <p><u>Evaluation:</u> 181 Teilnehmende (Studierende) füllten einen Fragebogen in zwei Phasen aus: 1. Vor der Etablierung der Komponente zur kulturellen Vielfalt 2. Nach den Sitzungen zur kulturellen Vielfalt Die deskriptive Analyse erfolgte mit n=140.</p> <p>Ergebnis: Statistisch signifikante Ergebnisse, die darauf hindeuten, dass der Unterricht es ermöglichte, die Ziele des Moduls erfolgreich zu erreichen</p>	nein	Dogra N (2001) The development and evaluation of a program to teach cultural diversity to medical undergraduate students. Medical Education 35 (3): 232–241	GB	Kultur	Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte, Therapierende
24.	Schulungsprogramm Vielfalt und Gerechtigkeit in der klinischen Lehre und anderen Bildungskontexten im Gesundheitswesen	<p><u>Ziel:</u> Gerechtigkeitsprinzipien in der klinischen Lehre anwenden (hier Hebammenarbeit) und in anderen Bildungskontexten im Gesundheitswesen fördern</p> <p><u>Inhalte:</u> Workshops: - Grundprinzipien der sozialen und gesundheitlichen Gerechtigkeit in einer didaktischen Sitzung vorstellen - Verschiedene ethische und moralische Herausforderungen, die in Szenarien der klinischen Ausbildung vorgestellt wurden in kleinen Gruppen reflektieren - Beispiele für Diskriminierung auf verschiedenen Diversitätsebenen aufzeigen</p>	nein	Wilson-Mitchell K, Handa M (2016) Infusing Diversity and Equity Into Clinical Teaching: Training the Trainers. Journal of Midwifery & Women's Health 61 (6): 726–736	USA	Diversität	Alle beteiligten Berufsgruppen, außer externe Dienstleistende

Instrumente für Mitarbeitende zum Umgang mit der Diversität von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden

Nr.	Instrument (Maßnahme)	Beschreibung, Zielsetzung	Evaluation	Quelle	Land	Fokus	Beteiligte Berufsgruppen
25.	Bereitstellung einer gleichsprachigen Betreuung durch Gesundheitspersonal	<p><u>Ziel:</u> Gesundheitsversorgung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit eingeschränkten (Sprach-) Kenntnissen verbessern und ein Verzeichnis zweisprachiger Pflegekräfte und anderer Mitarbeitender, die kompetent und bereit sind, ihre Sprachkenntnisse im klinischen Bereich einzusetzen, entwickeln und aufbewahren.</p> <p><u>Inhalte:</u> Welche Faktoren sollten bei der Wahl der Pflegekräfte für eine gleichsprachige Betreuung berücksichtigt werden? <ul style="list-style-type: none"> - Individuelle Faktoren - Vertrauen, Erfahrung als Pflegefachkraft, Erfahrung im Arbeitsumfeld und eine gute Beziehung zu Kolleginnen und Kollegen, - Rehabilitandinnen und Rehabilitanden und Mitarbeitenden Die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten und die Einstellungen der Mitarbeitenden - Organisationsbezogene Faktoren Organisationskultur und Organisationsrichtlinien </p> <p><u>Evaluation:</u> 59 zweisprachige Pflegekräfte, die in britischen Akutkrankenhäusern tätig waren, nahmen an 26 ausführlichen Einzelinterviews und drei Fokusgruppensitzungen unter Verwendung eines halbstrukturierten Interviewleitfadens teil.</p> <p>Untersucht wurden: <ul style="list-style-type: none"> - Die Perspektive zweisprachiger Pflegekräfte hinsichtlich der Bereitstellung einer gleichsprachigen Betreuung für Patientinnen und Patienten mit eingeschränkten Englischkenntnissen - Die Auswirkungen auf Patientinnen und Patienten und Pflegekräfte - Einflussfaktoren der Bereitstellung einer gleichsprachigen Versorgung für Patientinnen und Patienten </p> <p><u>Ergebnis:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Verbesserung des Wohlbefindens, der Zufriedenheit und der Erfahrung bei den Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit Gesundheitsversorgung - Erfordert Richtlinien für den richtigen Umgang in der gleichsprachigen Pflege in Bezug auf Verantwortung, Kompetenzen und Arbeitsaufwand sowie Professionalität </p>	ja	Ali PA, Johnson S (2017) Speaking my patient's language: bilingual nurses' perspective about provision of language concordant care to patients with limited English proficiency. Journal of Advanced Nursing 73 (2): 421-432. DOI: 10.1111/jan.13143	GB	Migration	Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte, Therapierende, Sozialarbeitende

Instrumente für Mitarbeitende zum Umgang mit der Diversität von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden

Nr.	Instrument (Maßnahme)	Beschreibung, Zielsetzung	Evaluation	Quelle	Land	Fokus	Beteiligte Berufsgruppen
26.	Bevölkerungsspezifisches, diversitätsorientiertes Kompetenztraining für Therapeutinnen und Therapeuten	<p><u>Ziel:</u> Kompetenzen der Therapierenden verbessern, um sie für Diversitätsmerkmale (Migrationshintergrund, Alter und Geschlecht) in der klinischen Beurteilung, Diagnose und Behandlung bei einer türkischen und marokkanisch-niederländischen Patientengruppe mit depressiven Störungen zu sensibilisieren</p> <p><u>Inhalte:</u> Theoriebasis: - Intersektionalität (Schnittmenge) in Kombination mit aktuellen Modellen der psychiatrischen Versorgung zur ethnokulturellen und diversitätsbezogenen Kompetenz - Aktuelle Forschung und Best Practices in der klinischen Arbeit mit der Zielgruppe</p> <p>Trainingsinhalte: - Modelle kultureller Kompetenzen und Rahmenbedingungen wurden in das Training integriert, um die Auswirkungen zu untersuchen, die Migration und Leben in einer fremden Umgebung bei Personen mit Depressionen haben kann - Vier Module wurden durchgeführt von Professorinnen und Professoren und anderen Fachleuten: Je vier Stunden zu wissenschaftlich belegten (bevölkerungsbezogen) Ergebnissen aus Forschung, aktueller Literatur, vielfältige praktische Aufgaben (z. B. Rollenspiele), Theorie-Vorlesungen</p> <p><u>Evaluation:</u> Je 20 Therapeutinnen und Therapeuten wurden zu einem Training oder der Kontrollgruppe zugeordnet (kein Training)</p> <p>Design: Selbstberichtete Diversitätskompetenz, Wissenstests und Zufriedenheitserhebungen der Therapierenden zu Beginn, nach dem Training und nach drei Monaten</p> <p><u>Ergebnis:</u> - Bewusstsein und Wissen der selbstberichteten diversitätsbezogenen Kompetenz nahmen durch das Training zu - Keine Änderungen bei den selbstberichteten Fähigkeiten der Therapierenden - Therapierende äußerten mittelhohe Zufriedenheit mit dem Training und erkannten die Relevanz der Kompetenzen im Umgang mit Diversität für ihre tägliche Praxis an</p>	ja	Sempértegui GA, Knipscheer JW, Bekker MHJ (2018) Development and evaluation of diversity-oriented competence training for the treatment of depressive disorders. Transcultural Psychiatry 55 (1): 31–54. DOI: 10.1177/1363461517725224	NL	Diversität, Migrationshintergrund	Therapierende, externe Dienstleistende

Instrumente für Mitarbeitende zum Umgang mit der Diversität von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden

Nr.	Instrument (Maßnahme)	Beschreibung, Zielsetzung	Evaluation	Quelle	Land	Fokus	Beteiligte Berufsgruppen
27.	Checklisten 'Migrationssensitive Versorgung'	<p><u>Ziel:</u> Individuelle Situationen und die daraus entstehenden Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten oder ihrer Angehörigen erfragen</p> <p><u>Inhalte:</u> Fragenkomplexe zu diesen Themen: - Symptome und Beschwerden - Entscheidungsfindung - Unterstützung der Angehörigen</p> <p><u>Evaluation:</u> Die Checklisten wurden in der deutschsprachigen Schweiz von Gesundheits- und Sozialfachpersonen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich der ambulanten und stationären Palliativpflege nach Rückmeldungen entsprechend überarbeitet</p> <p><u>Ergebnis:</u> Rückmeldungen waren positiv: Die Checklisten wurden vom Gesundheitspersonal als gutes, ergänzendes Instrument für die berufliche Praxis beurteilt (Nähere Details zum Evaluationsdesign sind nicht verfügbar)</p>	ja	Bundesamt für Gesundheit (2015) Migrationssensitive Checkliste in der Palliative Care. Fragen an die Angehörigen. Bundesamt für Gesundheit, Kőniz ²⁴	CH	Migration	Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte, Therapierende, externe Dienstleistende, Auszubildende
28.	Dienstleistungsangebot der professionellen Sprach- und Integrationsmittlung	<p><u>Ziel:</u> Verbesserung der sprachlichen Kommunikation von Patientinnen und Patienten mit eingeschränkten Sprachkenntnissen</p> <p><u>Inhalte:</u> Einsatz von Sprach- und Integrationsmittlerinnen und -mittlern (kurz: SprInt) - Meist Personen mit eigenem Migrationshintergrund - Professionell ausgebildet - Im Rahmen einer einheitlichen Zertifizierung tätig - Übersetzen das Gesagte nicht nur wortwörtlich, sondern vermitteln auch soziokulturell</p> <p><u>Evaluation:</u> (Nähere Details zum Evaluationsdesign sind nicht verfügbar)</p> <p><u>Ergebnis:</u> - Positive Auswirkung auf Vorsorgeverhalten, Genesungsprozess und zukünftigen Gesundheitszustand fremdsprachiger Patientinnen und Patienten - Schwache bis gar keine Unterschiede zwischen den Patientinnen und Patienten mit und ohne sprachliche Verständigungsproblemen</p>	ja	Junge F, Schwarze A (2013) Sprach- und Integrationsmittlung: Ein praxisbewährtes Instrument zum Umgang mit sprachlicher Vielfalt (nicht nur) im Krankenhaus. In: Bouncken RB, Pfannstiel MA, Reuschl AJ (Hrsg.) Dienstleistungsmanagement im Krankenhaus. Prozesse, Produktivität und Diversität. Springer Verlag: 367–382	D	Migration	Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte, Therapierende, Sozialarbeitende

²⁴ Verfügbar unter <https://assets.ctfassets.net/fclxf7o732gj/7zXVIAovbalmqC4Y44cSEK/a7c2ee8583540f062a4ccc6519c49f54/checkliste-angehoerige.pdf> [12.02.2023]

Instrumente für Mitarbeitende zum Umgang mit der Diversität von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden

Nr.	Instrument (Maßnahme)	Beschreibung, Zielsetzung	Evaluation	Quelle	Land	Fokus	Beteiligte Berufsgruppen
29.	Diversitätssensibler Bedürfnisfragebogen für Rehabilitationseinrichtungen (DiBe-17) (s. Kap. 2.2.2 im Handlungsleitfaden)	<p><u>Ziel:</u> Ein diversitätssensibler Bedürfniserfassungsfragebogen zur Verbesserung der Kommunikation zwischen den Rehabilitanden und dem Gesundheitspersonal</p> <p>Er berücksichtigt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die individuelle Situation, Wünsche und Erwartungen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zu Beginn der Rehabilitation - Austausch über Erwartungen und Kompromissfindung bei von der Einrichtung nicht-erfüllbaren Erwartungen <p><u>Inhalte:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Erkrankung - Sprachliche Verständigung - Körperliche Einschränkungen - Alltagsgewohnheiten, Religion und Wünsche - Erwartungen an die Rehabilitation - Rehabilitationsziele - Weitere Fragen oder Anmerkungen <p><u>Evaluation:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ergebnisevaluation über quasi-experimentelles nicht-äquivalentes Kontrollgruppendesign (allerdings gemeinsam mit anderen Instrumenten) - Für die Prozessevaluation wurden 10 Interviews mit Gesundheitspersonal und 10 Interviews mit Rehabilitandinnen und Rehabilitanden durchgeführt <p><u>Ergebnis:</u> Die Ergebnisse der Befragungen deuten auf einen positiven Effekt bezogen auf die Zufriedenheit und die Wirksamkeit der Rehabilitation durch den Einsatz des DiBe-17 hin</p>	ja	Aksakal T, Yilmaz-Aslan Y, Akbulut N, Razum O, Brzoska P (2019) Entwicklung und qualitative Evaluation eines diversitätssensiblen Fragebogens zur Erfassung von Bedürfnissen in der rehabilitativen Versorgung. Posterpräsentation auf dem 28. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium. Berlin, 15.-17. April 2019	D	Diversität	Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte, Therapierende, Sozialarbeitende, externe Dienstleistende
30.	Instrument für kulturelles Bewusstsein ‚Cultural Awareness Tool (CAT)‘ (s. Kap. 2.2.3 im Handlungsleitfaden)	<p><u>Ziel:</u> Ärztlichem Fachpersonal eine allgemeine Anleitung geben, wie sie Gruppen mit psychischen Erkrankungen kultursensibler behandeln können</p> <p><u>Inhalte:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Anleitung enthält Informationen zur Umsetzung und zum Umgang mit unterschiedlichen ethnischen Hintergründen - Fragen, z. B. zum möglichen Erklärungsmodell der Patientin oder des Patienten über ihre oder seine Krankheit <p>Vorgehen im Umgang mit der Patientin oder dem Patienten:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Der kulturelle Hintergrund wird ermittelt 2. Das subjektive Verständnis der Patientin oder des Patienten zu ihrer oder seiner gesundheitlichen Situation, zur Erkrankung und zum Gesundheitspersonal wird ermittelt 3. Das Gesundheitspersonal verhandelt den Behandlungsplan mit der Patientin oder dem Patienten <ol style="list-style-type: none"> a) Diskussion zum Verständnis der Patientin oder des Patienten zu ihrer oder seiner gesundheitlichen Situation b) Entwicklung eines für beide akzeptablen Behandlungsplans 	nein	Multicultural Mental Health Australia (2002). Cultural Awareness Tool, West Transcultural Mental Health Centre. Parramatta	AUS	Kultur	Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte, Therapierende

Instrumente für Mitarbeitende zum Umgang mit der Diversität von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden

Nr.	Instrument (Maßnahme)	Beschreibung, Zielsetzung	Evaluation	Quelle	Land	Fokus	Beteiligte Berufsgruppen
31.	„MiMi Reha“ – Mit Migranten für Migranten (Multiplikatorinnen und Multiplikatoren)	<p><u>Ziel:</u> Die Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen bei Personen mit einem Migrationshintergrund verbessern</p> <p><u>Inhalte:</u> MiMi beabsichtigt, bilinguale Personen mit Migrationshintergrund zu mobilisieren, zu schulen, zu zertifizieren und sie insofern zu qualifizieren, dass sie in ihrer jeweiligen Muttersprache Informations- und Aufklärungsveranstaltungen zu Themen der Gesundheit (z. B. Rehabilitation) durchführen können</p> <p>Evaluation: Quantitative Befragung: 1.371 Fragebogen von Personen mit Migrationshintergrund, die am Informationsangebot teilgenommen haben</p> <p><u>Ergebnis:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Rückgang der Barrieren und eine Erhöhung der Antragsintention nach den Informations- und Aufklärungsveranstaltungen zu Themen der Gesundheit - Erhöhung der Beantragungsbereitschaft insbesondere bei Menschen mit schlechter subjektiver return-to-work-Prognose (OR=5,29; 95%-KI: 4,03 – 6,95) 	nein	Ethnomedizinisches Zentrum e. V. (2017). MiMi-Reha: Implementierung und Evaluation eines Info-Angebotes für Migrantinnen und Migranten zur medizinischen Reha auf Basis der „MiMi-Kampagnentechnologie“ ²⁵	D	Migration	Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte, Therapierende, externe Dienstleistende, Auszubildende, Fachkräfte Marketing
32.	Schulungsprogramm zu kultureller Kompetenz	<p><u>Ziel:</u> Gesundheitsversorgung in einer Einrichtung verbessern (Akutkrankenhaus) bezogen auf die kulturelle Kompetenz von Pflegekräften</p> <p><u>Inhalte:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kommunikation und Arbeit zwischen den Pflegekräften verbessern - Kommunikation und Arbeit zwischen Pflegekräften und Patientinnen und Patienten verbessern <p><u>Evaluation:</u> 60 Pflegekräfte absolvierten den quantitativen Teil der Studie, wobei acht der Teilnehmenden zur qualitativen Analyse befragt wurden. Quantitative Befragung mittels „Inventory for Assessing the Process of Cultural Competence Among Healthcare Professionals-Revised-Fragebogen (IAPCC-R)“</p> <p><u>Ergebnis:</u> Statistisch signifikanter und höherer durchschnittlicher IAPCC-R-Umfragewert unter den Pflegekräften nach Abschluss des Kompetenzausbildungsprogramms</p>	nein	Jones LR (2009) Hospital based nurse cultural competence program evaluation: a mixed methodological study. Dissertation. Capella University	USA	Kultur	Pflegekräfte

25 Verfügbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/reha_forschung/forschungsschwerpunkt_widr/Anhang_MiMi.pdf [12.02.2023]

Instrumente für Mitarbeitende zum Umgang mit der Diversität von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden

Nr.	Instrument (Maßnahme)	Beschreibung, Zielsetzung	Evaluation	Quelle	Land	Fokus	Beteiligte Berufsgruppen
33.	Transkultureller Kernkurs für den Lehrplan von Krankenpflegerinnen und -pflegern	<p><u>Ziel:</u> Eine Grundlage für transkulturelle Pflege und Kompetenzen bei pflegerischem und medizinischem Personal schaffen</p> <p><u>Inhalte:</u> Schulung innerhalb eines 15-Wochen-Kernkurses:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aktuelle Fragen der (gesellschaftlichen und politischen) Vielfalt und des Gesundheitswesens in Bezug auf die Fachkompetenzen von Gesundheitspersonal - Leiningers Theorie der kultursensiblen Pflege sowie Forschungsarbeiten für den Einsatz in verschiedenen Praxis- und Managementbereichen - Lösungsansätze für Herausforderungen transkultureller Versorgung 	nein	Jeffreys MR (2002) A transcultural core course in the clinical nurse specialist curriculum. Clinical Nurse Specialist: The Journal for Advanced Nursing Practice 16 (4): 195-202	USA	Kultur	Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte, Therapierende, externe Dienstleistende, Auszubildende, Leitungsebene
34.	Video als Brücke aus dem Projekt ‚Reha-Brücke‘ in der Schweiz	<p><u>Ziel:</u> Interkulturellen Austausch fördern, um die gegenseitige Akzeptanz zu verbessern</p> <p><u>Inhalte:</u> Video als Brücke: 12-minütiger Kurzfilm zur Therapie von Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen mit Einbezug kulturspezifischer Aspekte</p>	nein	Alvarez B, Halbright R (2006) Migrant friendly hospitals in der Rehabilitation – Von der Migrationsgruppe zum Projekt Reha-Brücke in der Rheuma- und Rehabilitationsklinik Valens. Ergotherapie 10 (6): 38-39	CH	Kultur	Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte, Therapierende

Anhang

Standardisierter Fragebogen zur Ermittlung des Bedarfs eines Diversitäts-Trainings (eigene Darstellung angelehnt an Gardenswartz & Rowe, 1993, S. 286ff; Übersetzung von Gieselmann & Krell, S. 4-5)

Die folgenden Statements sind mit „eher zutreffend“ oder „eher unzutreffend“ zu kennzeichnen:

Nr.	Statements	Eher zutreffend	Eher unzutreffend
1.	Ich arbeite gern mit Menschen anderer ethnischer Zugehörigkeit oder mit einem anderen kulturellen Hintergrund zusammen. (A)		
2.	Ich wundere mich manchmal über das Verhalten von Menschen mit anderem kulturellen Hintergrund. (K)		
3.	Ich habe Schwierigkeiten, Menschen mit starkem Akzent zu verstehen. (S)		
4.	Es widerstrebt mir, Minderheiten ²⁶ zu widersprechen, weil mir dann Voreingenommenheit vorgeworfen werden könnte. (A)		
5.	Ich bin mir über meinen eigenen kulturellen Hintergrund im Klaren und weiß, wie dieser mein Verhalten beeinflusst. (K)		
6.	Ich bin in der Lage, Konflikte mit Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zu lösen, die sich hinsichtlich des kulturellen Hintergrundes, der Geschlechtszugehörigkeit, der ethnischen Zugehörigkeit oder des Lebensstils von mir unterscheiden. (S)		
7.	Mein Verhalten ist durch Geschlechtsunterschiede beeinflusst. (A)		
8.	Jeder Mensch hat Vorurteile. (K)		
9.	Es macht mir nichts aus, über ethnische Zugehörigkeit, kulturelle Unterschiede oder sexuelle Orientierung zu sprechen. (S)		
10.	Ethnisch bedingte und kulturelle Unterschiede beeinflussen mein Verhalten. (A)		
11.	Stereotype gibt es im Hinblick auf jede Gruppe. (K)		
12.	Ich weiß oft nicht, welche Bezeichnungen ich für andere Gruppen wählen soll. (S)		
13.	Mein Verhalten ist durch Unterschiede in der sexuellen Orientierung beeinflusst. (A)		
14.	Ich erkenne, wie Rehabilitandinnen und Rehabilitanden durch ihre verschiedenen kulturellen Hintergründe beeinflusst sind. (K)		

²⁶ Def.: „Eine Minderheit ist ein – nicht notwendigerweise zahlenmäßig geringerer – Teil der Bevölkerung oder eine Gruppe innerhalb eines Staates, die sich durch kulturelle, soziale, ökonomische und/oder juristische Kriterien vom Rest der Bevölkerung unterscheidet oder abgrenzt und aufgrund eines oder mehrerer dieser Kriterien nicht die gleiche Behandlung wie der Rest der Bevölkerung des Landes [erhält].“ [6]

Nr.	Statements	Eher zutreffend	Eher unzutreffend
15.	Es ist frustrierend, mit Menschen zu kommunizieren, die nur gebrochen deutsch sprechen. (S)		
16.	Am liebsten verbringe ich meine Zeit mit Menschen, die einen ähnlichen kulturellen Hintergrund haben wie ich. (A)		
17.	Das Verhalten mancher Menschen anderer kultureller Zugehörigkeit finde ich irritierend. (K)		
18.	Ich habe Angst, die Mitglieder anderer Gruppen zu verletzen, indem ich etwas Falsches sage. (S)		
19.	Die Mitglieder verschiedener Gruppen werden unterschiedlich behandelt, weil sie sich unterschiedlich verhalten. (A)		
20.	Ich frage mich manchmal: „Warum verhalten die sich nicht so wie wir?“ (K)		
21.	Es gelingt mir gut, Probleme mit Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zu lösen, die anders sind als ich. (S)		
22.	Meine Vorurteile sind mir bewusst. (A)		
23.	Manche Verhaltensweisen von anderen Gruppen gehen mir auf die Nerven. (K)		
24.	Ich bin in der Lage, mit Leuten zusammenzuarbeiten, die zu mir passen, unabhängig davon, wie unterschiedlich wir sind. (S)		
25.	Ich wünschte, wir würden uns alle nicht so sehr voneinander unterscheiden. (A)		
26.	Ich verstehe einige der Gründe, die zwischen kulturell unterschiedlichen Gruppen zu Konflikten führen. (K)		
27.	Wenn es um „anders sein“ geht, kann ich mich ganz gut in die Lage anderer hineinversetzen. (S)		
28.	Die Unterschiede zwischen den Kolleginnen und Kollegen empfinde ich als Bereicherung. (A)		
29.	Ich kann mir meine Reaktionen auf die „Andersartigkeit anderer“ erklären. (K)		
30.	Ich erkenne viele Ähnlichkeiten zwischen mir und den vielfältigen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. (S)		

Auswertung des Fragebogens:

Die Aussagen im Fragebogen können mit „eher zutreffend“ oder „eher unzutreffend“ gekennzeichnet werden: Für alle Statements 1, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 21, 22, 24, 26, 27, 28, 29 und 30, die als „eher zutreffend“ und für die Statements 2, 3, 4, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 23 und 25, die als „eher unzutreffend“ gekennzeichnet wurden, gibt es jeweils 1 Punkt. Je weiter die Punktzahl in den Kategorien Awareness (A), Knowledge (K) und Skills (S) von 10 entfernt ist, desto höher ist der Bedarf eines Diversity-Trainings. Der Fragebogen kann mündlich und schriftlich ausgefüllt werden. Bei schriftlichen Befragungen sollte die Anonymität der Befragten

gewährleistet sein. Die mündlichen Befragungen sollten durch externe Personen durchgeführt werden, damit die Mitarbeitenden offen darlegen können, wo sie Konflikte sehen.

Fragebogen zur Erhebung von Patientenwünschen und Erwartungen in der Rehabilitation (DiBE-17) (Aksakal et al. 2018)

Fragen

Erkrankung

1. Handelt es sich um Ihren ersten Rehabilitationsaufenthalt? Ja Nein
2. Was ist der Grund für die Reha-Maßnahme? _____

3. Gibt es darüber hinaus weitere Erkrankungen? _____

Sprachliche Verständigung

4. Haben Sie Schwierigkeiten in der sprachlichen Verständigung?
 Nein
 Ja, aufgrund von Schwierigkeiten in der deutschen Sprache.
 Ja, aufgrund von Schwierigkeiten beim Sprechen.
5. Haben Sie Schwierigkeiten beim Lesen oder Schreiben? Ja Teilweise Nein
6. In welcher Sprache wünschen Sie sich Informationen? _____

Informationen

7. Zu welchen Themen wünschen Sie sich (weitere) Informationen? _____

Religion

8. Welche religiösen oder spirituellen Bedürfnisse sollten während Ihres Rehabilitationsaufenthaltes berücksichtigt werden? _____

Körperliche Einschränkung

9. Haben Sie körperliche Einschränkungen?
 Nein
 Ja, aufgrund einer Krankheit.
 Ja, aufgrund einer Behinderung.
10. Welche körperliche Beeinträchtigung/en haben Sie? _____

11. Inwieweit beeinträchtigen diese Einschränkungen Ihren Alltag?
Gar nicht Manchmal Oft
12. Benötigen Sie spezielle Unterstützung für die Bewältigung Ihres Alltags? Ja Nein
13. Welche Art der Unterstützung wünschen Sie sich für die Zeit Ihres Klinikaufenthalts?

Alltagsgewohnheiten und Wünsche

14. Welche Alltagsgewohnheiten sollten während Ihres Rehabilitationsaufenthaltes berücksichtigt werden? _____

15. Welche Ess- oder Trinkgewohnheiten sollten wir nach Möglichkeit während Ihres Rehabilitationsaufenthaltes berücksichtigen? _____

16. Haben Sie weitere Wünsche, die während Ihres Rehabilitationsaufenthaltes berücksichtigt werden sollten? _____

17. Ist es für Sie in Ordnung, wenn Sie sowohl von weiblichem als auch männlichem Fachpersonal behandelt werden? Ja Nein
18. Haben Sie spezielle Wünsche bei der Zimmerausstattung? _____

Erwartungen an die Rehabilitation

19. Was erwarten Sie von der Rehabilitation? _____

20. Was ist für Sie wichtig in der Reha? _____

Unterstützungsbedarf

21. Gibt es Bedingungen, die Ihren Rehabilitationsaufenthalt erschweren (beispielsweise Betreuung der Kinder, Pflege von Angehörigen)?
 Nein
 Ja, und zwar: _____

22. Welchen Bedarf an Unterstützung wünschen Sie sich, damit Sie eine Reha antreten können?

Geschlecht und Alter

23. Alter: ____ Jahre Geschlecht: männlich weiblich

Weitere Fragen oder Anmerkungen

24. Gibt es weitere Informationen oder Fragen, die Sie als wichtig erachten und besprechen möchte

Erstellung des Instrumentenkatalogs

Für Interessierte wird im Folgenden eine detailliertere Beschreibung zum Vorgehen bei der Erstellung des Instrumentenkatalogs angefügt.

a. Recherche

Anhand einer strukturierten Recherche wurde in wissenschaftlichen Datenbanken (u. a. Pubmed, Livivo), aber auch bei Internetsuchmaschinen wie Google oder Google Scholar, sowie per Durchsicht der Literaturverzeichnisse identifizierter Veröffentlichungen nach diversitätssensiblen Projekten und Instrumenten gesucht.

In die Recherche eingeschlossen wurden:

- Deutsch-, englisch- und französischsprachige Literatur seit 1990
- Publikationen, wie z. B. Zeitschriftenaufsätze, Monografien und Buchbeiträge

Inhaltlich wurden diese Themen eingeschlossen:

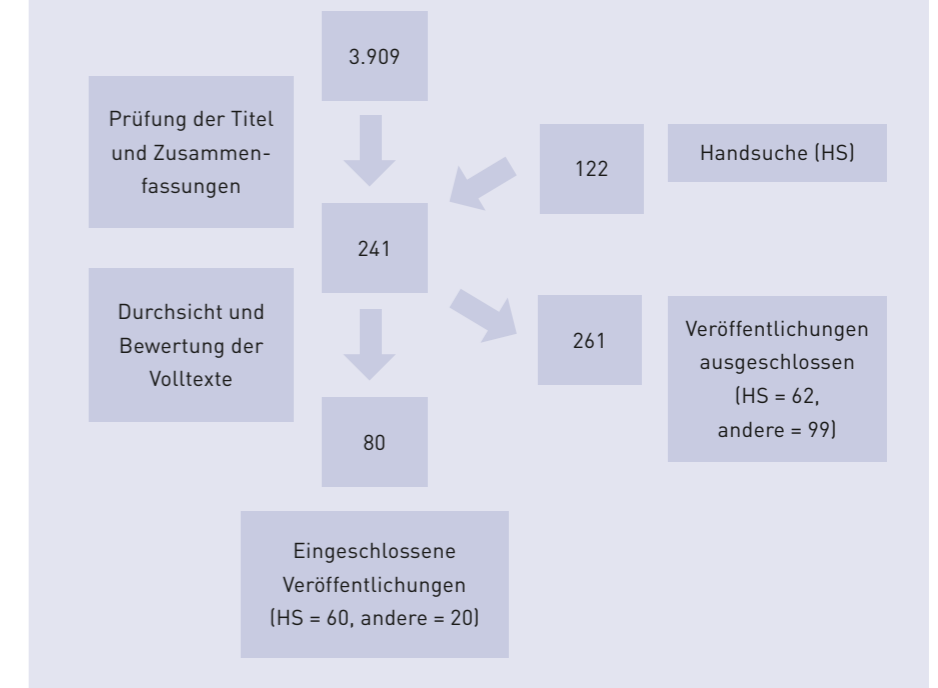
- Vielfalt bzw. Diversität von Mitarbeitenden, Patientinnen und Patienten und Organisationsstrukturen der Einrichtungen
- Diversität und Diversitätsdimensionen im Kontext von Gesundheitsversorgung

Die strukturierte Recherche wurde entsprechend gängiger Review-Standards²⁷ von zwei Mitarbeitenden des Projektes unabhängig voneinander durchgeführt und bewertet. Es wurde unter anderem nach folgenden Begriffen gesucht: „Diversität OR Vielfalt OR Diversity OR Gender OR Kultur* OR Religion“ AND „Management OR Managing OR Konzept* OR Plan OR Umgang OR Maßnahme* OR Instrument*“.

Der Ablauf der Recherche war dabei wie folgt:

1. Suche nach Veröffentlichungen jeglicher Art unter Beachtung der Suchbegriffe
2. Prüfung der Titel und Zusammenfassungen der Veröffentlichungen anhand der festgelegten Einschlusskriterien
3. Zusätzliche Handsuche von Veröffentlichungen, z. B. über ein Schneeballsystem
4. Durchsicht und Bewertung der eingeschlossenen Veröffentlichungen anhand der Volltexte
5. Bewertung der Veröffentlichungen anhand einer strukturierten tabellarischen Auswertung der Informationen und Identifikation der Veröffentlichungen, die den Einschlusskriterien entsprochen haben und Ausschluss anderer Veröffentlichungen

Abb. 5 Recherche und Auswertung im ersten Schritt in grafischer Darstellung (Überblick)



Im letzten Schritt wurden die Instrumente aus den 80 eingeschlossenen Veröffentlichungen hinsichtlich ihrer Übertragbarkeit auf die rehabilitative Versorgung bewertet (s. Abb. A-1).

b. Bewertung der Übertragbarkeit für die rehabilitative Versorgung

Als Grundlage für die Bewertung der Übertragbarkeit für die rehabilitative Versorgung wurden die Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung²⁸ sowie der Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung²⁹ verwendet.

- Die Bewertung erfolgte über die Informationen in den Veröffentlichungen
- Gut dokumentierte Instrumente wurden bevorzugt, da sie eine genauere Beurteilung der Übertragbarkeit zugelassen haben

Die Bewertung der einzelnen Instrumente hinsichtlich der Kriterien wurde von zwei Personen unabhängig voneinander durchgeführt. Die Beurteilung erfolgte über einen direkten Abgleich der Rahmenbedingungen des Instruments mit den einzelnen Kriterien. Die Ergebnisse wurden in einer Tabelle dokumentiert. Dabei wurden nur Instrumente eingeschlossen, die zumindest einem Drittel der empfohlenen Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung und der Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung entsprechen. Nach der Bewertung der 80 Veröffentlichungen wurden 34 Instrumente in den Instrumentenkatalog aufgenommen.

²⁸ Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2015). Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung, Kriterium „Erfassung des Kosten-Wirksamkeits-Verhältnisses“. Köln und Berlin.

²⁹ Ollenschläger, G., Helou, A., Kostovic-Cilic, L., Perleth, M., Raspe, H. H., Rienhoff, O., et al. (1998). Die Checkliste zur methodischen Qualität von Leitlinien. Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung, 92, 191-194.

Impressum

Herausgeber:
Abteilung Prävention, Rehabilitation und Sozialmedizin
Dezernat Reha-Wissenschaften
Ruhrstr. 2, D-10709 Berlin
Postanschrift: 10704 Berlin
Telefon: 030 865-39336
Telefax: 030 865-28879
Internet: www.reha-wissenschaften-drv.de
E-Mail: reha-wissenschaften@drv-bund.de

Ansprechpartnerin:
Sabine Erbstößer
Forschung zu Rehabilitation und Erwerbsminderung
Tel.: 030 865-39342
E-Mail: sabine.erbstoesser@drv-bund.de

1. Auflage (06/2023)

Projektleitung und Korrespondenz:
Prof. Dr. PH Patrick Brzoska
Universität Witten/Herdecke
Fakultät für Gesundheit, Department für Humanmedizin
Lehrstuhl für Versorgungsforschung
Alfred-Herrhausen-Str. 50
58455 Witten
Telefon: 02302/926-78605
E-Mail: patrick.brzoska@uni-wh.de

Prof. Dr. med. Oliver Razum
Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
AG3 Epidemiologie & International Public Health
Postfach 10 01 31
33501 Bielefeld
Telefon: 0521/106-3837
E-Mail: oliver.razum@uni-bielefeld.de

Satz und Layout:
Grafikdesign Janine Frake
Internet: www.jf-workx.de

Förderkennzeichen:
0421/40-64-50-66



**Deutsche
Rentenversicherung**

Bund