

**Entwicklung eines Instrumentenkatalogs und Handlungsleitfadens für
Rehabilitationseinrichtungen und Rehabilitationsträger zur Umsetzung einer
diversitätssensiblen Versorgung (*DiversityKAT*)**

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

Projektleitung und Korrespondenz:

Prof. Dr. Patrick Brzoska
Universität Witten/Herdecke
Fakultät für Gesundheit/Department für Humanmedizin
Lehrstuhl für Versorgungsforschung
Alfred-Herrhausen-Str. 50
58455 Witten
Telefon: 02302/926-783
E-Mail: patrick.brzoska@uni-wh.de

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

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Förderzeitraum: 06/2018-06/2021

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Bevölkerung Deutschlands ist heterogen. Verschiedene Diversitätsdimensionen, wie beispielsweise eine Behinderung, das Geschlecht, das Alter, ein Migrationshintergrund und der sozio-ökonomische Status gehen mit unterschiedlichen Versorgungserwartungen und -bedürfnissen einher. Werden solche Diversitätsdimensionen in der Gesundheitsversorgung, einschließlich der Rehabilitation, nicht berücksichtigt, kann das die Versorgungszufriedenheit und den Behandlungserfolg negativ beeinflussen. Diversitätssensible Instrumente können die Nutzerorientierung in der Versorgung erhöhen und somit den vielfältigen Versorgungsbedürfnissen und -erwartungen Rechnung tragen. Untersuchungen zeigen, dass sich Rehabilitationseinrichtungen durchaus der Notwendigkeit einer diversitätssensiblen Versorgung bewusst sind, entsprechende Instrumente allerdings selten und nur unsystematisch zum Einsatz kommen. Das liegt auch daran, dass es bislang an einer praxisnahen Übersicht geeigneter Instrumente mangelt, die in der rehabilitativen Versorgung eingesetzt werden können. Ziel des Projektes DiversityKAT war die Entwicklung eines Instrumentenkatalogs und Handlungsleitfadens, welcher Rehabilitationseinrichtungen und -träger bei der Umsetzung einer diversitätssensiblen Versorgung unterstützen kann.

Methodik: Im Projekt kam ein Mixed-Methods-Ansatz zum Einsatz: Um Instrumente und mögliche Umsetzungsstrategien für eine diversitätssensible rehabilitative Versorgung zu recherchieren, wurde zunächst ein Scoping Review (A) durchgeführt. Anschließend wurden bundesweit ambulante und stationäre Rehabilitationseinrichtungen, Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser befragt (B), um bereits etablierte diversitätssensible Instrumente sowie den Bedarf an diversitätssensiblen Maßnahmen in Gesundheitseinrichtungen zu erheben. Anschließend wurde auf Basis der Literaturrecherche und der Ergebnisse aus der Einrichtungsbefragung der Entwurf einer Handreichung, bestehend aus einem Instrumentenkatalog und Handlungsleitfaden, zur Umsetzung einer diversitätssensiblen Versorgung erstellt. Im Rahmen eines partizipativen Delphi-Prozesses erfolgte im Anschluss gemeinsam mit einer Auswahl von Rehabilitationseinrichtungen mittels Fokusgruppen mit Gesundheitspersonal (C-1) und Verantwortlichen bei den Rehabilitationsträgern (C-2) im Hinblick auf seine Umsetzbarkeit sowie mögliche Voraussetzungen und Hindernisse für die Implementierung die Bewertung und Konsentierung des Entwurfs. Mit dem quantitativen Delphi-Survey (C-3) wurde die Gestaltung des Entwurfs von Rehabilitationseinrichtungen mithilfe eines Onlinefragebogens hinsichtlich der Aspekte Relevanz, Umsetzbarkeit und Umsetzungsbereitschaft beurteilt.

Ergebnisse: Die Recherche fand organisationsbezogene Instrumente zur Umsetzung von Diversitätssensibilität, Instrumente zum Umgang mit der Diversität von Mitarbeiter*innen und Instrumente zum Umgang mit der Diversität von Patient*innen, darunter Checklisten, Fragebögen, Online-Tools und Arbeitshilfen. Die qualitativen und quantitativen Einrichtungsbefragungen zeigten auf, dass Diversitätssensibilität für viele Gesundheitseinrichtungen ein relevantes Thema ist und in der Zukunft von noch

größerer Bedeutung sein wird. Diversitätssensibilität sei besonders von Bedeutung für die Zufriedenheit der Versorgungsnutzer*innen, die Zufriedenheit der Mitarbeiter*innen und den Behandlungserfolg von Patient*innen bzw. Rehabilitand*innen. Hindernisse bei der Umsetzung einer diversitätssensiblen Versorgung seien fehlende Anreize der Versorgungsträger, fehlende finanzielle Ressourcen und organisatorische Schwierigkeiten. Gleichzeitig wurden Umsetzungsmöglichkeiten des Instrumentenkatalogs und Handlungsleitfadens in Gesundheitseinrichtungen diskutiert. Zentrale Ergebnisse bzw. Vorschläge sind hierbei: die notwendige Unterstützung bei der Implementierung durch die Versorgungsträger, der Einsatz von Steuerungsgruppen und die Durchführung von Seminaren, Schulungen und Workshops zum Thema Diversitätssensibilität.

Diskussion: Ein Großteil der identifizierten Instrumente bezieht sich lediglich auf einzelne Diversitätsmerkmale, darunter am häufigsten auf Migration, Kultur und Sprachsensibilität. Selten sind praxisorientierte Handlungshilfen oder Hinweise (z. B. Schritt-für-Schritt-Anleitungen) zur Umsetzung diversitätssensibler Instrumente in der Versorgungspraxis verfügbar. Nur wenige Instrumente sind evaluiert. Für die Mehrheit der befragten Einrichtungen ist Diversitätssensibilität ein relevantes Thema, Instrumente zur Umsetzung dieser kommen allerdings nur selten und unsystematisch zum Einsatz. Zur Förderung einer diversitätssensiblen Versorgung benötigen Gesundheitseinrichtungen Unterstützung bei der Kompetenzbildung und bei der Auswahl und Implementierung geeigneter Maßnahmen. Der im Projekt DiversityKAT entwickelte Instrumentenkatalog und Handlungsleitfaden kann hierfür eine Grundlage bieten.

Weiterer Forschungsbedarf: Das Projekt zeigt auf, dass die Umsetzung einer digitalen Version des Instrumentenkatalogs und Handlungsleitfadens mit erweiterten Funktionen und Inhalten empfehlenswert ist. Darüber hinaus könnte die Begleitung der Schnittstelle zwischen Wissenschaft und Praxis mithilfe einer Steuerungsgruppe die Umsetzbarkeit und Umsetzungsbereitschaft des Instrumentenkatalogs und Handlungsleitfadens erhöhen. Die Steuerungsgruppe könnte exemplarisch in einigen Rehabilitationseinrichtungen die Umsetzung diversitätssensibler Instrumente (von der Ist-Analyse bis zur Evaluation der Maßnahmen) begleiten. Ferner sind die Validierung, Evaluation und ggf. Überarbeitung des Instrumentenkatalogs und Handlungsleitfadens (sowohl in digitaler als auch in gedruckter Form) durch eine breit angelegte Usability-Untersuchung notwendig.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	IV
Tabellenverzeichnis.....	VI
1. Diversität und Rehabilitation.....	1
2. Ziele und Fragestellung des DiversityKAT-Projekts.....	3
3. Methodik.....	5
3.1 Studiendesign und -ablauf.....	5
3.2 Scoping Review (A).....	6
3.2.1 Recherche und Identifikation diversitätssensibler Instrumente.....	6
3.2.2 Bewertung und Eingrenzung der Instrumente für den Instrumentenkatalog.....	8
3.3 Postalische Befragung rehabilitativer und nicht-rehabilitativer Einrichtungen (B).....	10
3.3.1 Rekrutierung der Einrichtungen.....	10
3.3.2 Datenerhebung.....	10
3.4 Partizipativer Delphi-Prozess (C).....	12
3.4.1 Fokusgruppenbefragungen (C-1).....	14
3.4.2 Diskussionszirkel (C-2).....	18
3.4.3 Online-Survey (C-3).....	19
4. Ergebnisse.....	21
4.1 Scoping Review.....	21
4.2 Postalische Befragung.....	22
4.2.1 Rehabilitationseinrichtungen.....	22
4.2.2 Pflegeeinrichtungen.....	26
4.2.3 Krankenhäuser.....	29
4.3 Partizipativer Delphi-Prozess (C).....	35
4.3.1 Fokusgruppenbefragung (C-1).....	35
4.3.2 Diskussionszirkel (C-2).....	58
4.3.3 Online-Survey (C-3).....	60
5. Diskussion.....	62
6. Schlussfolgerungen und weiterer Forschungsbedarf.....	69
7. Literatur.....	71
8. Anhang.....	75

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Schematische Darstellung des methodischen Zugangs im Projekt DiversityKAT	5
Abbildung 2: Flussdiagramm zur Literaturrecherche im Projekt DiversityKAT	8
Abbildung 3: Entwicklung des Leitfadens für die Fokusgruppen im Projekt DiversityKAT	14
Abbildung 4: Kategoriensystem für die qualitative Auswertung im Projekt DiversityKAT	18
Abbildung 5: Wahrgenommene Relevanz diversitätssensibler Aspekte in Pflegeeinrichtungen in Deutschland (Anteil in %, n=248)	27

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien des Scoping Reviews im Projekt DiversityKAT.....	6
Tabelle 2: Bewertungskriterien zur Erstellung des Instrumentenkatalogs im Projekt DiversityKAT	9
Tabelle 3: Stichprobenbeschreibung der Fokusgruppenbefragungen im Projekt DiversityKAT	16
Tabelle 4: Strukturelle Berücksichtigung von Diversität in Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland (Anteil in %, n=233; Quelle: Online-Befragung im Rahmen des Projektes DiversityKAT)	23
Tabelle 5: Vorhandene diversitätssensible Materialien/Leistungen für Rehabilitand*innen in Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland (Anteil in %, n = 233, Quelle: Online-Befragung im Rahmen des Projektes DiversityKAT)	24
Tabelle 6: Wahrgenommene Relevanz von Diversitätssensibilität durch Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland (Anteil in %, n=233, Quelle: Online-Befragung im Rahmen des Projektes DiversityKAT)	25
Tabelle 7: Wahrgenommene Relevanz der Diversitätssensibilität für Pflegeeinrichtungen in Deutschland (Anteil in %, n=248, Quelle: Online-Befragung im Rahmen des Projektes DiversityKAT)	26
Tabelle 8: Diversitätssensibilität auf organisatorischer Ebene in Pflegeeinrichtungen in Deutschland (Anteil in %, n=248, Quelle: Online-Befragung im Rahmen des Projektes DiversityKAT)	28
Tabelle 9: Diversitätssensible Strukturen in der Personalpolitik in Pflegeeinrichtungen in Deutschland (Anteil in %, n=248, Quelle: Online-Befragung im Rahmen des Projektes DiversityKAT)	28
Tabelle 10: Wahrgenommene Barrieren bei der Umsetzung diversitätssensibler Maßnahmen in Pflegeeinrichtungen in Deutschland (Anteil in %, n=248, Quelle: Online-Befragung im Rahmen des Projektes DiversityKAT)	29
Tabelle 11: Organisationsbezogene Merkmale der Krankenhäuser (n=112, Quelle: Online-Befragung im Rahmen des Projektes DiversityKAT)	30
Tabelle 12: Diversitätssensibilität auf organisatorischer Ebene in Krankenhäusern in Deutschland (Anteil in %, n=112, Quelle: Online-Befragung im Rahmen des Projektes DiversityKAT)	31
Tabelle 13: Personalpolitische Aspekte in Krankenhäusern in Deutschland (Anteil in %, n=112, Quelle: Online-Befragung im Rahmen des Projektes DiversityKAT)	32
Tabelle 14: Umgesetzte Maßnahmen zum Umgang mit der Vielfalt von Patient*innen in Krankenhäusern in Deutschland (Anteil in %, n=114, Quelle: Online-Befragung im Rahmen des Projektes DiversityKAT)	33
Tabelle 15: Sprachunabhängige Materialien in Krankenhäusern in Deutschland (Anteil in %, n=114, Quelle: Online-Befragung im Rahmen des Projektes DiversityKAT)	33
Tabelle 16: Diversitätssensible Angebote und Leistungen in Krankenhäusern in Deutschland (Anteil in %, n=114, Quelle: Online-Befragung im Rahmen des Projektes DiversityKAT).....	34
Tabelle 17: Wahrgenommene Barrieren bei der Umsetzung diversitätssensibler Maßnahmen in Krankenhäusern in Deutschland (Anteil in %, n=112, Quelle: Online-Befragung im Rahmen des Projektes DiversityKAT)	35

1. Diversität und Rehabilitation

Unsere Gesellschaft ist durch Vielfalt (Diversität) im Hinblick auf unterschiedliche Merkmale wie Geschlecht, Alter, Religionszugehörigkeit, sozioökonomischer Status, sexuelle Orientierung, Kultur und Migration gekennzeichnet. In der Gesundheitsversorgung, einschließlich der medizinischen Rehabilitation, gehen diese Merkmale mit unterschiedlichen Versorgungsbedürfnissen und -erwartungen einher [1, 2]. Werden diese Versorgungserwartungen nicht ausreichend berücksichtigt, kann das zu Barrieren und Unzufriedenheit in der Versorgung führen und sich nachteilig auf die Zugänglichkeit und Qualität der Versorgung auswirken. Menschen mit Migrationshintergrund nehmen beispielsweise im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung Gesundheitsleistungen wie Präventionsangebote seltener in Anspruch [3] und haben häufig ungünstigere Versorgungsergebnisse [4]. Neben Sprachbarrieren liegt das daran, dass Versorgungseinrichtungen nicht ausreichend für die z. B. jeweiligen kultur- oder religionsbedingten Bedürfnisse und Erwartungen dieser Bevölkerungsgruppe sensibilisiert sind. Unterschiede in der Inanspruchnahme von und den Erwartungen an Versorgung bestehen auch zwischen Männern und Frauen [5, 6]. 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. Vergleichbare Unterschiede bestehen zwischen älteren und jüngeren Rehabilitand*innen sowie zwischen Rehabilitand*innen mit unterschiedlichen Bildungsabschlüssen [7] und weiteren Diversitätsmerkmalen [8–11].

Aber auch die Mitarbeiter*innen im Gesundheitswesen werden zunehmend diverser. Das geht mit vielen Vorteilen und Potenzialen, aber auch mit Herausforderungen einher, die durch angemessene Strategien genutzt bzw. bewältigt werden müssen [12, 13]. Die Vielfalt der Mitarbeiter*innen kann beispielsweise genutzt werden, um Prozesse und Arbeitsschritte im Praxisalltag zu optimieren. Werden Mitarbeiter*innen ressourcenorientiert und entsprechend ihrer Fähigkeiten und Interessen eingesetzt, können sie so besser auf die Wünsche und Bedürfnisse der Versorgungsnutzer*innen eingehen [13]. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass die Vielfalt und die damit einhergehenden Bedürfnisse und Erwartungen der Mitarbeiter*innen beispielsweise durch den Einsatz diversitätssensibler Personalmanagementstrategien oder durch die Erhebung und Dokumentation von Kompetenzen, Fähigkeiten und Interessen für einen zielgerichteten Einsatz im Arbeitsalltag, Rechnung getragen werden [14]. Eine adäquate Mitarbeiter*innenorientierung kann zudem ein wertschätzendes und respektvolles Arbeitsklima unterstützen und damit weiteren Herausforderungen im Gesundheitswesen wie dem Fachkräftemangel, Personalengpässen oder einem hohen Krankenstand durch erhöhten physischen und psychischen Belastungen im Arbeitsalltag, entgegenwirken [15, 12]. Zum anderen verringert sie den Arbeitsaufwand des Personals dadurch, dass Abläufe systematisiert und verbessert werden. Eine

Liste mit Hinweisen zu mehrsprachigem Personal kann zum Beispiel den Organisationsaufwand einer Therapiemaßnahme verringern. Die Erhebung und Berücksichtigung kultureller Hintergründe wiederum kann unterstützend auf die Beziehung zwischen Behandelnden und Rehabilitand*innen wirken. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass durch Diversität entstehende Bedürfnisse und Erwartungen auch in Wechselwirkung stehen können. Ein Zusammenhang besteht beispielsweise zwischen dem Geschlecht, dem sozioökonomischen Status und der Ethnizität, deren Dynamik zu Barrieren oder Missverständnissen in der Arzt-Patient-Interaktion und dadurch zu Schwierigkeiten in der medizinischen Versorgung führen können [16]. Versorgungsangebote, -konzepte und Umsetzungsstrategien, die sich nur auf die spezifischen Bedürfnisse einzelner Bevölkerungsgruppen beziehen oder lediglich ein Diversitätsmerkmal berücksichtigen, können daher keine flächendeckende und gleichberechtigte Versorgung bzw. Unternehmensführung für die gesamte heterogene Bevölkerung sicherstellen [2]. Indem entsprechende Rahmenbedingungen auf personaler und organisationaler Ebene geschaffen werden, kann eine ganzheitlich diversitätssensibel ausgerichtete Einrichtung dazu beitragen, die Vielfalt der Bedürfnisse und Erwartungen der Rehabilitand*innen und der Mitarbeiter*innen zu berücksichtigen und somit die Versorgungsqualität und die -zufriedenheit zu erhöhen. Dazu können verschiedene Instrumente zum Einsatz kommen, die auf unterschiedlichen Ebenen der Einrichtung ansetzen und auch die Dynamik der einzelnen Diversitätsmerkmale der Mitarbeiter*innen und der Rehabilitand*innen berücksichtigen. Grundlegende Instrumente sind diversitätssensible Leitbilder, ethische Standards und Betriebsvereinbarungen, die sich gegen Diskriminierung und Benachteiligung einzelner Bevölkerungsgruppen aussprechen und Vielfalt als Chance und Bereicherung anerkennen [17]. Die Etablierung von diversitätssensiblen Maßnahmen beschränkt sich dabei nicht nur auf eine einzelne Ebene oder Abteilung der Einrichtung und sollte mehr als Gesamtstrategie verstanden werden, welche die Mitarbeiter- und die Organisationsebene sowie die Ebene der Versorgungsnutzer*innen umfasst.

Bisher fehlen Versorgungseinrichtungen allerdings praxisnahe Hinweise darüber, wie eine diversitätssensible Versorgung umgesetzt werden kann. Unklar ist vor allem, welche Instrumente für Rehabilitationseinrichtungen in Frage kommen und wie sich diese durch die beteiligten Akteur*innen auf Ebene des Gesundheitspersonals, von Einrichtungsleitungen und Rehabilitationsträgern implementieren lassen.

2. Ziele und Fragestellung des DiversityKAT-Projekts

Ziel des DiversityKAT-Projekts war die Entwicklung eines Instrumentenkatalogs und Handlungsleitfadens, die Rehabilitationseinrichtungen und -träger bei der Umsetzung einer diversitätssensiblen Versorgung unterstützen können (beide liegen diesem Abschlussbericht als separate Dokumente bei). Diese Unterstützung bezieht sich dabei sowohl auf die Implementierung von Instrumenten durch Träger und Einrichtungsleitungen als auch deren Anwendung im Versorgungsalltag durch Mitarbeiter*innen.

Der erste Schritt im Projekt war dabei die Beantwortung der Forschungsfragen: „Welche Instrumente einer diversitätssensiblen Versorgung kommen für die rehabilitative Versorgung in Frage und welche Strategien zur Umsetzung einer diversitätssensiblen Ausrichtung von Rehabilitationseinrichtungen gibt es?“. Dafür wurden zuerst verfügbare Instrumente einer diversitätssensiblen Versorgung auf Basis eines Scoping Reviews sowie einer repräsentativen Befragung ambulanter und stationärer Versorgungseinrichtungen in Deutschland zusammengestellt. Das Ziel der postalischen Befragung war die Erhebung von bereits bestehenden/etablierten diversitätssensiblen Konzepten und die Erhebung des Bedarfs an diversitätssensiblen Maßnahmen in Gesundheitseinrichtungen.

Auf Grundlage dieser Ergebnisse wurden Good-Practice-Ansätze/diversitätssensible Instrumente bzw. Instrumente zur Erhöhung der Diversitätssensibilität identifiziert und deren Übertragbarkeit auf die rehabilitative Versorgung bewertet (Teilziel 1). Basierend auf ersten Ergebnissen wurde der Entwurf eines Instrumentenkatalogs und eines Handlungsleitfadens erstellt (Teilziel 2). Neben praktischen Implementierungshinweisen zur Umsetzung der diversitätssensiblen Versorgung im Handlungsleitfaden, in den zwei Varianten des Instrumentenkatalogs (Auswahltable und detaillierte Fassung) und dessen theoretischer Rahmen und Anleitung, beinhaltet der Entwurf auch exemplarisch detailliert beschriebene Instrumente. Die gesamte Handreichung enthält Fallbeispiele, die illustrieren, wie Einrichtungen und Mitarbeiter*innen Instrumente in konkreten Situationen anwenden und wie Aushandlungsprozesse mit Rehabilitand*innen gestaltet werden können. Dies soll einen Reflexions- und Diskussionsprozess zu Herausforderungen anregen, die mit der Diversität von Rehabilitanden*innen und Mitarbeiter*innen sowie auf Einrichtungsebene einhergehen, und somit die Handlungskompetenzen von Mitarbeitern*innen erhöhen. Der Entwurf des Instrumentenkatalogs- und Handlungsleitfadens wurde im Rahmen eines partizipativen Delphi-Prozesses gemeinsam mit einer Auswahl von Rehabilitationseinrichtungen und Verantwortlichen bei Rehabilitationsträgern konsentiert (Teilziel 3). In den qualitativen Fokusgruppen (Schritt 1 des Delphi-Prozesses) wurden die Entwürfe des Instrumentenkatalogs und Handlungsleitfadens mit Gesundheitspersonal in ausgewählten Rehabilitationseinrichtungen im Hinblick auf seine Umsetzbarkeit sowie mögliche Voraussetzungen und Hindernisse für die Implemen-

tierung bewertet und konsentiert. In dem darauffolgenden Diskussionszirkel (Schritt 2 des Delphi-Prozesses) wurde der aktuelle Entwurf der Handreichung (überarbeitete Version nach den ersten vier Fokusgruppen) im Hinblick auf seine Relevanz und Umsetzbarkeit mit Rehabilitationsträgern diskutiert. Thematisiert wurden auch Unterstützungsmöglichkeiten bei der Implementierung der Handreichung. Das Ziel des quantitativen Delphi-Surveys (Schritt 3 des Delphi-Prozesses) war es, die Gestaltung des Entwurfs der Handreichung von Rehabilitationseinrichtungen mithilfe eines Onlinefragebogens hinsichtlich der Aspekte Relevanz, Umsetzbarkeit und Umsetzungsbereitschaft beurteilen und konsentieren zu lassen. Daraus sollten Hinweise abgeleitet werden, wie Einrichtungen und Mitarbeiter*innen Instrumente diversitätssensibler Versorgung in konkreten Situationen anwenden und Aushandlungsprozesse mit Rehabilitand*innen gestaltet werden können.

3. Methodik

3.1 Studiendesign und -ablauf

Die Studie basiert auf einem Mixed-Methods-Design und kombiniert qualitative und quantitative Forschungsmethoden im Querschnitt. Sie umfasst einen systematischen Review (A), eine postalische Befragung rehabilitativer und nicht-rehabilitativer Versorgungseinrichtungen (B) und einen partizipativen dreistufigen Delphi-Prozess (C) (s. Abbildung 1).

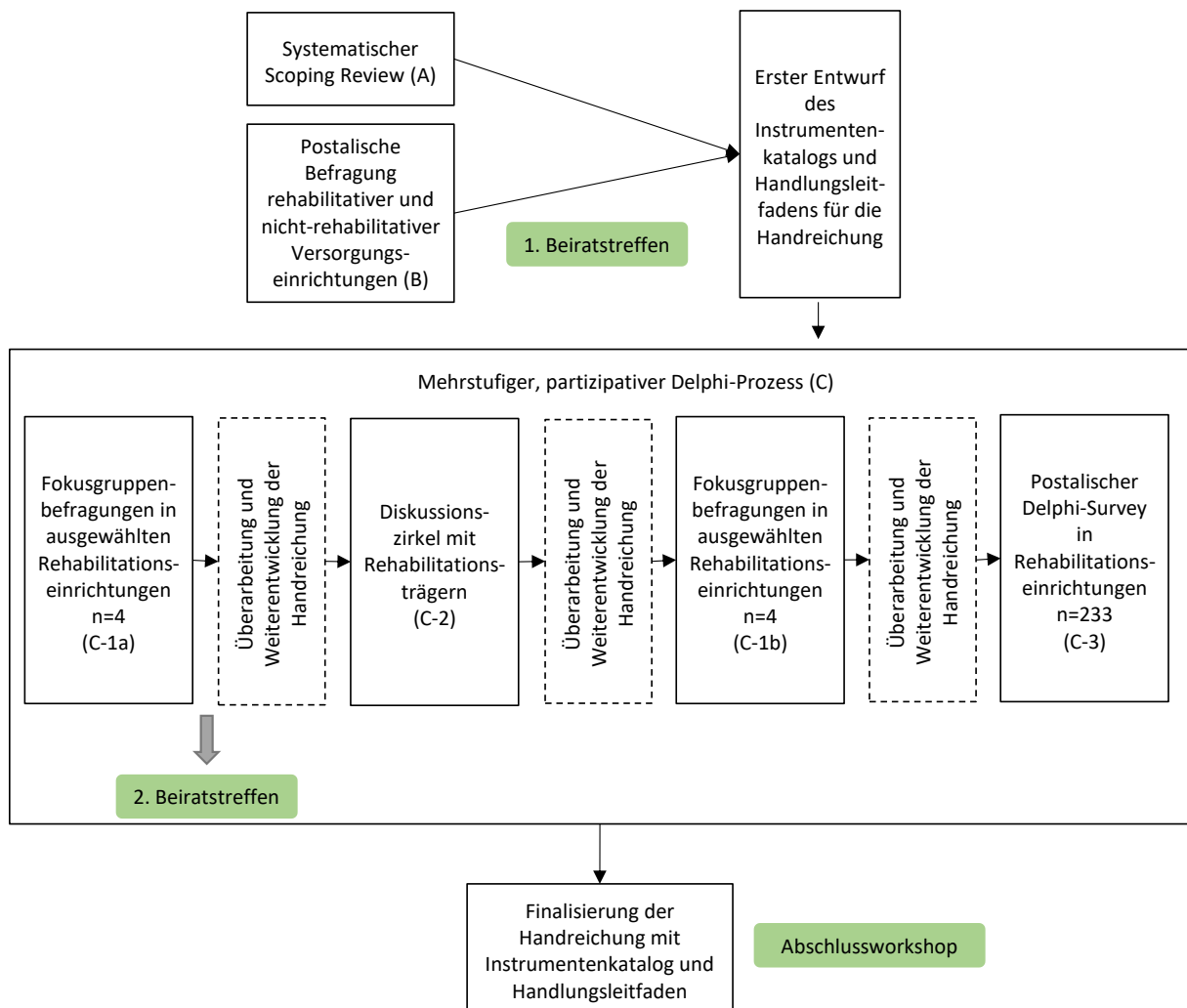


Abbildung 1: Schematische Darstellung des methodischen Zugangs im Projekt DiversityKAT

3.2 Scoping Review (A)

3.2.1 Recherche und Identifikation diversitätssensibler Instrumente

Recherche der Instrumente

Das Scoping Review erfolgte in den gesundheitswissenschaftlichen Datenbanken PubMed und CINHAL und den allgemeinen und betriebswirtschaftlichen Fachdatenbanken Web of Science und EconLit. Das Scoping Review basierte auf einer zuvor festgelegten Suchstrategie gemäß den von der Cochrane Collaboration definierten Standards systematischer Reviews [18]. Für eine zielgerichtete Recherche erfolgte die elektronische Recherche anhand von Schlagwort-Kombinationen. Bei Verwendung deutschsprachiger Begriffe wurden folgende Schlagworte verwendet: Diversity OR Vielfalt OR Diversität OR Gender OR Kultur* OR Religion "AND" Management OR Managing OR Konzept* OR Plan OR Umgang OR Maßnahme* OR Instrument*. Die englischsprachige Suche erfolgte mit folgenden Schlagwörtern: Diversity OR Gender OR Culture * OR Religion "AND" Management OR Managing OR Concept * OR Plan OR Dealing OR Measure * OR Instrument *. Für die unterschiedlichen Datenbanken erfolgte eine Anpassung der Suchbegriffe. Zusätzlich wurde eine französischsprachige Recherche mit den Schlagwörtern gestion de la diversité* (= Diversitätsmanagement) "ET" soins médicaux* (= u. a. medizinische Versorgung) "ET" soins de santé (= u. a. Gesundheitswesen durchgeführt).

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien des Scoping Reviews im Projekt DiversityKAT

Einschluss	Ausschluss
<ul style="list-style-type: none">- Instrumente zur Umsetzung einer diversitätssensiblen Gesundheitsversorgung- Instrumente zur Umsetzung von Diversitätssensibilität aus verschiedenen Dienstleistungsbereichen, die sich auf den Gesundheitsbereich übertragen lassen: Berücksichtigung der Diversität von Versorgungsnutzer*innen und/oder Mitarbeiter*innen- Instrumente, die einzelne oder mehrere Diversitätsdimensionen berücksichtigen, z. B. Kultursensibilität, Migrationssensibilität- Strategien zur Umsetzung einer diversitätssensiblen Gesundheitsversorgung- Möglichkeiten der Evaluation diversitätssensibler Maßnahmen- deutsch-, englisch- und französischsprachige Studien- Publikationsjahre 1990-2019	<ul style="list-style-type: none">- Instrumente, die sich nicht auf den Bereich der Gesundheitsversorgung übertragen lassen- Allgemeine Publikationen zum Thema Diversität- Nicht verfügbare Volltexte

Eingeschlossen wurden alle deutsch-, englisch- und französischsprachigen Studien von 1990 bis zum Recherchezeitpunkt (Sommer 2019), die eingesetzte Diversitätsmanagementstrategien aus unterschiedlichen Dienstleistungsbereichen behandeln (s. Tabelle 1). Studien sind ausgeschlossen worden, wenn sie nicht auf die Gesundheitsversorgung übertragbar waren. In einem weiteren Schritt wurde nach ‚grauer‘ Literatur zur Fragestellung über die Internetsuchmaschinen Google Search und Google Scholar recherchiert. Zusätzlich wurde Literatur über die Bibliotheks- und Fernleihkatalogen der Universitäten Bielefeld und Chemnitz identifiziert, darunter relevante Monografien und Buchbeiträge sowie Beschreibungen von Projekten.

Neben ganzheitlichen Diversitätsmanagementstrategien, Konzepten, die alle oder mehrere Diversitätsmerkmale berücksichtigen, wurden auch Instrumente eingeschlossen, die einzelne Diversitätsmerkmale thematisieren. Darüber hinaus wurden Instrumente zur Berücksichtigung von Diversität aus anderen Dienstleistungsbereichen, z. B. aus der Wirtschaftsbranche, berücksichtigt, wenn sich diese auf den Bereich der Gesundheitsversorgung übertragen ließen. Ein Beispiel hierfür sind Personalmanagementstrategien, die es erlauben, der Diversität von Mitarbeiter*innen Rechnung zu tragen. Ausgeschlossen wurden allgemeine Publikationen zum Thema Diversität und Instrumente, die sich nicht auf den Bereich der Gesundheitsversorgung übertragen ließen.

Studienauswahl

Über die Datenbank- und Handsuche (s. Abbildung 2) konnten zunächst 4.363 Treffer, davon 4.241 über Datenbanken und 122 über die Handsuche, ermittelt werden. Nach der Entfernung von Duplikaten und des Titel- und Abstractscreenings entsprechend der Ein- und Ausschlusskriterien (s. Tab. 1) konnten 3.909 Publikationen als potenziell relevant identifiziert werden. Zwei Reviewerinnen (TA und YYA) haben die ermittelten Treffer auf Ebene der Titel und Abstracts unabhängig voneinander auf Erfüllung der Einschlusskriterien überprüft und selektiert. Nach Screening und Bewertung der Volltexte haben sie 78 Publikationen, davon 19 über Datenbanken und 59 über die Handsuche, eingeschlossen. Bei Aufnahme der Literaturquelle erfolgte die Auswertung des Volltextes und die Extrahierung der Zusammenfassungen in einer extrahierten Tabelle. Anhand dessen wurden die Ergebnisse synthetisiert und in Textform zusammengefasst (s. Anhang 1).

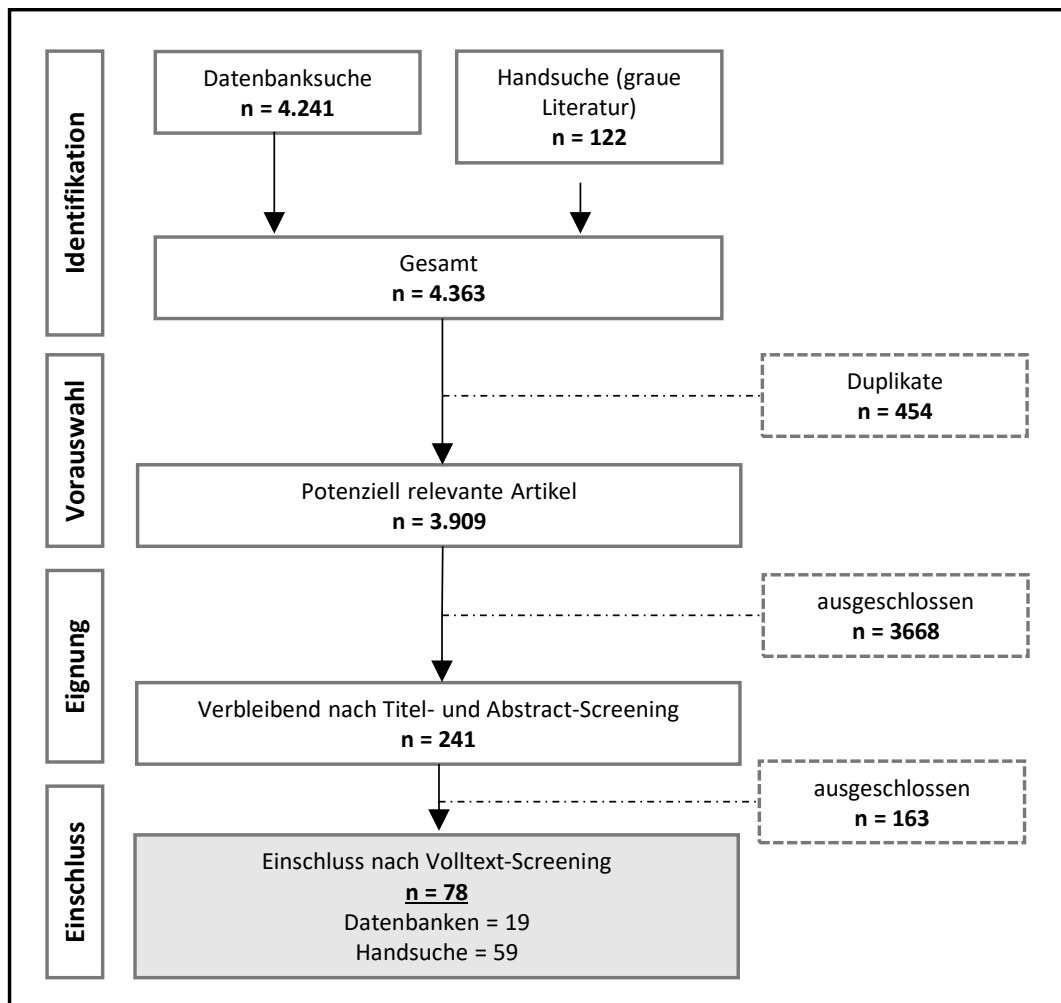


Abbildung 2: Flussdiagramm zur Literaturrecherche im Projekt DiversityKAT

3.2.2 Bewertung und Eingrenzung der Instrumente für den Instrumentenkatalog

Zusammenstellung der Instrumente

Die Zusammenstellung der diversitätssensiblen Instrumente und Strategien für den Instrumentenkatalog basiert auf den Ergebnissen des Scoping Reviews. Durch die Ein- und Ausschlusskriterien des Scoping Reviews wurden entsprechend nur Instrumente und Strategien zur Berücksichtigung der Diversität von Personal und Patient*innen im Gesundheitswesen – insbesondere für den Bereich der rehabilitativen Versorgung – eingeschlossen, auf die bei der Erstellung des Instrumentenkatalogs zurückgegriffen wurde.

Bewertung der Instrumente

Für die Entwicklung des Instrumentenkatalogs erfolgte eine Bewertung der 78 identifizierten Instrumente und Strategien. Zu diesem Zweck hat das Projektteam zunächst Bewertungskriterien (s. Tabelle 2), u. a. auf Grundlage der Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung

[19] und den Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung [20], zusammengestellt.

Tabelle 2: Bewertungskriterien zur Erstellung des Instrumentenkatalogs im Projekt DiversityKAT

Zielgruppenbezug	Nachhaltigkeit	Partizipation
Empowerment	Transparenz	Flexibilität
Klarheit/ Eindeutigkeit	Anwendbarkeit	Evaluation

Die Kriterien bezogen sich dabei stets auf die Gegebenheiten in der Gesundheitsversorgung. Beim Kriterium **„Zielgruppenbezug“** wurde daher die Orientierung des Instruments an den Bedürfnissen der Mitarbeiter*innen in Versorgungseinrichtungen sowie von Versorgungsnutzer*innen bewertet. Bei der **„Nachhaltigkeit“** haben die Reviewer*innen das Potential einer dauerhaften und nachweisbaren Veränderung durch das diversitätssensible Instrument bei den Mitarbeiter*innen bzw. Versorgungsnutzer*innen eingeschätzt. Mit der **„Partizipation“** wurde beurteilt, ob und in welchem Ausmaß Beteiligungsmöglichkeiten beispielsweise bei der Entwicklung, Umsetzung oder Anwendung der Strategie für die beteiligten Akteur*innen gegeben waren. Das Kriterium **„Empowerment“** beschreibt die Befähigung der bewerteten Maßnahme zur Erhöhung der Autonomie und Mitbestimmung des Personals beispielsweise bei Arbeitsprozessen und der Patient*innen beispielsweise bei Behandlungsmöglichkeiten. Die Beurteilung der **„Transparenz“** erfolgte auf Basis der Informationen zu den Zielen, Methoden und Quellen des zu bewertenden Instruments. Bei der **„Flexibilität“** bewerteten die Reviewer*innen die Optionen zu Ausnahmen oder die Möglichkeit der Berücksichtigung individueller Wünsche und Bedürfnisse bei der Umsetzung und Anwendung der Strategie. Bei der **„Klarheit/Eindeutigkeit“** und **„Anwendbarkeit“** erfolgte die Beurteilung der Verständlichkeit, Präzision, Nachvollziehbarkeit der Darstellung und die Definierbarkeit der Zielgruppen sowie zu erwartende Effekte durch den Einsatz des Instruments. Zuletzt wurde überprüft, ob eine **„Evaluation“** im Sinne einer Wirksamkeitsprüfung der diversitätssensiblen Strategien und Instrumente stattgefunden hat. Auf Bewertungskriterien wie beispielsweise **„Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis“** wurde bewusst verzichtet, da es bei keinem Instrument bzw. keiner Strategie Informationen zur Dokumentation gab.

Die Bewertung der Instrumente erfolgte durch vier Projektmitarbeiter*innen (TA, YYA, DP und MD) unabhängig voneinander, unter Verwendung einer vierstufigen Skala **„gar nicht ausgeprägt“** bis **„stark ausgeprägt“**. Waren sich die Mitarbeiter*innen uneinig, erfolgte eine Diskussion und gemeinsame Neubewertung des jeweiligen Instruments. Haben die Reviewer*innen fünf oder mehr Kriterien mit **„ausgeprägt“** oder **„stark ausgeprägt“** bewertet, wurde das Instrument eingeschlossen. Besonders hohe Relevanz haben sie dabei den Bewertungskriterien **„Anwendbarkeit“**, **„Klarheit/Eindeutigkeit“**

und „Flexibilität“ beigemessen, da diese Eigenschaften zum einen für die Umsetzung einer diversitätssensiblen Ausrichtung (z. B. ausreichend Flexibilität für die Rehabilitand*innen- und Mitarbeiter*innenorientierung) und zum anderen für eine praxisorientierte Anleitung (z. B. Anwendbarkeit des Instruments entsprechend den Rahmenbedingungen der Versorgungseinrichtung) elementar sind.

3.3 Postalische Befragung rehabilitativer und nicht-rehabilitativer Einrichtungen (B)

3.3.1 Rekrutierung der Einrichtungen

Zusammenstellung der Kontaktadressen

Die Zusammenstellung der Kontaktadressen aller ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland erfolgte im Frühjahr 2019 über die Datenbank www.rehakliniken.de. Die Kontaktadressen der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen wurde mithilfe des Pflege-Navigators der Allgemeinen Ortskrankenkasse www.pflege-navigator.de und die der Krankenhäuser über das Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (ohne Rehabilitationseinrichtungen) [21] zusammengestellt.

Versand der Fragebögen

Im Mai 2019 wurden im Rahmen der bundesweiten postalischen Fragebogenerhebung die Verwaltungsleitungen aller stationären Rehabilitationseinrichtungen (n=1233), aller Krankenhäuser (n=1125), einer Zufallsstichprobe von 5% aller stationären (n=776) und ambulanten Pflegeeinrichtungen (n=737) und einer Zufallsstichprobe von 50% aller ambulanten Rehabilitationseinrichtungen (n=129) angeschrieben und um die Beantwortung des Fragebogens gebeten (s. Anhang 2).

3.3.2 Datenerhebung

Erhebungsinstrument

Der Fragebogen umfasste sieben Seiten, bestehend aus einem Deckblatt und einem einseitigen Anschreiben mit einer Begriffsdefinition sowie Kontaktdaten der Ansprechpartner. Die Fragen, zusammengestellt aus bestehenden Standards und Empfehlungen einer diversitätssensiblen Versorgung (u. a. von der [22]), wurden unterteilt in drei Themenblöcke:

- (1) Organisationsbezogene Merkmale und Maßnahmen
- (2) Umgang mit der Diversität von Mitarbeiter*innen
- (3) Umgang mit der Diversität von Patient*innen

Der erste Themenblock umfasst organisationsbezogene Daten (z. B. Größe der Einrichtung, Anzahl der Mitarbeiter*innen etc.) sowie bereits umgesetzte bzw. geplante organisationsbezogene diversitätssensible Strategien (z. B. Diversitätssensibilität im Leitbild, Fortbildungen/Schulungen zum Thema etc.). Im zweiten Themenblock wurden die Einrichtungen nach ihrer Personalpolitik (z. B. Frauenanteil, Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund etc.) und den Angeboten für die Berücksichtigung der Diversität von Mitarbeiter*innen (z. B. flexible Arbeitszeiten, Betriebs- und Kindertagesstätten etc.) gefragt. Der letzte Themenblock diente zur Erhebung bereits umgesetzter Strategien sowie Herausforderungen im Umgang mit der Vielfalt der Patient*innen. Hierzu wurde nach bestehenden diversitätssensiblen Angeboten (z. B. mehrsprachiges Informationsmaterial, Menüauswahl etc.) gefragt. Am Ende des Fragebogens wurden die Einrichtungen zudem über sonstige Aspekte der Diversitätssensibilität, darunter nach dem Stellenwert (z. B. nach dem Zusammenhang zwischen der Berücksichtigung von Diversität und der Zufriedenheit von Patient*innen/Mitarbeiter*innen), nach Hürden und Hindernissen bei der Umsetzung einer diversitätssensiblen Versorgung sowie nach Hinweisen dazu befragt, wie Anleitungen und Handlungsempfehlungen aussehen müssten, um in der Versorgungspraxis zu unterstützen.

Im Fragebogen wurde mit verschiedenen mehrstufigen Antwortskalen gearbeitet. Darüber hinaus erhielten die Teilnehmer*innen bei 19 von 23 Fragen die Möglichkeit eigene Ergänzungen über ein freies Feld („Sonstiges, und zwar:___“) vorzunehmen. Vor dem Versand des Fragebogens erfolgte ein Prätest mit Vertreter*innen aus stationären und ambulanten Rehabilitationseinrichtungen, Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern. Ziel der Prätests war es einzuschätzen, wie viel Zeit zum Ausfüllen des Fragebogens benötigt wird, die Verständlichkeit bzw. Angemessenheit der Fragen zu überprüfen und ggf. fehlende Aspekte zu ergänzen. Die Ergebnisse der Prätests zeigten, dass die Beantwortung des Fragebogens 10-15 Minuten in Anspruch nahm und dass keine weiteren Anpassungen oder Ergänzungen am Fragebogen notwendig waren.

Im August 2019 wurden Einrichtungen, die bis zu diesem Zeitpunkt nicht geantwortet haben, erneut schriftlich kontaktiert. Dieses Erinnerungsschreiben enthielt zusätzlich zum Fragebogen eine Non-Responder-Postkarte, in der Einrichtungen, die sich gegen die Teilnahme an der Studie entschieden, die Gründe hierfür benennen konnten. Zur Auswahl standen folgende Gründe:

- „Aus zeitlichen Gründen.“
- „Der Fragebogen ist zu lang.“
- „Kein Interesse am Thema.“
- „Das Thema betrifft unsere Einrichtung nicht.“
- „Ich bin für die Beantwortung des Fragebogens nicht der/die richtige Ansprechpartner*in.“

Darüber hinaus konnten über ein freies Feld („Sonstiges, und zwar:“) zusätzlich ergänzende Angaben machen.

Rücklauf

Nach einmaliger Erinnerung lagen Antworten von insgesamt 622 Einrichtungen vor (Rücklaufquote insgesamt: 15,6%). Von 1125 Krankenhäusern haben 114 (10,1%), von 1233 stationären Rehabilitationseinrichtungen haben 233 (18,9%) und von 129 ambulanten Rehabilitationseinrichtungen haben 27 geantwortet (20,0%). Von 776 stationären Pflegeeinrichtungen haben 136 (17,5%) und von 737 ambulanten Pflegeeinrichtungen haben 112 (15,2%) den Fragebogen ausgefüllt. Das Porto für die Rücksendungen wurde durch Projektmittel übernommen.

Analyse

Die Auswertung der Daten erfolgte deskriptiv mittels Stata 16 [23]. Die Ergebnisse werden in Punktschätzern in Form von Anteilen in Prozenten angegeben. Der Anteil fehlender Werte lag im Durchschnitt bei weniger als 5%. Fehlende Werte wurden aus der Analyse ausgeschlossen.

3.4 Partizipativer Delphi-Prozess (C)

Das Projektteam erstellte auf Basis der Ergebnisse des Scoping Reviews und der quantitativen Einrichtungsbefragungen einen Entwurf der Handreichung bestehend aus dem Instrumentenkatalog und Handlungsleitfaden zur Umsetzung einer diversitätssensiblen Versorgung. Dieser Entwurf war die Ausgangslage für ein sich daran anschließendes mehrstufiges, modifiziertes Delphi-Verfahren, das sich von einem klassischen Delphi-Survey unterscheidet [24–26]. Im Fokus stand ein partizipatives Delphi-Verfahren [27], welches einem Mischtyp von Delphi-Verfahren entspricht [24, 26]. Das mehrstufige Delphi-Verfahren verknüpft mehrere Forschungsmethoden und Schritte mit verschiedenen Teilzielen, um das Ziel des Projektes DiversityKAT zu realisieren. Im Sinne eines partizipativen Forschungsansatzes war das Ziel des Delphi-Verfahrens die Expertise der Stakeholder einzubeziehen. Die Stakeholder wurden hierfür an der Interpretation der Ergebnisse und der Entwicklung des Instrumentenkatalogs und Handlungsleitfadens beteiligt und damit aktiv in den Erkenntnisprozess einbezogen. Der Vorteil bei diesem Vorgehen ist, dass ein Konsens entsteht, der die kommunikative Validierung, d. h. eine Auseinandersetzung der Ergebnisse mit den Teilnehmenden, ermöglicht. Zum modifizierten Delphi-Verfahren im DiversityKAT-Projekt wurden Fokusgruppen mit Gesundheitspersonal aus Rehabilitationseinrichtungen (C-1) befragt, ein Diskussionszirkel mit Rehabilitationsträgern (C-2) zusammengestellt und eine abschließende Online-Befragung von Rehabilitationseinrichtungen (C-3) durchgeführt. Die verschiedenen Perspektiven zwischen den Forscher*innen und Teilnehmer*innen der Fokusgruppen und

dem Diskussionszirkel ermöglichten es den Forschungsprozess voranzutreiben – hier die (Weiter-) Entwicklung der Handreichung – und durch Reflektion mit bestehendem Material neue Erkenntnisse zu generieren ([28], zitiert nach [29]).

Zudem wurde im Delphi-Verfahren zirkulär gearbeitet, d. h. im mehrstufigen Delphi-Verfahren wurde wiederholt reflektiert und überarbeitet (s. Abbildung 1). In einem ersten Schritt hat Gesundheitspersonal in qualitativen Fokusgruppendifkussionen in n=7 ausgewählten Rehabilitationseinrichtungen den Entwurf des Instrumentenkatalogs und Handlungsleitfadens im Hinblick auf seine Umsetzbarkeit sowie mögliche Implementierungsbarrieren bewertet und konsentiert. Nach der Durchführung von vier Fokusgruppen, hat das Projektteam die Ergebnisse ausgewertet und den Entwurf der Handreichung insgesamt überarbeitet. In einem nächsten Schritt wurden Rehabilitationsträger in den Delphi-Prozess einbezogen, an dem sich die DRV Bund, die DRV Rheinland, die DRV Nord, die DRV Westfalen sowie die DRV Baden-Württemberg beteiligten. Vertreter*innen der Rehabilitationsträger erhielten eine Einladung zu einem Diskussionszirkel, bei dem der zuvor in Fokusgruppen mit Rehabilitationseinrichtungen konsentierte Entwurf des Instrumentenkatalogs und Handlungsleitfadens im Hinblick auf konkrete Unterstützungsmöglichkeiten bei der Implementierung entsprechender Instrumente diskutiert wurde. Im Fokus stand dabei sowohl der Inhalt als auch dessen gestalterische und didaktische Aufbereitung. Der Entwurf des Instrumentenkatalogs und Handlungsleitfadens wurde um die Ergebnisse des Austauschtreffens erweitert und überarbeitet. Daraufhin erfolgten drei weitere Fokusgruppen mit Personal aus Rehabilitationseinrichtungen. Die Diskussionen des Delphi-Prozesses wurden mittels Tonaufnahmen digital erfasst und transkribiert. Im nächsten Schritt des Delphi-Prozesses wurden die Inhalte des erweiterten Entwurfs des Instrumentenkatalogs und Handlungsleitfadens in einem postalischen Delphi-Survey von Rehabilitationseinrichtungen im Hinblick auf die Relevanz, Umsetzbarkeit und die Umsetzungsbereitschaft vorgeschlagener Maßnahmen evaluiert.

Auf Basis der Ergebnisse der Delphi-Schritte C-1 und C-2 hat das Projektteam (bestehend aus den Projektmitarbeiter*innen und den Antragsteller*innen) den Forschungsprozess in Rücksprache mit dem Projektbeirat (bestehend aus Wissenschaftler*innen, Praktiker*innen aus Gesundheitseinrichtungen und Rehabilitationsträgern) durchgehend reflektiert und die finale Version des Instrumentenkatalogs und Handlungsleitfadens erstellt. Die Protokolle aus Beiratstreffen und Diskussionszirkel sind im Sinne einer kommunikativen Validierung an die jeweiligen Teilnehmer*innen zurückgemeldet worden, sodass ein Austausch über eine weitere Vorgehensweise möglich gewesen ist. Dieses methodische Vorgehen entspricht der aktuellen, methodischen Auseinandersetzung von Delphi-Verfahren in der Gesundheitsforschung, in welcher mit Mixed-Methods-Verfahren gearbeitet wird, um Entscheidungen auf Basis eines Konsenses zu treffen [25, 24, 30]. Dies leistet ferner einen Beitrag zur Dissemination

der Ergebnisse in der Forschungs- und Praxislandschaft und erhöht die Bereitschaft zur Implementierung vorgeschlagener Instrumente und dadurch zur Initiierung von Veränderungsprozessen in der Praxis [31, 32].

3.4.1 Fokusgruppenbefragungen (C-1)

Leitfaden und Prätestung

Der Interviewleitfaden für die Fokusgruppendifkussion basiert auf den Ergebnissen des Scoping Reviews und der postalischen Befragung (s. Anhang 3). Der halb-strukturierte Leitfaden diente in den Fokusgruppen als Stütze der Diskussion und ermöglichte eine Vergleichbarkeit bei der Auswertung. Das Projektteam entwickelte den Leitfaden in mehreren internen Treffen im gemeinsamen Austausch (s. Abbildung 3). Das Ziel des Leitfadens war die Bewertung und Konsentierung des Entwurfs auf seine Umsetzbarkeit sowie die Erhebung möglicher Implementierungsbarrieren durch die Fokusgruppen. Die Unterstützung der Methodenberatung des NRW-Forschungsverbands für Rehabilitationswissenschaften wurde ebenfalls im Entwicklungsprozess in Anspruch genommen. Der entwickelte Leitfaden und die Themenbereiche basierten zudem auf Vorwissen aus früheren Studien und Erfahrungen [33–35].



Abbildung 3: Entwicklung des Leitfadens für die Fokusgruppen im Projekt DiversityKAT

Einschätzung/Bewertung des Instrumentenkatalogs und Handlungsleitfadens

Der finale Leitfaden für die Fokusgruppendifkussion enthält folgende sechs Kategorien:

- 1) Handlungsleitfaden
 - Art der Darstellung
 - Aufbau und Gliederung
 - Konsentierung
- 2) Instrumentenkatalog
 - Art der Darstellung
 - Aufbau und Gliederung
 - Konsentierung
- 3) Einschätzung der Umsetzbarkeit: Instrumentenkatalog und Handlungsleitfaden
 - Informationsgehalt
 - Umsetzbarkeit
 - Voraussetzungen
- 4) Umsetzungsmöglichkeiten (hinderliche und förderliche Faktoren)
 - Herausforderungen
 - Voraussetzungen
- 5) Relevanz/Stellenwert
 - Versorgung
 - Patientenorientierung
- 6) Verbesserungsvorschläge

Der Leitfaden wurde Ende August 2019 mit einer Mitarbeiterin einer Rehabilitationseinrichtung prägetestet.

Einschlusskriterien

Die Rekrutierung der Rehabilitationseinrichtungen n=7 erfolgte über Netzwerke des Projektteams. Die Fokusgruppen bestanden aus Mitarbeiter*innen unterschiedlicher Berufsgruppen und unterschiedlicher Rehabilitationseinrichtungen. Teilgenommen haben Ärzt*innen, Therapierende, Sozialarbeitende, Ernährungsberater*innen, Pflegekräfte und Verwaltungspersonal. Es wurden Rehabilitationskliniken ohne bestimmte Indikationsgruppen und Versorgungsart (ambulant und stationär) eingeschlossen.

Durchführung

Durch die Auswahl der Rehabilitationseinrichtungen aus verschiedenen Bundesländern (s. Tab. 3) (theoretisches Sampling mit maximal kontrastierendem Vergleich) war es möglich qualitatives Material mit einer großen Informationsbreite zu erheben. Das dient der Vermeidung von Selektionsfehlern [36, 37]. Die Rekrutierung von Rehabilitationseinrichtungen erfolgte über Forschungsnetzwerke von Mai 2019 bis März 2020.

Tabelle 3: Stichprobenbeschreibung der Fokusgruppenbefragungen im Projekt DiversityKAT

Merkmale	Gesamt (N=44)
Alter (M, SD)	47 (11,5)
Geschlecht (N, %)	
<i>Frauen</i>	28 (64)
<i>Männer</i>	16 (36)
Migrationshintergrund (N, %)	5 (11,4)
Berufsgruppe (N, %)	
<i>Arzt/Ärztin</i>	15 (34)
<i>Psychotherapeut*in</i>	2 (5)
<i>Psycholog*in</i>	3 (7)
<i>Physiotherapeut*in</i>	11 (25)
<i>Pflegekraft</i>	7 (16)
<i>Sonstige</i>	6 (14)

Legende: N=Anzahl, M=Mittelwert, SD=Standardabweichung

Die Rekrutierung der Mitarbeiter*innen in den Kliniken erfolgte über Kontaktpersonen und über telefonische Ansprache oder per E-Mail. Diese Mitarbeiter*innen informierten potenzielle Teilnehmende der Fokusgruppen und organisierten die Räumlichkeiten für die Diskussion. Die Ansprechpartner*innen oder ärztlichen Leitung in den Kliniken erhielten bei Erstkontakt die Informationsbroschüre zu den Studieninhalten (s. Anhang 4). Bei Zusage zur Gruppendiskussion erhielten sie zudem die zu bewertenden Teile der Handreichung (entweder den Instrumentenkatalog und theoretischen Rahmen oder den Handlungsleitfaden und ein exemplarisches Instrument). Es wurden 6-8 Personen je Fokusgruppe angestrebt und in den meisten Fällen realisiert. Insgesamt haben 44 Mitarbeiter*innen aus 9 verschiedenen Berufsgruppen in den 7 Rehabilitationseinrichtungen teilgenommen. Die Fokusgruppen wurden in den Konferenz- oder Seminarräumen oder den Ärztebibliotheken der Einrichtungen durchgeführt.

Die ersten vier Fokusgruppen fanden zwischen September und Oktober 2019 statt. Zwischen Februar und März 2020 haben drei weitere Fokusgruppen stattgefunden. Aufgrund von Dienstreisebeschränkungen durch die COVID-19-Pandemie konnten zwei Fokusgruppen in Berlin-Brandenburg nicht mehr durchgeführt werden. Dieses wurde allerdings auch als nicht notwendig erachtet, da sich nach Durchführung und Auswertung der vorhandenen n=7 Fokusgruppen eine Informationssättigung feststellen ließ.

Die Mitarbeiter*innen der Rehabilitationseinrichtungen wurden durch die Studienbroschüre und zu Beginn der Fokusgruppendiskussion über den Zweck der Studie, Ansprechpartner*innen sowie über die Vorgehensweise bei der Datenerhebung und dem Datenmanagement, die Freiwilligkeit der Teil-

nahme und die Anonymisierung der erhobenen Informationen aufgeklärt. Alle Befragten gaben zu Beginn der Fokusgruppendifkussion ihre Einwilligung zur Teilnahme. Darüber hinaus machten die Mitarbeiter*innen Angaben zu soziodemografischen Daten u. a. zum Geschlecht, Alter und Berufsgruppe und -erfahrung. Die befragten Personen stimmten der Aufnahme der Befragung durch ein Tonbandgerät mündlich und schriftlich zu. Die Moderatorin nutzte Moderationskarten, um den Mitarbeiter*innen der Rehabilitationseinrichtungen das Projekt, dessen Ziele und das Ziel der Fokusgruppe zu erläutern. Zu Beginn jeder Fokusgruppe hat die Moderatorin mit einem Fallbeispiel eingeleitet, welches typische Herausforderungen der diversitätssensiblen Versorgung aufgriff und an dem sich die Studienteilnehmer*innen beim erneuten Lesen der Handreichung problemorientiert vorgehen sowie immer wieder in der Fokusgruppendifkussion auf die Problemstellung zurückgreifen konnten.

Die Fokusgruppendifkussionen hatten eine Länge von ca. 45 - 95 Minuten. Die qualitativen Daten wurden unmittelbar nach jedem Interview auf Basis der Tonaufnahmen anonymisiert transkribiert und anschließend gelöscht, so dass kein Rückschluss auf einzelne Teilnehmer*innen der Fokusgruppen möglich ist.

Auswertung

Die Auswertung der qualitativen Daten erfolgte auf Basis der anonymisierten Transkriptionen auf Grundlage der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring [38] mit der Software MAXQDA [39]. Das Kategoriensystem zur Auswertung der Fokusgruppendifkussion wurde zunächst deduktiv auf der Grundlage des entwickelten und genutzten Leitfadens im Projektteam erarbeitet. Dieses Kategoriensystem orientierte sich zudem an dem Ziel der Fokusgruppendifkussion im Rahmen des Delphi-Prozesses. Das Auswertungsteam hat deduktiv vier Haupt- und 18 Subkategorien gebildet (s. Abbildung 4). Induktiv fanden weitere Ergänzungen zu den im Handlungsleitfaden aufgeführten exemplarischen Instrumenten – Diversity-Traning, Cultural Awareness Tool, professionelle Dolmetscher*innen, Mediation und den diversitätssensiblen Bedürfniserfassungsfragebogen (DiBe-17), statt.

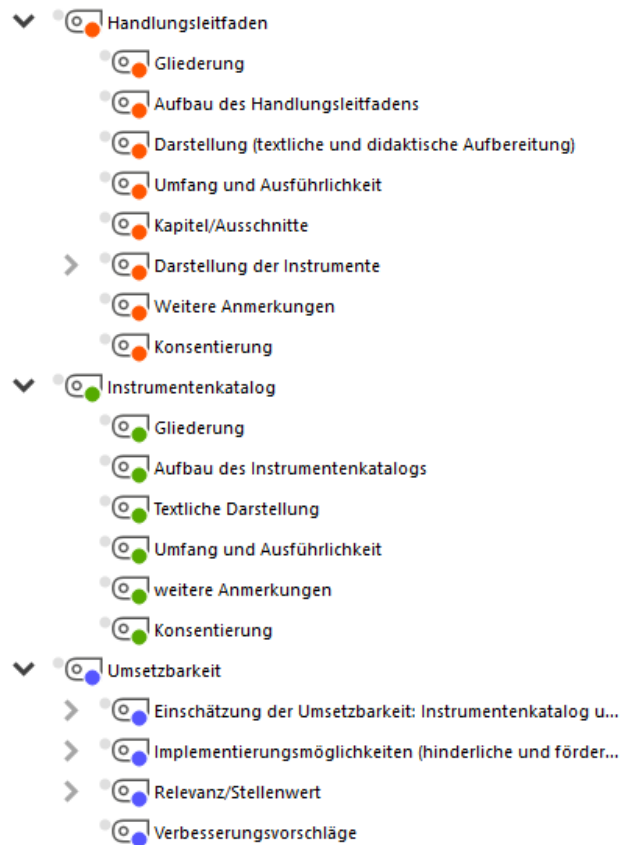


Abbildung 4: Kategoriensystem für die qualitative Auswertung im Projekt DiversityKAT

3.4.2 Diskussionszirkel (C-2)

Leitfaden für den Diskussionszirkel

Wie in den Fokusgruppen diente der Leitfaden im Diskussionszirkel als Stütze, um eine Vergleichbarkeit bei der Auswertung zu ermöglichen [40]. Der Leitfaden des Diskussionszirkels enthält die gleichen Kategorien und Themenblöcke wie der Leitfaden für die Fokusgruppen (s. Anhang 5). Der Fokus beim Diskussionszirkel lag allerdings mehr auf den Aspekten Relevanz, Bewertung und Umsetzung bzw. Umsetzungsbereitschaft aus Sicht der Rehabilitationsträger.

Durchführung

Am Diskussionszirkel haben die Rehabilitationsträger DRV Baden-Württemberg, DRV Rheinland, DRV Bund, DRV Nord und DRV Rheinland (n=5) teilgenommen. Zudem war das DiversityKAT-Projektteam an der Diskussion mit den Trägern beteiligt.

Anfang Januar erhielten die Teilnehmer*innen (per E-Mail) den Entwurf der Handreichung (Handlungsleitfaden und Instrumentenkatalog), Einverständniserklärungen, die soziodemografische Befragung

und ein Handout für die Handreichung. Der Diskussionszirkel fand daraufhin Mitte Januar in den Räumlichkeiten der DRV Bund in Berlin statt.

Der aktuelle Stand des Projektes DiversityKAT wurde über eine Präsentation vorgestellt. Daraufhin erfolgte die Feedbackrunde zur vorläufigen Handreichung sowie die konkrete Diskussion zur Relevanz, Umsetzbarkeit und Umsetzungsbereitschaft des Instrumentenkatalogs und Handlungsleitfadens. Zum Schluss des Diskussionszirkels erfolgte eine Zusammenfassung der Ergebnisse der Feedbackrunde sowie der nächsten Schritte innerhalb des Projektes.

Die Feedbackrunde begann mit einer kurzen Einleitung in die Gliederung der Diskussion. Die Blöcke I-III wurden jeweils mit Beispielausschnitten aus der Handreichung eingeleitet, d. h. zur Handreichung wurden die Ausschnitte der Kapitel „Einleitung bis Planungs- und Implementierungsprozess“ (Block I), „Exemplarische Instrumente“ (Block II) und „Theoretischer Rahmen und Instrumentenkatalog“ (Block III) kurz beschrieben. Anschließend konnten die Teilnehmer*innen die Unterlagen zu den jeweiligen Kapiteln einige Minuten sichten. Für die ersten drei Blöcke nutzte die Moderatorin die Leitfrage „Wie finden Sie die Darstellung der Informationen des ...xyz...?“. Alle weiteren Teil- und Nachfragen wurden aus dem Leitfaden für Fokusgruppen angewendet. Die Fragen aus Block IV hat die Moderatorin flexibel während der Diskussion eingesetzt.

Die Feedbackrunde der Handreichung dauerte etwa drei Stunden. Die befragten Personen stimmten der Aufnahme der Befragung durch ein Tonbandgerät mündlich und schriftlich zu. Die Ergebnisse wurden schriftlich protokolliert und anonymisiert. Die Tonaufnahme wurde danach gelöscht. Das Projektteam hat die Ergebnisse des Diskussionszirkels anhand des Protokolls ausgewertet.

Kategoriensystem

Das Kategoriensystem für den Diskussionszirkel entspricht jenem, welcher bereits für die Auswertung der Fokusgruppen (s. Kapitel 2.4.1) erstellt wurde. Das Kategoriensystem wurde nur wenig für die Auswertung des Diskussionszirkels modifiziert.

3.4.3 Online-Survey (C-3)

Fragebogenentwicklung und Messinstrumente

Das Projektteam erstellte den Fragebogen auf Grundlage des Leitfadens der Fokusgruppen und des Diskussionszirkels. Als roter Faden diente dabei die Struktur der Handreichung. Ebenso bezog das Projektteam die Ergebnisse der Auswertung aus den Fokusgruppendifkussionen und des Diskussionszirkels mit ein. Dabei lag der Fokus auf den Aspekten, bei denen es übergreifend in den Fokusgruppen und im Diskussionszirkel zu einem Konsens gekommen ist, sodass folgende Themenblöcke entstanden:

- 1) Gesamte Handreichung
- 2) Einleitung
- 3) Planung und Implementierungsprozess
- 4) Exemplarische Instrumente
- 5) Instrumentenkatalog
- 6) Nutzung, Bereitstellung und Umsetzbarkeit der gesamten Handreichung

Stichprobe und Durchführung

Da die Rehabilitationseinrichtungen aufgrund der Covid-19-Pandemie nur eingeschränkt zu erreichen waren, erfolgte der Versand der Fragebogen über Limesurvey in einer Online-Version, um eine breite Response über wiederholte Befragungen zu ermöglichen. Für die Befragung hat das Projektteam n=233 Rehabilitationseinrichtungen (Einrichtungen, die an der postalischen Befragung teilgenommen haben) per E-Mail angeschrieben, in der sie den Link für die Onlinebefragung und den Entwurf der Handreichung als PDF zugeschickt bekamen. Der Online-Survey fand im April 2020 statt. Die Einrichtungen erhielten Mitte Mai eine Erinnerungsemail. Eine Non-Responder-Befragung erfolgte ebenfalls in dem genannten Kontext, um zu ermitteln, ob die Nichtteilnahme in Zusammenhang mit bestimmten Eigenschaften der Einrichtungen steht, und inwiefern sich teilnehmende und nicht teilnehmende Einrichtungen voneinander unterscheiden. Aufgrund einer niedrigen Rücklaufquote wurden zudem die Ansprechpartner*innen der durchgeführten Fokusgruppen kontaktiert und gebeten an der Online-Befragung teilzunehmen. Dennoch konnte die Response nicht erhöht werden, sodass am Ende des Befragungszeitraums lediglich 3 vollständige Rückantworten von Rehabilitationseinrichtungen vorlagen. Aufgrund der geringen Rücklaufquote erfolgte keine Auswertung.

4. Ergebnisse

4.1 Scoping Review

Ergebnisse des Scoping Reviews – identifizierte diversitätssensible Strategien und Instrumente

Im Rahmen des Scoping Reviews schlossen die Reviewerinnen 78 Publikationen (s. Anhang 1) mit Strategien und Instrumenten zur Berücksichtigung der Diversität von Mitarbeiter*innen und Patient*innen ein. Unter den Publikationen haben sie neben Anleitungen, Konzepten und Managementstrategien, bestehend aus Arbeitshilfen, Handlungsleitfäden und Beispielen von eigenen Vorgehensweisen von Unternehmen bei der Umsetzung von Diversitätssensibilität, auch Checklisten, Fragebögen und digitale Tools beispielsweise zur Einschätzung des Bedarfs an diversitätssensiblen Angeboten bzw. des aktuellen Standes der diversitätssensiblen Ausrichtung des Unternehmens, identifiziert.

Die recherchierten Instrumente und Strategien lassen sich dabei drei verschiedenen Ebenen zuordnen:

- a) Instrumente auf Organisationsebene: Verankern die Berücksichtigung von Diversität in den Organisationsstrukturen und -prozessen innerhalb des Unternehmens oder der Einrichtung
- b) Instrumente zum Umgang mit der Diversität von Mitarbeiter*innen: Berücksichtigen die Vielfalt der Mitarbeiter*innen in ihren unterschiedlichen Bedürfnissen und Erwartungen
- c) Instrumente zum Umgang mit der Diversität von Kund*innen/Klient*innen/Patient*innen: Berücksichtigen die Vielfalt der Nutzer*innen der Dienstleistung in ihren unterschiedlichen Bedürfnissen und Erwartungen

Entwicklung des Instrumentenkatalogs

Nach Bewertung der Instrumente hat das Projektteam (s. Kapitel 2.2.1) insgesamt 34 der 78 im Scoping Review identifizierten diversitätssensiblen Strategien in den Instrumentenkatalog eingeschlossen.

Darstellung der Instrumente

Die Darstellung der Instrumente im **detaillierten** Katalog erfolgte in Tabellenform. Die Spalten der Tabelle bestehen aus:

- 1) Titel des Instruments
- 2) der Beschreibung, Zielsetzung und dem theoretischen Rahmen
- 3) der Quelle
- 4) dem Land, in dem das Instrument entwickelt wurde
- 5) dem Fokus, also der Information darüber, welche Diversitätsdimensionen mithilfe des Instruments berücksichtigt werden können
- 6) der beteiligten Berufsgruppe/n und
- 7) der Information darüber, ob das Instrument bereits evaluiert wurde oder nicht.

Im Sinne der Praxisorientierung hat das Projektteam zudem eine **Auswahltabelle** entwickelt, die es Nutzer*innen ermöglichen soll, schnell und möglichst niedrigschwellig Instrumente auszuwählen, die den Bedürfnissen der Versorgungseinrichtung entsprechen. In der Auswahltabelle ist aufgeführt:

- 1) der Titel des Instruments
- 2) Zweck/Ziel
- 3) die thematisierten Diversitätsmerkmale
- 4) die beteiligten Berufsgruppen
- 5) die Zielgruppe/n
- 6) Informationen über die Evaluation und
- 7) der Verweis (Seitenzahl) des Instruments in der detaillierten Tabelle.

In der Kurzversion des Instrumentenkatalogs können Praktiker*innen durch die bildliche Darstellung der Eigenschaften nähere Details erhalten. Die berücksichtigten Diversitätsmerkmale, die beteiligten Berufsgruppen, die Zielgruppen und die Information über die Evaluation werden mithilfe von Punkten abgebildet. Dadurch wird ihnen ermöglicht, auf einen Blick zu erkennen, welches Instrument für sie in Frage kommt. Der ausführlichen Version des Instrumentenkatalogs können sie dann im Anschluss weitere Informationen entnehmen.

4.2 Postalische Befragung

4.2.1 Rehabilitationseinrichtungen

Für die Analyse wurden Informationen von n=233 Rehabilitationseinrichtungen einbezogen. Aufgrund des zu geringen Rücklaufs (n=27) wurden die Fragebögen aus den ambulanten Rehabilitationseinrichtungen aus der Auswertung ausgeschlossen. Etwa die Hälfte der Rehabilitationseinrichtungen werden von privaten und 35% von gemeinnützigen Trägern betrieben. 16% der Einrichtungen werden staatlich betrieben. Jeweils ein Viertel der erfassten Einrichtungen beschäftigt 10-49 bzw. 50-99 Mitarbeiter*innen, 35% der Einrichtungen beschäftigt 100-199 Mitarbeiter*innen. Ein kleinerer Teil der erfassten Rehabilitationseinrichtungen, ca. 14%, hat zwischen 200-499 Mitarbeiter*innen. Ungefähr 4% der Einrichtungen gaben mehr als 500 Beschäftigte an. Vermutlich handelt es sich bei diesen Angaben um Klinikgruppen.

Diversitätssensible Ausrichtung

Die Mehrheit der Einrichtungen gibt an, diversitätssensible Aspekte im Leitbild (59,2%) und/oder im Qualitätsmanagement (59,2%) zu berücksichtigen (s. Tabelle 4). 19,5% der Einrichtungen bieten regelmäßige Schulungen, Fortbildungen oder Fachberatungen zum Thema an. Arbeitsgruppen zum Thema Diversitätssensibilität existieren in 8% der Einrichtungen, während 7,4% über eine*n Diversitätsbeauftragte*n verfügen.

Tabelle 4: Strukturelle Berücksichtigung von Diversität in Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland (Anteil in %, n=233; Quelle: Online-Befragung im Rahmen des Projektes DiversityKAT)

	nein	in Planung	bereits umgesetzt
Berücksichtigung diversitätssensibler Aspekte im Leitbild	31,6	9,2	59,2
Berücksichtigung diversitätssensibler Aspekte im Qualitätsmanagement (z. B. bei der Bearbeitung von Beschwerden)	29,8	11,0	59,2
Gründung von Arbeitsgruppen zum Thema Diversitätssensibilität	86,2	5,8	8
Benennung oder Einstellung von Diversitätsbeauftragten	89,1	3,5	7,4
Regelmäßige Fortbildungen o.Ä. zur Förderung der Diversitätssensibilität	61,5	19,0	19,5
Einbeziehung externer Dienstleister oder Organisationen (z. B. Beratung/Coaching) in die Planung oder Umsetzung diversitätssensibler Maßnahmen	83,3	10,5	6,2

Diversitätssensible Angebote für Mitarbeiter*innen

85,4% der Einrichtungen bieten Mitarbeiter*innen flexible Arbeitszeiten an, etwa die Hälfte (48,1%) zumindest teilweise die Möglichkeit, von Zuhause aus zu arbeiten. Bei Bedarf können sich Mitarbeiter*innen in 70% der befragten Rehabilitationseinrichtungen zusätzliche (ggf. unbezahlte) Urlaubstage nehmen. Job-Sharing (Arbeitsplatzteilung) ist in etwa 35% der Einrichtungen möglich. Etwa 10% der Einrichtungen bieten ihren Mitarbeiter*innen eine Betriebskindertagesstätte.

Diversitätssensible Angebote für Rehabilitand*innen

Mehrsprachige Einverständniserklärungen, Form- und Merkblätter für Rehabilitand*innen werden in etwa jeder fünften Einrichtung angeboten. Selten werden Informationen zu Speiseplänen (6,3%) und auf Internetseiten (8,4%) übersetzt (s. Tabelle 5). Vor allem Behandlungen (45,7%), Aufnahme-, Entlassungs- (48,5%) oder Beratungsgespräche (35,7%) werden Rehabilitand*innen in mehreren Sprachen angeboten. Schulungen, Vorträge oder Seminare werden bisher nur vereinzelt in verschiedenen Sprachen durchgeführt (11,5%). Sprachunabhängiges Material wird in vielen Einrichtungen vor allem in Form von Beschilderungen und Wegweisern (38,5%) und als Informationsmaterial zur Verfügung gestellt. Selten werden Therapiepläne (7%) oder Speisepläne (10,4%) sprachunabhängig dargestellt. Leistungen bzw. Materialien zur Erleichterung der Kommunikation für Menschen mit besonderen Bedarfen wie Schriftdolmetscher*innen (4,5%) oder Informationen in Braille (1%) kommen bislang nur vereinzelt zum Einsatz. Gebärdendolmetscher*innen werden in etwa 20% der Einrichtungen hinzugezogen. Ungefähr 40% der Einrichtungen gaben an, über eine Liste von Mitarbeiter*innen mit Fremdsprachenkenntnissen zu verfügen.

Tabelle 5: Vorhandene diversitätssensible Materialien/Leistungen für Rehabilitand*innen in Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland (Anteil in %, n = 233, Quelle: Online-Befragung im Rahmen des Projektes DiversityKAT)

Mehrsprachiges Angebot von Materialien: Dokumente und Informationsmaterial	nicht vor- handen/ nicht zutreffend	nein	in Planung	bereits umgesetzt
Einverständniserklärungen	26,4	46,8	6,9	19,9
Form- und Merkblätter	25,6	45,2	7,0	22,2
Internetseiten/Homepage	24	59,2	8,4	8,4
Speisepläne	24,0	62,5	7,2	6,3
Mehrsprachiges Angebot von Leistungen: Gespräche und Behandlungen	nicht vor- handen/ nicht zutreffend	nein	in Planung	bereits umgesetzt
Aufnahme- oder Entlassungsgespräche	16,9	32,0	2,6	48,5
Beratungsgespräche (z. B. Sozialberatung)	16,7	44,9	2,6	35,7
Behandlungen	17,0	33,5	3,9	45,6
Schulungen, Vorträge usw.	21,7	65,9	0,9	11,5
Sprachunabhängiges Angebot von Materialien	nicht vor- handen/ nicht zutreffend	nein	in Planung	bereits umgesetzt
Informationsmaterial	18,6	57,6	4,8	19,0
Beschilderung, Wegweiser	16,5	41,6	3,5	38,5
Therapiepläne	19,6	70,8	2,6	7,0
Speisepläne	21,3	67,0	1,3	10,4
Leistungen/Materialien zur Erleichterung der Kommunikation für Menschen mit besonderen Bedarfen	nicht vor- handen/ nicht zutreffend	nein	in Planung	bereits umgesetzt
Schriftdolmetscher*innen	26,3	68,3	0,9	4,5
Informationen (z. B. Speisepläne) in Braille	25,3	73,3	0,4	1,0
Gebärdendolmetscher*innen	24,1	54,5	1,8	19,6
Liste von Mitarbeiter*innen mit Fremdsprachen- kenntnissen	17,3	33,2	7,5	42,0

Relevanz diversitätssensibler Angebote

Die Mehrheit der Befragten, etwa 62%, sieht eine diversitätssensible Ausrichtung der Einrichtung als notwendig an (s. Tabelle 6). 64,5% der Einrichtungen sehen es als wichtig an, dass Mitarbeiter*innen an Schulungen zum Umgang mit der Diversität von Rehabilitand*innen teilnehmen. Darüber hinaus stimmen der Aussage, dass eine diversitätssensible Ausrichtung zukünftig eine noch größere Bedeutung spielen werde, etwa drei Viertel der Einrichtungen (72,7%) zu.

Tabelle 6: Wahrgenommene Relevanz von Diversitätssensibilität durch Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland (Anteil in %, n=233, Quelle: Online-Befragung im Rahmen des Projektes DiversityKAT)

Zustimmung zu folgenden Aussagen	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu
Diversitätssensible Ausrichtung ist notwendig	16,2	46,1	27,6	10,1
Teilnahme der Mitarbeiter*innen an Schulungen zum Umgang mit Diversität ist wichtig	11,7	52,8	27,7	7,8
Stärkere Ausrichtung auf diversitätssensible Aspekte in der Zukunft vorgesehen	7,0	44,3	36,0	12,7
Diversitätssensible Ausrichtung wird für viele Einrichtungen zukünftig noch wichtiger	17,3	55,4	20,4	6,9
Wie wichtig ist Ihrer Meinung nach die Diversitätssensibilität einer Einrichtung für...	sehr wichtig	eher wichtig	eher unwichtig	vollkommen unwichtig
... die Zufriedenheit von Patient*innen	23,4	52,0	23,8	0,8
... die Zufriedenheit von Mitarbeiter*innen (z. B. durch bessere Behandlungs- und Prozessabläufe)	21,1	47,1	30,0	1,8
... den Behandlungserfolg von Patient*innen	25,0	50,0	23,7	1,3
... die Steigerung der Patient*innen-Zahlen	10,6	30,8	50,7	7,9

Nach Einschätzung der Einrichtungen ist Diversitätssensibilität besonders von Bedeutung für die Zufriedenheit von Rehabilitand*innen (75,4%), die Zufriedenheit der Mitarbeiter*innen (68,2%) und den Behandlungserfolg von Rehabilitand*innen (75%). Insgesamt 41,4% der Einrichtungen sahen eine diversitätssensible Versorgung als wichtigen Aspekt zur Steigerung der Rehabilitand*innen-Zahlen.

Hürden und Hindernisse bei der Umsetzung diversitätssensibler Angebote

Die am häufigsten genannten Hindernisse bei der Umsetzung einer diversitätssensiblen Versorgung sind fehlende Anreize der Versorgungsträger (53,2%), fehlende finanzielle Ressourcen (46,8%) und organisatorische Schwierigkeiten (42,9%). Weitere vielfach angegebene Hindernisse sind Unklarheiten hinsichtlich der Umsetzung (28,3%) und fehlende Überzeugung der Notwendigkeit solcher Maßnahmen seitens einiger Entscheidungsträger*innen (25,3%). Etwa 20% der Einrichtungen sehen keinerlei Hindernisse bei der Umsetzung.

Informationswünsche und Art der Informationsbereitstellung

Etwa zwei Drittel der Rehabilitationseinrichtungen gaben an Informationen online beispielsweise über eine Internetseite erhalten zu wollen. Knapp die Hälfte bevorzugt konventionelle Arbeitsbücher bzw. Broschüren zum Thema. 40% der Einrichtungen gaben an, über Schulungen und Seminare informiert werden zu wollen. Weniger interessant erscheinen Smartphone-Applikationen (12%) zum Thema Diversitätssensibilität.

Die Praktiker*innen wünschen sich vor allem Beispielmaßnahmen (60,5%), praxisnahe Anleitungen (56,7%) und Fallbeispiele (43,8%) zum Thema Diversitätssensibilität in der Gesundheitsversorgung. Ein Drittel der Einrichtungen erhoffen sich mehr Unterstützung beim Umgang mit Implementierungsschwierigkeiten.

4.2.2 Pflegeeinrichtungen

Aus der Stichprobe von n=1.513 Pflegeeinrichtungen haben n=248 ambulante und stationäre Einrichtungen den Fragebogen ausgefüllt und werden im Folgenden ausgewertet. Von den erfassten Einrichtungen waren 51,6% in privater, 44,3% in freigemeinnütziger und 2,4% in staatlicher Trägerschaft.

Relevanz diversitätssensibler Strategien in Pflegeeinrichtungen

Diversitätssensibilität wird von fast 80% der stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen als sehr oder eher wichtig für die Zufriedenheit der Patient*innen und Mitarbeiter*innen erachtet (s. Tabelle 7). Etwa 70% der Einrichtungen finden die Diversitätssensibilität als wichtig für den Behandlungserfolg der Patient*innen.

Tabelle 7: Wahrgenommene Relevanz der Diversitätssensibilität für Pflegeeinrichtungen in Deutschland (Anteil in %, n=248, Quelle: Online-Befragung im Rahmen des Projektes DiversityKAT)

Wie wichtig ist Ihrer Meinung nach die Diversitätssensibilität einer Einrichtung für...	sehr wichtig	eher wichtig	eher unwichtig	vollkommen unwichtig	sehr wichtig
... die Zufriedenheit von Patient*innen	31,9	46,8	15,7	2,4	3,2
... die Zufriedenheit von Mitarbeiter*innen (z. B. durch bessere Behandlungs- und Prozessabläufe)	33,1	45,2	14,5	2,8	4,4
... den Behandlungserfolg von Patient*innen	29,8	39,9	21,4	3,2	5,7
... die Steigerung der Patient*innen-Zahlen	15,3	22,6	37,5	18,2	6,5

Knapp 60% der befragten Pflegeeinrichtungen halten eine diversitätssensible Ausrichtung für wichtig (s. Abbildung 5). Über 70% sprechen der diversitätssensiblen Ausrichtung von Pflegeeinrichtungen zukünftig eine noch höhere Relevanz zu. Knapp 40% geben an, dass eine stärkere diversitätssensible Ausrichtung der eigenen Einrichtung in Zukunft nicht vorgesehen ist. Etwa ein Viertel der Einrichtungen stimmt voll, weitere 27% eher zu, dass eine diversitätssensible Ausrichtung aufgrund der finanziellen Situation nicht realisiert werden kann. Fast alle Einrichtungen geben an, dass sie auf die Behandlungsbedürfnisse von Patient*innen eingehen. Etwa 60% der Einrichtungen halten Fortbildungen/Schulungen zum Umgang mit Diversität für Mitarbeiter*innen für wichtig. Über drei Viertel der Pflegeeinrichtungen sind der Ansicht, dass praxisorientierte Empfehlungen die Implementierung von diversitätssensiblen Maßnahmen fördern könnten.

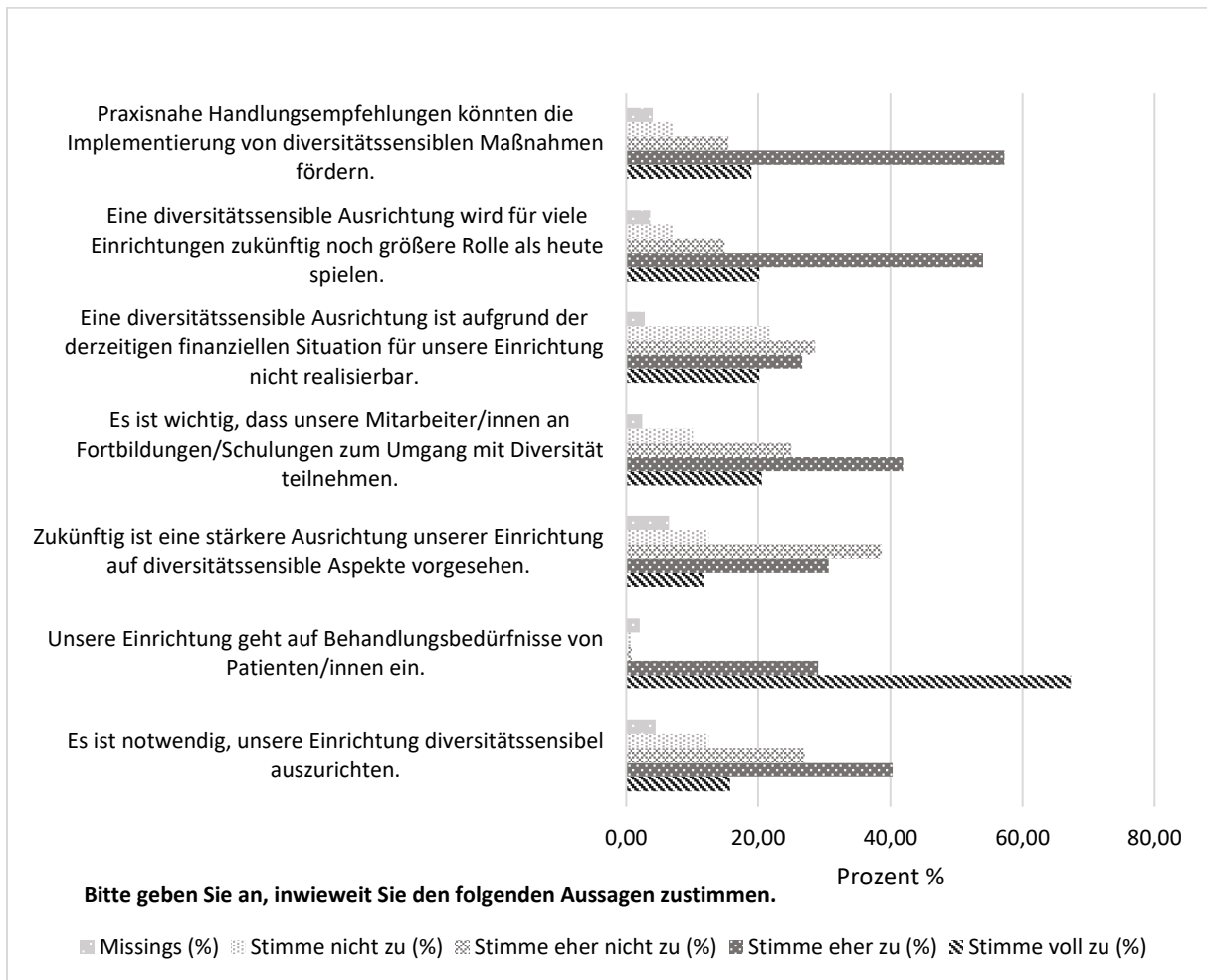


Abbildung 5: Wahrgenommene Relevanz diversitätssensibler Aspekte in Pflegeeinrichtungen in Deutschland (Anteil in %, n=248, Quelle: Online-Befragung im Rahmen des Projektes DiversityKAT)

Diversitätssensible Maßnahmen in Pflegeeinrichtungen

Erkennbar ist, dass die meisten Einrichtungen Diversität im Leitbild (66,5%) umgesetzt haben und Diversität im Qualitätsmanagement berücksichtigen (60,1%) (s. Tabelle 8). Bei jeweils 12% der Einrichtungen ist die Berücksichtigung von Diversität im Leitbild und im Qualitätsmanagement geplant. Mehr als die Hälfte der Pflegeeinrichtungen hat keine Öffentlichkeitsarbeit zu diversitätssensiblen Strategien umgesetzt oder vorgesehen. Ungefähr 80% haben keine Arbeitsgruppen zu diversitätssensiblen Strategien oder eine Diversitätsbeauftragte geplant oder umgesetzt. Regelmäßige Fortbildungen werden nur bei knapp einem Fünftel der Pflegeeinrichtungen umgesetzt. Auch werden bei gut 80% der Einrichtungen keine externen Dienstleister für diversitätssensible Maßnahmen eingesetzt bzw. geplant einzusetzen.

Tabelle 8: Diversitätssensibilität auf organisatorischer Ebene in Pflegeeinrichtungen in Deutschland (Anteil in %, n=248, Quelle: Online-Befragung im Rahmen des Projektes DiversityKAT)

	Bereits umgesetzt	In Planung	Nein	Keine Angabe
Berücksichtigung diversitätssensibler Aspekte im Leitbild	66,5	12,1	19,8	1,6
Berücksichtigung diversitätssensibler Aspekte im Qualitätsmanagement	60,1	12,1	27,0	0,8
Öffentlichkeitsarbeit zu diversitätssensiblen Strategien	22,2	11,3	64,9	1,6
Arbeitsgruppen zu diversitätssensiblen Strategien	6,5	11,3	81,1	1,2
Diversitätsbeauftragte	6,0	7,3	85,1	1,6
Evaluation diversitätssensibler Maßnahmen	16,9	14,5	64,9	3,6
Regelmäßige Fortbildungen/Schulungen/Fachberatungen für Mitarbeiter*innen zur Förderung der Diversitätssensibilität	19,4	19,6	59,7	1,6
Externe Dienstleister*innen für diversitätssensible Maßnahmen	9,7	8,0	80,2	2,0

Tabelle 9: Diversitätssensible Strukturen in der Personalpolitik in Pflegeeinrichtungen in Deutschland (Anteil in %, n=248, Quelle: Online-Befragung im Rahmen des Projektes DiversityKAT)

In der Personalpolitik achten wir auf folgende Aspekte:	Trifft voll zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu	Keine Angabe
Durch spezielle Beratungs- und Förderangebote erhöhen wir den Frauenanteil in Führungspositionen.	17,7	25,4	19,0	34,7	3,2
Durch Sprachkurse fördern wir Deutschkenntnisse unserer Mitarbeiter*innen.	16,9	15,3	15,3	50,4	2,0
Durch Sprachkurse fördern wir Fremdsprachenkenntnisse unserer Mitarbeiter*innen.	2,0	5,7	17,7	72,6	2,0
Wir werben gezielt Mitarbeiter*innen im Ausland an.	11,3	12,5	10,9	64,1	1,2
Wir achten darauf, dass unser Personal vielfältig in Bezug auf Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund oder körperliche/psychische Einschränkungen bleibt.	25,4	40,3	14,1	18,2	2,0
Wir schreiben vakante Stellen auch über Gemeindeforens und andere Quellen aus, um explizit benachteiligte Menschen (z. B. mit Behinderungen) anzusprechen.	7,7	18,2	25,4	46,8	2,0
Wir haben Angebote (z. B. Mentorenprogramme) um neuen Mitarbeiter*innen mit besonderen Bedarfen (z. B. Behinderungen) den Einstieg zu erleichtern.	8,1	21,4	23,8	44,4	2,4

Bei der Betrachtung der Personalpolitik in Pflegeeinrichtungen fällt auf, dass über 50% der Einrichtungen nicht darauf achten, den Anteil der Frauen in Führungspositionen zu erhöhen (s. Tabelle 9). Die

Hälfte bzw. 70% der Einrichtungen geben zudem an, die Deutschkenntnisse oder Fremdsprachenkenntnisse ihrer Mitarbeiter*innen nicht durch Sprachkurse zu fördern. Fast ein Viertel wirbt gezielt Mitarbeiter*innen aus dem Ausland oder benachteiligte Menschen an. Bei der Personalpolitik achten Pflegeeinrichtungen insbesondere auf einen Mindestanteil von männlichen bzw. weiblichen Mitarbeitern (57,7%) und älteren Mitarbeiter*innen (52,0%). Etwa ein Drittel der Einrichtungen achten in der Personalpolitik auf Mitarbeiter*innen mit körperlichen und geistigen Einschränkungen (30,2%).

Wahrgenommene Hindernisse und Barrieren bei der Umsetzung diversitätssensibler Maßnahmen

26,1% der Einrichtungen sehen keine Hindernisse bei der Umsetzung der diversitätssensiblen Versorgung (s.

Tabelle 10). Gleichwohl haben 19,8% der Pflegeeinrichtungen keine Absicht zur Implementierung diversitätssensibler Maßnahmen. Viele Pflegeeinrichtungen sehen die fehlenden Anreize bei den Versorgungsträgern (36,7%), die fehlenden finanziellen Ressourcen (35,1%) sowie auch organisatorische Schwierigkeiten (26,1%) als Hindernisse bei der Umsetzung an. Bei 23,8% der Einrichtungen wirken auch Unklarheiten hemmend bei der Umsetzung diversitätssensibler Maßnahmen. Mangelnde Motivation auf Seiten des Personals (19%) wird ebenfalls als Barriere bei der Umsetzung solcher Maßnahmen wahrgenommen. Außerdem sind 15,7% der Entscheidungsträger*innen nicht von der Notwendigkeit diversitätssensibler Maßnahmen überzeugt.

Tabelle 10: Wahrgenommene Barrieren bei der Umsetzung diversitätssensibler Maßnahmen in Pflegeeinrichtungen in Deutschland (Anteil in %, n=248, Quelle: Online-Befragung im Rahmen des Projektes DiversityKAT)

Welche Hindernisse sehen/sahen Sie bei der Umsetzung einer diversitätssensiblen Versorgung in Ihrer Einrichtung?	%
Es gab/gibt keine Hindernisse.	26,2
Mangelnde Motivation zur Umsetzung solcher Maßnahmen auf Seiten des Personals.	19,0
Organisatorische Schwierigkeiten	26,2
Fehlende Anreize des Versorgungsträgers (Rentenversicherung, Krankenkassen etc.)	36,7
Nicht zutreffend, da keine Absicht zur Implementierung solcher Maßnahmen in unserer Einrichtung besteht.	19,8
Nicht alle Entscheidungsträger*innen der Einrichtung sind von der Notwendigkeit solcher Maßnahmen überzeugt	15,7
Fehlende finanzielle Ressourcen	35,1
Unklarheit, wie diversitätssensible Maßnahmen umgesetzt werden können.	23,8

4.2.3 Krankenhäuser

Für die Analyse wurden Informationen von n=112 Krankenhäusern einbezogen. Die Mehrheit der Krankenhäuser waren gemeinnützig (n=58; 50,9%), während ein kleinerer Anteil von öffentlichen (n=58;

23,7%) oder privaten Trägern (n=24; 21,1%) betrieben wurde. Die meisten Krankenhäuser beschäftigten 500 oder mehr Mitarbeiter*innen und versorgten 1000 oder mehr Patienten pro Monat (s. Tabelle 11).

Tabelle 11: Organisationsbezogene Merkmale der Krankenhäuser (n=112, Quelle: Online-Befragung im Rahmen des Projektes DiversityKAT)

Organisationsbezogene Merkmale		%	n
Trägerschaft	Freigemeinnütziger Träger	51,8	58
	Staatlicher Träger	24,1	27
	Privater Träger	23,1	26
	Keine Angabe	0,9	1
	Total	100,0	112
Anzahl der Mitarbeiter*innen	Weniger als 100	9,8	11
	100 bis 499	29,5	33
	500 oder mehr	59,8	67
	Keine Angabe	0,9	1
	Total	100,0	112
Betreute Patient*innen pro Monat	Weniger als 100	8,0	9
	100 bis 499	19,6	22
	500 bis 999	14,3	16
	1000 oder mehr	57	64
	Keine Angabe	0,9	1
	Total	100,0	112

Relevanz diversitätssensibler Gesundheitsversorgung

Während 93,7% der Verwaltungsleitungen der Meinung waren, dass ihr Krankenhaus ausreichend auf die Bedürfnisse ihrer Patient*innen eingeht, hielten nur 69,6% eine diversitätssensible Ausrichtung für notwendig. Im Gegensatz dazu hielten es 72,3% der Befragten für wichtig, dass das Personal an Schulungen zum Thema Diversität teilnimmt. Eine zukünftig stärkere diversitätssensible Ausrichtung von Krankenhäusern im Allgemeinen wurde von 77,7% der Befragten als wichtig erachtet, während nur 53,6% angaben, entsprechende Pläne für ihr eigenes Krankenhaus zu haben. Die Mehrheit der Befragten betrachtete einen angemessenen Umgang mit Vielfalt als wichtigen Faktor für die Zufriedenheit der Patient*innen (83,0%) und der Mitarbeiter*innen (75,9%). Dies wurde auch von 78,6% als wichtiger Faktor für den Behandlungserfolg angesehen. Im Gegensatz dazu betrachteten nur 46,4% einen diversitätssensiblen Ansatz als wichtige Ressource zur Steigerung der Patient*innenzahlen.

Diversitätssensibilität auf organisatorischer Ebene

Auf organisatorischer Ebene befasst sich mehr als die Hälfte der einbezogenen Krankenhäuser ideell mit Vielfalt, während weniger als ein Viertel konkrete Maßnahmen auf struktureller Ebene umgesetzt hat (s.

Tabelle 12). Etwa die Hälfte der Befragten gab an, dass sie Diversitätssensibilität in ihr Leitbild aufgenommen haben (57,1%). Etwas mehr gaben an, diversitätssensible Aspekte im Rahmen des Qualitäts-

managements zu berücksichtigen (59,8%), z. B. beim Umgang mit Patient*innenbeschwerden. Bei beiden Aussagen gaben etwa 10,7% der Einrichtungen an, dass die Einbeziehung von diversitätssensiblen Aspekten derzeit in Planung sei. Hinsichtlich der Implementierung von Strukturen zur Berücksichtigung von Diversität haben 15,2% der Befragten einen Diversitätsbeauftragten benannt oder eingestellt und 4,5% planen derzeit die Benennung einer solchen Position. Weitere 15,2% der Krankenhäuser haben Arbeitsgruppen zum Thema Vielfalt eingerichtet, während 10,7% dies derzeit planen. Mehr Krankenhäuser bieten derzeit oder planen derzeit regelmäßige Schulungen und Beratungen für Mitarbeiter*innen an, die die Diversitätssensibilität fördern sollen (22,3% bzw. 19,6%). Während 22,3% der Einrichtungen angaben, Vielfalt in ihrer Öffentlichkeitsarbeit gezielt zu thematisieren, planen dies 14,3%.

Tabelle 12: Diversitätssensibilität auf organisatorischer Ebene in Krankenhäusern in Deutschland (Anteil in %, n=112, Quelle: Online-Befragung im Rahmen des Projektes DiversityKAT)

	Bereits umgesetzt	In Planung	Nein	Keine Angabe
Berücksichtigung diversitätssensibler Aspekte im Leitbild	57,1	10,7	31,3	0,9
Berücksichtigung diversitätssensibler Aspekte im Qualitätsmanagement (z. B. bei der Bearbeitung von Patient*innen-Beschwerden)	59,8	10,7	28,6	0,9
Benennung oder Einstellung von Diversitätsbeauftragten	15,2	4,5	15,2	0,0
Gründung von Arbeitsgruppen zum Thema Diversitätssensibilität	15,2	10,7	74,1	0,0
Regelmäßige Fortbildungen/Schulungen/Fachberatungen für Mitarbeiter*innen zur Förderung der Diversitätssensibilität	22,3	19,6	55,4	2,7
Gezielte Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Diversitätssensibilität	22,3	14,3	63,4	0,0

Umgang mit der Diversität von Mitarbeiter*innen

Im Rahmen der Befragung gaben 46,4% der Krankenhäuser an, darauf zu achten einen Mindestanteil an männlichen oder weiblichen Mitarbeitern zu haben, während 48,2% darauf achteten, einen Mindestanteil an Mitarbeiter*innen mit körperlichen oder geistigen Behinderungen zu haben. 27,7% der Krankenhäuser achteten auch auf einen Mindestanteil an älteren Mitarbeiter*innen und 24,1% hatten einen Mindestanteil an Mitarbeiter*innen mit Migrationshintergrund.

In Bezug auf die Personalpolitik waren die Ergebnisse unterschiedlich (s. Tabelle 13). Während die Mehrheit der Verwaltungsleitungen angab, dass sie in Bezug auf einige Diversitätsmerkmale darauf achtet, das Personal vielfältig zu halten, spiegelt sich dies nur teilweise in konkreten Maßnahmen wider. In Bezug auf die Rekrutierung von diversem Personal zielten 50,9% der Krankenhäuser auf die Rekrutierung von Gesundheitspersonal aus anderen Ländern ab, während nur 33,0% der Krankenhäuser freie Stellen so anboten, dass sie speziell Menschen mit Behinderungen adressierten. Spezifische

Dienstleistungen, z. B. Mentorenprogramme, um die Integration neuer Mitarbeiter*innen mit besonderen Bedürfnissen zu erleichtern, werden generell von 41,1% der Krankenhäuser angeboten. Spezifische Führungstrainings zur Erhöhung des Frauenanteils in Führungspositionen werden von 38,4% der Krankenhäuser durchgeführt. Während die Mehrheit der Krankenhäuser Deutsch-Sprachkurse für Mitarbeiter*innen ermöglicht (58,2%), bieten nur 27,7% Schulungen in anderen Sprachen an.

Tabelle 13: Personalpolitische Aspekte in Krankenhäusern in Deutschland (Anteil in %, n=112, Quelle: Online-Befragung im Rahmen des Projektes DiversityKAT)

In der Personalpolitik achten wir auf folgende Aspekte:	Trifft voll zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu	Keine Angabe
Wir achten darauf, dass unser Personal vielfältig in Bezug auf Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund oder körperliche/ psychische Einschränkungen bleibt.	21,4	45,5	22,3	9,8	0,9
Wir werben gezielt Mitarbeiter*innen im Ausland an.	25,9	25,0	10,7	35,7	2,7
Wir schreiben vakante Stellen auch über Gemeindnetzwerke und andere Quellen aus, um explizit benachteiligte Menschen (z. B. mit Behinderungen) anzusprechen.	11,6	21,4	33,9	32,1	0,9
Wir haben Angebote (z. B. Mentorenprogramme) um neuen Mitarbeiter*innen mit besonderen Bedarfen (z. B. Behinderungen) den Einstieg zu erleichtern.	16,1	25,0	39,3	18,8	0,9
Durch spezielle Beratungs- und Förderangebote erhöhen wir den Frauenanteil in Führungspositionen.	8,9	29,5	33,9	23,2	4,5
Durch Sprachkurse fördern wir Deutschkenntnisse unserer Mitarbeiter*innen.	31,3	26,8	16,1	25,0	0,9
Durch Sprachkurse fördern wir Fremdsprachenkenntnisse unserer Mitarbeiter*innen.	9,8	17,9	28,6	42,9	0,9

In Bezug auf die Work-Life-Balance und die Erleichterung der Vereinbarkeit von Arbeits- und Familienleben waren die Ergebnisse ebenfalls unterschiedlich. Die meisten Krankenhäuser boten flexible Arbeitszeiten (91,7%), zusätzliche (ggf. unbezahlte) Urlaubstage für besondere Anforderungen, z. B. die Pflege Angehöriger oder die Kinderbetreuung (66,1%), und die Möglichkeit, von zu Hause aus zu arbeiten (59,8%). Weniger Krankenhäuser ermöglichen Jobsharing (49,1%) oder verfügen über betriebliche Kinderbetreuung (39,3%).

Umgang mit der Diversität von Patient*innen

Ein wichtiger Aspekt der beim Umgang mit unterschiedlichen Patient*innengruppen berücksichtigt werden muss, ist die Sprache (s. Tabelle 14). Während 64,3% der Krankenhäuser Einverständniserklärungen in verschiedenen Sprachen zur Verfügung stellen, werden andere Formulare und Informationsbroschüren nur von 47,3% in verschiedenen Sprachen angeboten. Nur eine kleine Anzahl von Kranken-

häusern verfügen Essenspläne in anderen Sprachen als Deutsch an (12,5%). Aufnahme- und Austrittsgespräche werden in 59,8% der Krankenhäuser in verschiedenen Sprachen verwendet, während 57,1% der Krankenhäuser Behandlungen und Therapien in verschiedenen Sprachen anbieten. Spezifische Beratungen, wie z. B. Sozialberatung oder Ernährungsberatung, sind in 39,3% der Krankenhäuser in verschiedenen Sprachen verfügbar, während 11,6% entsprechende Schulungen, Seminare oder Vorträge vorhalten.

Tabelle 14: Umgesetzte Maßnahmen zum Umgang mit der Vielfalt von Patient*innen in Krankenhäusern in Deutschland (Anteil in %, n=114, Quelle: Online-Befragung im Rahmen des Projektes DiversityKAT)

Diversitätssensible Maßnahmen	%	n
Formulare und andere schriftliche Materialien in verschiedenen Sprachen		
Einverständniserklärungen	64,3	72
Schriftliche Form- und Merkblätter	47,3	53
Speisepläne	12,5	14
Beratungen/Behandlungen in verschiedenen Sprachen		
Aufnahme- oder Entlassungsgespräche	59,8	67
Behandlungen	57,1	64
Beratungsgespräche (z. B. Sozialberatung oder Ernährungsberatung)	39,3	44
Schulungen, Vorträge, Seminare	11,6	13

Eine weitere Möglichkeit im Umgang mit Sprachbarrieren in der Gesundheitsversorgung ist die Verwendung von sprachunabhängigen Materialien, die sich meist auf Fotos, Bilder und Piktogramme zur Informationsvermittlung stützen (s. Tabelle 15). Nur ein geringer Teil der Krankenhäuser nutzt sprachunabhängige Informationen, von denen die meisten sprachunabhängige Schilder und Wegweiser (38,4%) oder Informationsbroschüren und ähnliche Materialien (32,1%) bereitstellten. Weniger Krankenhäuser stellen sprachunabhängige Therapiepläne (7,1%) oder Essenspläne (8,0%) zur Verfügung.

Tabelle 15: Sprachunabhängige Materialien in Krankenhäusern in Deutschland (Anteil in %, n=114, Quelle: Online-Befragung im Rahmen des Projektes DiversityKAT)

Sprachunabhängige Materialien	%	n
Beschilderung oder Wegweiser	38,4	43
Informationsmaterial	32,1	36
Therapiepläne	7,1	8
Speisepläne	8,0	9

Andere Aspekte der Vielfalt, die mit unterschiedlichen Bedürfnissen und Erwartungen in Verbindung gebracht wurden, sind kulturelle und geschlechtsspezifische Aspekte. Während 57,1% der Krankenhäuser eine kultursensible Menüauswahl anbieten, geben die meisten Krankenhäuser keine anderen

bekannten Dienstleistungen an, die auf die Bedürfnisse und Erwartungen eingehen, die durch Geschlecht oder Kultur geprägt sind (s. Tabelle 16). Während 41,1% der Krankenhäuser die Möglichkeit geben, von Personal des gleichen Geschlechts behandelt zu werden, boten nur 17,0% Gruppentherapien für Männer und Frauen getrennt an. 36,6% der Krankenhäuser verfügen über diversitätssensible Lernangebote und in 38,4% der Einrichtungen gibt es die Möglichkeit, zwischen verschiedenen Therapiealternativen zu wählen. In Bezug auf nicht-therapeutische Angebote und Leistungen stellten 45,5% der Krankenhäuser neutral gestaltete Gebetsräume zur Verfügung. Während fremdsprachige Fernsender in 28,6% der Krankenhäuser verfügbar waren, boten nur 11,6% fremdsprachige Zeitungen oder Zeitschriften an. Nur ein Krankenhaus hat flexible Öffnungszeiten der Cafeteria, die z. B. von Muslim*innen, die sich an die Fastenregeln während des Ramadans halten, genutzt werden könnten.

Tabelle 16: Diversitätssensible Angebote und Leistungen in Krankenhäusern in Deutschland (Anteil in %, n=114, Quelle: Online-Befragung im Rahmen des Projektes DiversityKAT)

Diversitätssensible Angebote und Leistungen	%	n
Therapeutische Angebote		
Möglichkeit, ausschließlich vom Personal des eigenen Geschlechtes behandelt zu werden	41,1	46
Gruppentherapien (z. B. Schwimm- und Bewegungsangebote), die getrennt für beide Geschlechter angeboten werden	17,0	19
Angepasste Schulungen und Informationsveranstaltungen (z. B. Diabeteschulungen, die kulturelle Krankheitsvorstellungen oder Speisegewohnheiten berücksichtigen)	36,6	41
Möglichkeit, zwischen unterschiedlichen Therapiealternativen zu wählen	38,4	43
Nicht-therapeutische Angebote		
Gebetsraum/neutral gestalteter Religionsraum	45,5	51
Fremdsprachige Zeitschriften/Zeitungen	11,6	13
Fremdsprachige Fernsender (ohne englische Sender)	28,6	32
Menüauswahl, die kulturelle Bedürfnisse berücksichtigt (z. B. Angebot von Halal- und koscherer Kost)	57,1	64
Geänderte Öffnungszeiten der Cafeteria (z. B. im Ramadan nach Sonnenuntergang)	0,9	1

Wahrgenommene Hindernisse und Barrieren bei der Umsetzung diversitätssensibler Maßnahmen

Auf die Frage nach möglichen Barrieren bei der Umsetzung einer diversitätssensiblen Versorgung nannten die Befragten als Hauptbarriere fehlende finanzielle Ressourcen sowie organisatorische Schwierigkeiten bei der Umsetzung entsprechender Strukturen und Maßnahmen (s. Tabelle 17).

Tabelle 17: Wahrgenommene Barrieren bei der Umsetzung diversitätssensibler Maßnahmen in Krankenhäusern in Deutschland (Anteil in %, n=112, Quelle: Online-Befragung im Rahmen des Projektes DiversityKAT)

Welche Hindernisse sehen/sahen Sie bei der Umsetzung einer diversitätssensiblen Versorgung in Ihrer Einrichtung?	%	n
Fehlende finanzielle Ressourcen	54,5	61
Fehlende Anreize des Versorgungsträgers	49,1	55
Organisatorische Schwierigkeiten	45,5	51
Unklarheit, wie diversitätssensible Maßnahmen umgesetzt werden können	35,7	40
Nicht alle Entscheidungsträger*innen der Einrichtung sind von der Notwendigkeit solcher Maßnahmen überzeugt	28,6	32
Mangelnde Motivation zur Umsetzung solcher Maßnahmen auf Seiten des Personals	19,6	22
Es gab/gibt keine Hindernisse	17,8	20
Nicht zutreffend, da keine Absicht zur Implementierung solcher Maßnahmen in unserer Einrichtung besteht	8,0	9

Fehlende finanzielle Ressourcen wurden von den meisten Befragten genannt (54,5%), wobei 49,1% auch fehlende Anreize seitens der jeweiligen Kostenträger angaben. Organisatorische Schwierigkeiten nahmen 45,5% der Krankenhäuser wahr, während 35,7% einen Mangel an Informationen über die Umsetzung von diversitätssensiblen Maßnahmen als ein wichtiges Problem sahen. Weniger Krankenhäuser berichteten über einen Mangel an wahrgenommener Notwendigkeit solcher Maßnahmen bei den Entscheidungsträgern (28,6%) und/oder einen Mangel an Motivation bei den Mitarbeiter*innen, diese umzusetzen. Nur 17,8% der Krankenhäuser berichteten über keine Barrieren bei der Umsetzung von diversitätssensiblen Maßnahmen, während 8,0% angaben, überhaupt keine diversitätssensiblen Maßnahmen umsetzen zu wollen.

4.3 Partizipativer Delphi-Prozess (C)

4.3.1 Fokusgruppenbefragung (C-1)

Teil 1 der Fokusgruppenbefragungen

I. Handlungsleitfaden

Aufbau des Handlungsleitfadens

In der ersten Runde haben die Fokusgruppen den ersten Entwurf der Handreichung bewertet. Mitarbeiter*innen der Rehabilitationseinrichtungen forderten, dass der Handlungsleitfaden bereits bestehende Qualitätsmanagementprozesse in Rehabilitationseinrichtungen benennt und Diversität in diese Abläufe integriert. Diversität könne dadurch eine neue Perspektive in die bestehenden Befragungen des Qualitätsmanagements bieten. In der ersten Runde der Fokusgruppen gab es keine Kritik am Aufbau des Handlungsleitfadens.

- „Da haben wir das Qualitätsmanagement. Also das gibt uns ganz klare Strukturen vor. Bloß weil das eine gewisse Systematik hat. Ich denke, das was Sie hier beschrieben hat, geht letztendlich in diese Richtung.“ (FG3)
- „Also ich finde, man kann es gut verstehen.“ (FG4)

Darstellung (textliche und didaktische Aufbereitung) des Handlungsleitfadens

Die Mitarbeiter*innen der Rehabilitationseinrichtungen bekräftigen, dass neue diversitätssensible Strategien und Instrumente des Handlungsleitfadens in bereits bestehende Prozesse integriert werden sollten. Dies müsse auch so im Handlungsleitfaden beschrieben werden, damit Schnittstellen genutzt bzw. geschaffen werden können. Bei der textlichen Darstellung wünschen sich die Mitarbeiter*innen ein anderes Zitationsformat, z. B. als Fußnoten oder eine Nummerierung, und eine einfachere Formulierung des Textes. Ein anderes Layout mit mehr Absätzen und Kerninformationen in markierten Kästchen könne die textliche Darstellung ebenfalls verbessern. Auf diese Weise könne der Eindruck der Wissenschaftlichkeit des Textes verringert werden. Der Text würde dadurch auch kürzer werden.

- „Wenn das erfolgreich sein soll, muss das in das bestehende System integriert werden und es darf kein parallellaufendes System sein. Sonst sind wir wie bei zwei Netzwerken, dann habe ich keine Schnittstellenproblematik, also das muss im Prinzip in das bestehende System eingeflochten werden, als neuer Punkt.“ (FG3)
- „Ich habe mich gefragt, wer der Adressat dafür ist. Sollen das nur die Mitarbeiter sein oder auch die Rehabilitanden? Für die Mitarbeiter habe ich so eher den Eindruck, dass da viel schon drinsteht, was die.. glaube ich, schon wissen. Und für die Rehabilitanden weiß ich nicht, ob die das wissen wollen. Also diese Frage hat sich mir ein bisschen gestellt.“ (FG4)
- „Ich würde beispielweise, wenn hier steht, Zitat "Krisor & Köster 2016", würde ich einfach ein kleines Zifferchen machen, weil es wieder Zeit kostet und ich würde mehr Absätze einbauen. Ganz einfach. Das ist zu viel Fließtext. So ein bisschen, wie man auch moderne Lehrbücher macht. So mit Kästen und nicht viele Absätze, dass man sofort weiß, ich lese im Folgenden zum Thema "das und das".“ (FG4)
- „Also hier im Beispiel ist so ein Satz: "Neben der Perspektive des Personals ist auch die Sichtweise der Rehabilitanden wichtig." Dann kommen die verschiedenen Diversitätsmerkmale usw. gehen mit unterschiedlichen Versorgungserwartungen einher. Das könnte ich mir auch knapper formuliert vorstellen. Nämlich einfach: ‚Die Rehabilitandenperspektive‘.“ (FG4)

Umfang und Ausführlichkeit des Handlungsleitfadens

Beim Umfang der Handreichung gab es verschiedene Meinungen. Während einige Mitarbeiter*innen davon ausgingen, dass der Handlungsleitfaden nicht zu viele Informationen umfasst und sich gut eignet, um in das Thema diversitätssensible Versorgung einzusteigen, waren andere der Meinung, er sei zu umfangreich und die Darstellungen sowie Tabellen am einprägsamsten.

- *„Es ist so gut, es ist nicht erschlagend. Ich finde für eine Handreichung und [...] um in das Thema einzusteigen ganz gut.“ (FG4)*
- *„Also mir ist es ein bisschen zu umfangreich. Ich finde tatsächlich am interessantesten nicht den laufenden Text, sondern die Darstellung mit Algorithmen oder eben auch die Fragen, die so abgebildet sind... in den Tabellen. Ich finde es zu lesen tatsächlich ein bisschen anstrengend.“ (FG4)*

Darstellung der Instrumente in der Handreichung: Diversity-Training

Grundsätzlich wurde zum Instrument Diversity-Training angemerkt, dass das Fallbeispiel eine überspitzte Darstellung der Realität darstellt, wenn als Ziel die Patientenzufriedenheit formuliert wird. Die Herausforderungen im Rehabilitationsalltag seien bereits reale Fallbeispiele bei der Auswahl eines Instruments zur Umsetzung der diversitätssensiblen Versorgung. Auch die Geschlechterdiskriminierung als Herausforderung für die Rehabilitationseinrichtungen zu nennen, wird von einem männlichen Arzt als unwahrscheinlich benannt. Herausforderungen durch hierarchische Strukturen scheinen ihm wahrscheinlicher. Die Studienteilnehmer*innen fordern ein praxisnahes und realistisches Beispiel für Herausforderungen im Diversitätskontext darzustellen, z. B. kultursensible Fragestellungen (religiöse Vorschriften bei der Essenszubereitung und auch Sprachbarrieren) oder Fehlkommunikation und ihre Folgen im Rehabilitationsalltag. In einigen Fällen sei auch ein diversitätssensibles Training für die Mitarbeiter*innen relevant. Einige Studienteilnehmer*innen sind jedoch der Ansicht, dass das Instrument nicht für den Rehabilitationsalltag nutzbar ist, sondern zu abstrakt und aufwendig sei. Praxisnäher sei die Umsetzung in Fortbildungen oder die Bewältigung von Problemen in einer Diskussion während der Morgenbesprechung.

- *„Also das wäre ja auch genau der Punkt, der hier aufgeworfen wird. Was brauchen wir Mitarbeiter, um beispielsweise... um an diesem Fallbeispiel dran zu bleiben. Es häufen sich Beschwerden von Rehabilitanden auf der Seite der Klinik, was gibt es für Defizite in der Struktur, was kann auf der Seite der Klinik für die Mitarbeiter verbessert werden, um beispielweise dadurch die Patientenzufriedenheit zu erhöhen. Ich finde es aber dann zum Teil ein bisschen hochgegriffen... mit Diversity-Trainings oder so etwas.“ (FG4)*

- *„Da bin ich mir auch nicht ganz so sicher, ob wir uns leicht tun würden mit einem speziellen Training. Leichter wäre es, wenn wir spezielle Trainings hätten, in Hinblick auf spezielle Fragestellungen, wie etwa: Wie gehe ich jetzt um mit religiösen Vorschriften, Vorstellungen was die Küche anbetrifft. Also nicht nur kein Schweinefleisch, sondern da gibt es vielleicht ja auch sehr spezielle Erwartungen. Das wäre aber ein komplexes Ding, was man sich zentral überlegen müsste und was ich nicht in der Klinik selber neu erfinden kann. Auch entsprechend spezialisierte Kliniken, wenn ich mir vorstelle, wir haben ja immer wieder Leute, die aus anderen Kulturkreisen kommen, vielleicht in der deutschen Sprache nicht so versiert sind, aber wenn man Gruppentherapie macht, ist es fast nicht möglich, russischstämmige oder türkischstämmige in ihrer Heimatsprache zu therapieren. Da kriege ich gar nicht die nötigen Gruppen zusammen.“ (FG4)*
- *„Diversität als neue Perspektive diskutieren und austauschen, ein Diskussionsforum [anstatt eines Diversitätstrainings] nutzen, da weniger aufwändig im Alltag.“ (FG4)*

Darstellung der Instrumente in der Handreichung: DiBe-17-Fragebogen

Die Mitarbeiter*innen empfanden den DiBe-17-Fragebogen als zu umfangreich. Für das Fallbeispiel gab es zum Thema Länge verschiedene Meinungen: Zum einen wurde die Meinung geäußert, dass die erste Seite des Instrumentes (das Fallbeispiel) übersichtlich sei, dennoch empfanden die befragten Personen den Rest des Textes zum Instrument als zu umfangreich. Zum anderen wurde das Fallbeispiel generell als zu umfangreich erachtet. Die Mitarbeiter*innen der Rehabilitationseinrichtungen bekräftigten, dass viel Fließtext ohne die Strukturierung durch Überschriften und Abschnitte das Lesen erschwere. Zudem empfahlen sie die Sprache und den (Sprach-)Stil des DiBe-17 zu vereinfachen, sodass v. a. die Beschreibung der Statistik und der Evaluation besser verständlich würde. Im Teil des Instrumentes zu Fallstricken und Lösungen wurden außerdem Dopplungen mit dem Abschnitt zum Ziel des Instrumentes identifiziert. Zudem merkten mehrere Mitarbeiter*innen der Rehabilitationseinrichtungen an, dass die Evaluation des Fragebogens für die Beschreibung des Instrumentes nicht relevant sei. Kritisch ist auch bemerkt worden, dass der DiBe-17-Fragebogen allein durch seine Fragen die Erwartungen der Rehabilitand*innen schüren, diesen Erwartungen aber aufgrund von fehlenden Ressourcen in der Einrichtung allerdings nicht begegnet werden könne. Dies könne die Unzufriedenheit der Rehabilitand*innen zur Folge haben.

- *„Nicht von uns aus erstmal, mit schon vorweggenommenen Antworten zu den Rehabilitanden. D. h. unsere Klinikinformationen auch ein bisschen auf diese offenen Dinge klassifizieren. Also, von daher finde ich das gut. Eine Frage, die sich aufwirft, wenn ich das Abfrage, aber schon von vorneherein weiß, dass ich aus Kapazitätsgründen viele Dinge einschränkend nur beantworten werde, also wenn ich das alles schon weiß, laufe ich ja Gefahr, sehenden Auges,*

erstmal Unzufriedenheiten zu produzieren. Nicht, die Leute sagen, jetzt werde ich ganz toll gefragt und dann komm ich dahin und dann ist das jetzt eigentlich, was ich mir gewünscht habe, alles nicht umgesetzt. Und das wäre jetzt natürlich kontraproduktiv.“ (FG4)

- *„Also mir geht’s um die Frage. Also die erste Seite ist schon mal ansprechend. Die kann man leicht lesen. Es ist übersichtlich, das ist mit Unterpunkten, hier eine Überschrift, da noch eine kurze Erläuterung dazu und dann bin ich erschlagen. Wenn ich die Seite nur aufschlage, bin ich erschlagen und denke mir "urgh, ne!"... ich finde den Teil Evaluation des Instruments für mich überhaupt nicht relevant. Das brauche ich nicht. Das interessiert mich ja nur quasi peripher wissenschaftlich, aber das brauch ich nicht zur Anwendung, also das könnte am Ende eine Fußnote sein. Und das Fallbeispiel finde ich, ist mir auch zu ausführlich.“ (FG4)*
- *„Damit alle Mitarbeiter auf die (...) mithilfe des Fragebogens von Rehabilitanden gegebene Rückmeldung zurückgreifen können.“ Schon dieser Satz würde ich (...) ganz streichen. Sollten vorab organisationale, was ist das für ein Wort eigentlich, und strukturelle Rahmenbedingungen festgelegt sein oder geschaffen werden, durch die der Fragebogen als Instrument bekannt gemacht wird. Huch, meine Antwort ist "huch, was wollen die denn jetzt?". Ich ahne es, aber ich will es eigentlich gar nicht ahnen, weil der Satz mich schon abgeschreckt hat.“ (FG4)*
- *„Fallstricklösung würde ich auch rausnehmen. Weil das, was bei „Fallstricke“ steht, ist ja im Prinzip Ziel des Instruments. Punkt 2. Und das wird ja für mich redundant nochmal aufgegriffen. Also ich erkenne für mich keinen Mehrwert daraus. Und das, was mir als Lösung vorgeschlagen wird, ist eigentlich die normale Konsequenz, die sich daraus ergibt [...] Und genau so, wie die Kollegen das schon gesagt haben, Fallbeispiel, lese ich mir nicht durch, ist mir zu viel. Und die Evaluation des Instruments ist sowas nice-to-have, würde ich aber auch von den Formulierungen deutlich überarbeiten und auch für Menschen, die jetzt nicht tagtäglich, tief in der Statistik drin stecken, etwas griffiger machen. [...] Also ich fände das schon schön auch mal so eine statistische Evaluation mit dazu zu haben, wie das getestet und letztendlich auch entwickelt wurde, aber dann doch von den Formulierungen ein bisschen alltagstauglicher.“ (FG4)*
- *„Bei dem Fallbeispiel hätte ich mir ein etwas konkreteres Beispiel vielleicht gewünscht, es wird von Schwierigkeiten in der Kommunikation geredet oder von schlechter Kommunikation, da hätte ich mir gewünscht, dass dafür ein Beispiel gebracht wird. Was schlechte Kommunikation zwischen Behandelnden und Klienten ist.“ (FG4)*

II. Instrumentenkatalog

Gliederung und Aufbau des Instrumentenkatalogs

In einigen Fällen kritisierten die Mitarbeiter*innen die unübersichtlichen Ebenen des Instrumentenkatalogs. Anderen Mitarbeiter*innen gefiel die Gliederung des Instrumentenkatalogs. Die Aufteilung der Ebenen ließe sich dennoch spezifizieren und in Untergruppen aufteilen.

→ *„Ich würde das eher andersrum aufziehen. Also die Gliederung drin behalten, also Organisations- bzw. QM-mäßige Sachen, dann mitarbeiterbezogene Sachen und rehabilitandenbezogene Sachen, aber die alle nochmal untergruppieren in die eventuellen Bereiche.“ (FG1)*

Hinsichtlich des Aufbaus des Instrumentenkatalogs merkte das Gesundheitspersonal an, dass eine Anleitung zum Umgang und zum Lesen des Instrumentenkatalogs fehle. Zudem sei die Reihenfolge der Instrumente im Katalog unklar. Der Sinn der Reihenfolge ließe sich auch nicht aus den Zielen der Instrumente herauslesen. Die Mitarbeiter*innen bevorzugten eine noch spezifischere Aufteilung der Instrumente nach Zielgruppen, Abteilungen oder auch Einrichtungen. Gleichzeitig merkten sie an, dass die Aufteilung der Berufsgruppen schon zu differenziert sei und Berufsgruppen thematisch zusammengefasst werden sollten. So könne der Instrumentenkatalog noch übersichtlicher gestaltet werden. Einige befragte Personen sagten wiederum, dass diese Genauigkeit des Katalogs den Vorteil aufweist, die beteiligten Berufsgruppen für die Instrumente genauer zu identifizieren. Weitere Empfehlungen der Mitarbeiter*innen verweisen darauf, für die Gruppierung sowie die Strukturierung der Instrumente Überschriften oder Farben zu unterschiedlichen Oberthemen zu verwenden, um die Übersichtlichkeit zu verbessern. Außerdem sollten Titel und der Zweck/das Ziel des Instrumentes nach Meinung der Befragten in der Tabelle näher beieinander liegen.

→ *„Aber im ersten Augenblick fehlt so ein bisschen [...] eine Gebrauchsanweisung, wie gehe ich mit dieser Tabelle um. Das hat man nach der dritten Seite dann glaube ich irgendwann begriffen, aber im ersten Blick erschlägt’s.“ (FG1)*

→ *„Ich habe im ersten Schritt irgendwie versucht zu gucken, ob das irgendwie so eine Art Chronologie hat, was Zweck und Ziel, ob die irgendwie zusammengefasst sind und ob es dann weiterführend, bin aber noch nicht so wirklich zu einem Ergebnis gekommen.“ (FG1)*

→ *„Ja, ich wiederum finde ganz passend so eigentlich, diese Differenziertheit. Das macht’s genauer.“ (FG1)*

→ *„Beteiligte Berufsgruppen sind zu stark ausdifferenziert und könnten übersichtlicher zusammengefasst werden in Subgruppen.“ (FG2)*

→ „Ausdifferenzierung der Berufsgruppen ist gut.“ (FG2)

Textliche Darstellung des Instrumentenkatalogs

Die Mitarbeiter*innen verweisen darauf, dass der Umfang des Instrumentenkatalogs die Lesbarkeit erschwere. Sie empfehlen: Weniger Text und aussagekräftigere, kürzere Beschreibungen der Instrumente, speziell des Ziels/Zwecks der Instrumente im Katalog, wobei insbesondere die wissenschaftliche Sprache/Begriffe als hinderlich empfunden wurden. Die Sprache im Instrumentenkatalog solle vereinfacht werden, da sie sonst nicht diversitätssensibel für die unterschiedlichen Mitarbeitergruppen in den Rehabilitationseinrichtungen sei, z. B. sollte auf fremdsprachliche Begriffe verzichtet und weniger Fachbegriffe genutzt werden.

Unklar sei für die Mitarbeiter*innen nach dem Lesen des Instrumentenkatalogs auch, welche Rahmenbedingungen und Ressourcen für die einzelnen Instrumente notwendig sind und wie die Instrumente praktisch umgesetzt werden könnten.

→ „Ich find‘ das nicht verständlich geschrieben. Wenn ich die Instrumente, die einzelnen Maßnahmen mir durchlese.“ (FG1)

→ „Dann kriegst du sowas rausgeworfen und sagst, ist ja schön aber nicht bei uns. Da müssen Sie neu suchen, dann muss ich neu gucken. Das ist kurz und knapp zu machen, das ist mit unseren Ressourcen darstellbar, also so sähe es im Endeffekt dann auf der kaufmännischen Seite bei solchen Sachen immer wieder aus. Ist es überhaupt praktikabel, ist uns das Ziel so wichtig, hm.“ (FG1)

→ [Zur Digitalisierung des Instrumentenkatalogs:] „Weil dann gebe ich meine Schlagwörter ein und die sind entweder drin oder nicht. Jetzt gucke ich, wenn ich das von Ihnen per Post geschickt kriege und denke mir so, warum hat sie denn das jetzt grad gelb markiert. Muss ich erstmal die Systematik verstehen, dass das ihre Tags sein sollen, aber die ergeben sich in der digitalen Lösung automatisch. Im Augenblick lenken die eher ab.“ (FG2)

→ „Ich stelle mir grad vor, wenn jetzt jemand so einen Katalog in die Hand nimmt, der Mitarbeiter mit Migrationshintergrund ist und selber der deutschen Sprache vielleicht nicht zu 100 % mächtig ist, dann wenn er sich das anguckt mit den Fachbegriffen, könnte ich mir vorstellen, dass er das gar nicht versteht oder einfach nicht weiß, wo setze ich an.“ (FG2)

Umfang und Ausführlichkeit des Instrumentenkatalogs

Die Mitarbeiter*innen betonen, dass der Instrumentenkatalog zu umfangreich sei. Die Länge und die tabellarische Darstellung auf mehreren Seiten, erschwere es, das passende Instrument für ein Problem

zu identifizieren. Sie wünschten sich längere Beschreibungen der Instrumente, mit einem Fallbeispiel und einer Anleitung mit den Punkten: Problem, Ziel und Maßnahmen.

- *„Also ich finde sie sehr komplex und bei mir wären das jetzt ganz viele Punkte, wo ich der Meinung wäre, die wären in diesem Fallbeispiel für mich hilfreich.“ (FG1)*
- *„Als wenn ich einen ähm Patienten mit Migrationshintergrund habe mit sprachlichen Barrieren ähm dann muss ich vielleicht etwas ganz anderes ableiten. Also ich muss immer gucken, auf was gilt mein Fokus im Moment und das ist mir (...) echt zu viel Zettelkram hier, um das alles hier zu finden, was ich jetzt eigentlich brauche.“ (FG1)*
- *„Kurz und knapp. Also ich, für mich persönlich, brauche kein 30-seitiges Handout um mich zu belesen, wovon für mich persönlich wahrscheinlich 28 Seiten keine Relevanz haben in meinem Berufsfeld. Also ich mag es eher kurz und knapp. Was zu tun ist, soll gemacht werden, was sind Probleme, Ziele, Maßnahmen. Kürzer halten.“ (FG2)*

Weitere Anmerkungen zum Instrumentenkatalog

Die Mitarbeiter*innen wünschen sich, dass der Instrumentenkatalog in digitalisierter Version zur Verfügung steht, z. B. mit der Funktion eines Dropdown-Menüs. Auf einer Webseite könnten dann Netzwerke und Rehabilitationseinrichtungen beispielsweise eigene Einträge gestalten. Auch könnten dort unterschiedliche Ansprechpartner*innen aus verschiedenen Regionen mit diversitätssensiblen Angeboten gelistet werden.

- *„Ich weiß ja nicht, ob das das Ganze sprengt, aber ich könnte mir zum Beispiel vorstellen, wenn das wirklich digitalisiert ist, dass man dann auch, wenn ich jetzt hier so Sachen lese wie Netzwerk, vielleicht auch selber so Einträge machen kann. Das ist jetzt wahrscheinlich sehr groß, aber dass man sagt ok, die und die Fragestellung. Und mit der Fragestellung wende ich mich an den und den oder vielleicht Schleswig-Holstein-Region und wenn wir über Migration sprechen, weil ich ja eben sagte, vieles hat ja auch außerhalb der Klinik Relevanz. Das man es vielleicht nochmal nach Orten, nach Angeboten vor Ort ein wenig sortiert, dass es konkreter wird.“ (FG1)*

Konsentierung: Instrumentenkatalog

Im Allgemeinen machten Fokusgruppen deutlich, dass die Zielgruppe für den Instrumentenkatalog unklar war. Aber auch die Übertragbarkeit der Instrumente auf die verschiedenen Bereiche im Rehabilitationsalltag war für die Mitarbeiter*innen nicht an allen Stellen eindeutig.

Die Mitarbeiter*innen waren sich einig, dass die Diversitätsperspektive am besten im Rahmen des Qualitätsmanagements betrachtet werden sollte. Dort hätten die Mitarbeiter*innen den besten Überblick über die Herausforderungen im Versorgungsalltag.

→ „Das Qualitätsmanagement könnte dann auch auf sowas drauf gucken und sagen: Mensch vielleicht gibt es da auch einfach ein Verständigungsproblem und gar nicht, der wollte mir das nicht erklären oder hat sich die Arbeit nicht gemacht, sondern der kann es auch noch gar nicht verstehen. Also da haben wir einen ein Grund tätig zu werden, ja, Qualitätsmanagement passt sowas gut hin.“ (FG1)

III. Umsetzbarkeit

Einschätzung der Umsetzbarkeit: Instrumentenkatalog und Handlungsleitfaden

Eine Übertragbarkeit des Handlungsleitfadens und des Instrumentenkatalogs auf den Rehabilitationsalltag können sich die Mitarbeiter*innen in den Fokusgruppen schwer vorstellen. Sie sind auch der Meinung, dass ein Instrumentenkatalog nicht ausreicht, um die individuellen Herausforderungen im Versorgungsalltag zu bewältigen und die akuten Probleme mit vorhanden Ressourcen zu lösen. Zudem merkten sie an, dass nicht alle Berufsgruppen den Instrumentenkatalog benötigen. Auch seien Konzepte für bestimmte Berufsgruppen zur Umsetzung von Maßnahmen üblich. Außerdem schlussfolgerten sie, dass eine verantwortliche Person entscheiden sollte, wann welches Instrument eingesetzt werden könnte.

→ „Also wenn ich, ich stell mir so unsere Patienten vor und ich krieg das noch nicht gut übertragen. Also ich sehe jetzt nicht so sehr, wann ich mich damit hinsetze und wo ich dann ansetzen kann mit diesem Instrument. Vielleicht ist es einfach noch nicht vertraut genug, aber im Moment habe ich das Gefühl, das sind alles so Ideen, die gehören auch irgendwo hin, aber ich frage mich, ob sie wirklich jetzt in meinen Arbeitsbereich und zu den Menschen gehören, mit denen ich zu tun habe. Sehe ich im Moment sehr wenig muss ich einfach so sagen.“ (FG1)

→ „Also ich finde am obligatesten ist, dass es an sich mehrere Konzepte gibt, das heißt übergreifende Konzepte und Konzepte für die jeweilige Berufsgruppen, die einfach für das was sie machen nötig ist. Ob jede von den Berufsgruppen den Katalog an die Hand braucht, weiß ich nicht, aber ich glaube das jemand [...] zumindest die Konzepte reinbringen muss und [...] entscheiden was für ein Konzept man fahren will für seinen eigenen Betrieb.“ (FG2)

Die Mitarbeiter*innen sind der Meinung, dass die rehabilitative Versorgung und ihre Arbeit bereits bedürfnisorientiert, individuell und „diversitätssensibel“ gestaltet ist, dadurch dass sie sich an u. a. Therapiestandards halten und z. B. Reha-Ziele berücksichtigen. Ihnen fällt es schwer, sich eine zusätzliche Umsetzung im Alltag von Diversitätssensibilität vorzustellen. Sehr individuelle Lösungen wie z. B. ein Frauenschwimmbad erscheinen ihnen zu spezifisch. Damit diversitätssensible Instrumente in Einrichtungen implementiert werden können, müssten ihnen zufolge verschiedene Berufsgruppen miteinander sprechen und kooperieren.

Mit Blick auf den Instrumentenkatalog merken die Befragten an, dass eine Kurzversion des Instrumentenkatalogs notwendig sei, damit er im Rehabilitationsalltag praktisch umgesetzt werden könne. Auch die Übertragbarkeit der Instrumente auf den Arbeitsalltag fiel ihnen bei dem schnellen Überblick in der Fokusgruppendifkussion schwer. Ferner empfehlen sie, dass der Instrumentenkatalog einfacher gestaltet sowie auch interessant sein sollte, damit sich die Leser*innen damit auseinandersetzen wollen.

→ *„Ich nenne jetzt mal zwei drei Beispiele. Knietape, Knieprothese oder Diabetes oder Schuppenflechte und wenn Leute mit diesen Hauptrehealeiden kommen, dann gibt's Therapiestandards, die müssen wir erfüllen und die sind für Männer und Frauen gleich und für junge und alte auch gleich und auch für Moslems und für Christen und für Juden gleich. Und da ist auch relativ wenig Spiel ja, also wenn ich jetzt einen (unv.) hab, (unv.) der muss Bestrahlung kriegen, der muss Bestuhlung kriegen, der muss eine Ernährungsberatung kriegen, der muss 'ne psychologische Gruppe haben, der muss abends (unv.) werden, das ist für alle gleich ja. Und bei der Knieprothese oder bei der Diabetikerschulung ist das genauso. Und natürlich adaptieren wir das irgendwie leistungsfähig. Also wenn jetzt einer nicht kann, kriegt er Sachen rausgenommen, die er körperlich nicht schafft ja, das ist auch kein Problem, das wird auch standardisiert gemacht.“ (FG3)*

→ *„Mag sein, dass manche Lösungsmöglichkeiten, die theoretisch auf dem grünen Tisch wunderbar sind. [...] Wir machen von 10 bis 11 nur Frauenschwimmbad, dürfen keine Männer in die physikalische Abteilung. Das ist sicherlich auf dem Blatt gut machbar, ist im Alltag dann unter Umständen in der Umsetzung schwierig.“ (FG3)*

→ *„Hätte ich jetzt ein bisschen Schwierigkeiten, rein mit der praktischen Ausführung. Wie soll man das jetzt irgendwie stemmen? Dass man die alle irgendwo an einen, die muss man dann ja alle an einen Tisch kriegen.“ (FG2)*

Voraussetzungen für die Umsetzbarkeit: Instrumentenkatalog und Handlungsleitfaden

Als Voraussetzung für die Implementierung diversitätssensibler Versorgung in Rehabilitationseinrichtungen wird u. a. der Aspekt der Schulung für Führungskräfte oder auch Mitarbeiter*innen genannt. Schulungen für Führungskräfte könnten den Befragten zufolge dezentral stattfinden und Erfahrungen könnten danach intern dem gesamten Personal nähergebracht werden. Andere Mitarbeiter*innen sind der Meinung, dass der Instrumentenkatalog in den Einrichtungen in kleinen Gruppen, z. B. in Qualitätszirkeln, erarbeitet und danach interne Schulungen gestaltet werden könnten.

Eine Person sei zudem notwendig, die die Herausforderungen von außen betrachtet und auf Systemebene bearbeitet, sodass alle in der Einrichtung profitieren können und nicht einzelne Personen verantwortlich seien. Andere Befragte merkten an, dass es Rahmenbedingungen/Richtlinien für die Umsetzung diversitätssensibler Versorgung geben müsse. Diese müssten von einer verantwortlichen Person in den einzelnen Einrichtungen bestimmt werden.

Als weitere wichtige Voraussetzungen für die Implementierung von diversitätssensiblen Maßnahmen seien Ressourcen, u. a. finanzieller Art oder Motivation der Mitarbeiter*innen, notwendig. Diversitätssensible Versorgung werde in den Einrichtungen bereits unstrukturiert umgesetzt, es seien daher Lösungsmöglichkeiten notwendig, durch die Diversitätssensibilität niedrigschwellig erreicht werden kann, z. B. strukturiert einmal jährlich durch Patientenbefragungen.

- *„Ich fände es schon sinnvoll im Rahmen dieser Führungskräfte-Tagung oder der Strategie. [...] Also man hätte dann ein viel breiteres Klientel, wo sowas sicherlich auch ein Thema ist.“ (FG3)*
- *„Was ich eher wichtiger finde, gerade unsere Einrichtung, dass man eher so interne Studienkreise bildet. Es gibt Mitarbeiter, natürlich auf freiwilliger Basis, dass man sich eher zusammensetzt, dass man eine Zeitangabe hat und dass man vielleicht selber Broschüren entwickelt, eine Handhabe hat für die einfache Art, guck mal hier hast du einen Flyer oder irgendwas, hier sind die Möglichkeiten in unserem Hause, da kann man Anlaufstellen wo, was kann man machen, wie kann man es machen, dass es eine Art interne Fortbildungsgruppe gibt, wo sich Leute die Köpfe zusammen stecken: wie kann man die Problematik mit Religion, Kultur, sexueller Orientierung.. wie kann man das angehen?“ (FG2)*
- *„Also ich denke, wenn wir ein Problem in dieser Richtung haben, würden wir das im Einzelfall als Problem, als Qualitätszirkel, als Projekt machen.“ (FG1)*
- *„Die müssen ja nicht alle an einen Tisch, nur dass sie alle geschult sind.“ (FG2)*
- *„Motivation, finanzielle Ressourcen.“ (FG2)*

Hinderliche und förderliche Faktoren für die Umsetzbarkeit: Instrumentenkatalog und Handlungsleitfaden

Für die Implementierung von diversitätssensibler Versorgung konnten die Studienteilnehmer*innen unterschiedliche Herausforderungen benennen. Speziell die Integration der Diversitätssensibilität in bestehende Systeme und Prozesse der Einrichtung wurde von den Mitarbeiter*innen als problematisch angemerkt: Es sollten keinesfalls zu viele Prozesse parallel zueinander laufen. Weitere Herausforderungen würden auch die Mitarbeiterbeteiligung und die langfristige Umsetzung der diversitätssensiblen Versorgung darstellen sowie die Festlegung einer verantwortlichen Person, die diversitätssensible Maßnahmen umsetzt (z. B. das Qualitätsmanagement).

Auch könne es sein, dass trotz der Wahrnehmung und Anerkennung von diversitätsbezogenen Herausforderungen eine Lösung im Klinikalltag z. B. aufgrund fehlender finanzieller Mittel nicht umgesetzt/geleistet werden kann.

- *„Das sind jetzt zwei Geschichten, dass ich bei einem Lösungsmodell (...) die Problematik der Diversität mit einbeziehe, wo das Problem jetzt nicht primär die Diversität ist. Das ist der eine Punkt, dass ich sage ok ich habe eine Lösung, aber die könnte unter Umständen nicht bei allen klappen.“ (FG3)*
- *Und jetzt ist dann die nächste Frage: Wenn ich sage, ich möchte es mit drin haben, wie mache ich es denn dann? Und welche Konsequenzen ziehe ich daraus? Wie mach ich das? Also wollen wir, wollen wir uns einen Fragebogen entwickeln, dass wir sagen, wir fragen einmal im Jahr ab, ob aus irgendeinem Bereich etwas kommt, wo Probleme entstanden sind, weil man das eben nicht beachtet hat, oder?“ (FG3)*

Relevanz und Stellenwert für die Versorgung: Instrumentenkatalog und Handlungsleitfaden

Zur Relevanz der diversitätssensiblen Versorgung gibt es in den Fokusgruppen verschiedene Meinungen. Einige Mitarbeiter*innen gehen davon aus, dass keine Zeit im Praxisalltag bestehe, um diversitätssensible Instrumente in der Versorgung umzusetzen. Auch bei heterogenen Patientengruppen im Hinblick auf Alter und sozialen Status scheint die Diversität keine Rolle zu spielen. An dieser Stelle sei für einige Mitarbeiter*innen die Einführung im Alltag zu aufwändig, da sie keine diversitätsbezogenen Herausforderungen in den letzten zwei Jahren gehabt hätten. Mitarbeiter*innen anderer Rehabilitationseinrichtungen sähen in der Diversitätsperspektive ein Thema für die Zukunft der Versorgung, in dem auch das Merkmal Kultur eine Rolle spielt. Ihrer Meinung nach müsse die „Diversität nicht am Versorgungsalltag scheitern“. Dabei sei nicht nur die Diversität der Rehabilitand*innen, sondern auch die der Mitarbeiter*innen einzubeziehen. Dafür sollten nach Meinung der Befragten Instrumente zur Verfügung gestellt werden, die in bestehende Prozesse eingefügt werden könnten. Strukturen/Richtlinien würden z. B. bei akuten Herausforderungen und Problemen, die immer wieder auftauchen, un-

terstützen. Einige befragte Personen merkten an, dass Diversität als Perspektive einen neuen Blickwinkel schaffen könne, um den unstrukturierten Umgang mit Herausforderungen zu bewerten. Einige Mitarbeiter*innen merkten zusätzlich an, dass Bedarfs- und Problemanalysen bereits in den Kliniken etabliert sein und in größeren Managementtreffen sowie in kleineren Projekten bereits umgesetzt würden. Der Nutzen einer diversitätssensiblen Versorgung müsse daher deutlicher werden.

- *„Also das geht jetzt nicht nur um die Rehabilitanden in dem Konzept, es geht auch um Mitarbeitende, die integriert werden müssen. Also nicht nur die Rehabilitandenprobleme, wir haben hier zunehmend Mitarbeiter im eigenen Kreis und da wird das Thema... wird sich weiter aufstocken.“ (FG1)*
- *„Ich glaub das ist, also schön, wenn Sie das jetzt machen, weil ich glaube da rollt etwas auf uns zu. Wir hatten das bei dem Bielefelder Projekt, Rehabilitation für Menschen mit Migrationshintergrund. Im Augenblick kann der Norden der Republik noch sagen, wir sind nicht Nordrhein-Westfalen. Wir haben lange nicht so eine Multikulti-Gesellschaft, wie das die Mitte Deutschlands hat, aber über ähm die Flüchtlingsbewegung der letzten Jahre von jungen Menschen, sind wir in 15-20 Jahren, also wir vielleicht nicht mehr, aber ist die Gesellschaft genau da, dass wir das brauchen. Dann glaube ich, werden wir froh sein, wenn wir uns mit diesen Themen auseinandergesetzt haben. Im Augenblick sind das noch die jungen Menschen, die ganz andere Probleme haben, wenn wir über Kulturen reden, das ist nicht alleine Diversität, das ist mir schon klar, aber das ist so das erste, was einem im Augenblick ins Auge fällt. Die sind im Augenblick noch zu jung und die haben noch ganz andere Setting-Probleme als sich über Rehabilitation Gedanken zu machen. So kamen wir damals in Bielefeld auch raus, aber ein paar Jahre später sieht das, glaube ich, deutlich anders aus und dann sollte man präpariert sein und Instrumente in der Hand haben“ (FG1)*

Von den Teilnehmer*innen wurde auch angemerkt, dass die Rehabilitationskliniken nur beschränkte Möglichkeiten hätten und in manchen Fällen bei der Lösung von diversitätsbedingten Herausforderungen an ihre Grenzen kämen. Sie machten deutlich, dass das Rehabilitationssystem ein starres System sei, dass auch auf der Seite der Patient*innen wenig Flexibilität ermögliche. Die Vorgaben und Rahmenbedingungen für Rehabilitationseinrichtungen seien durch das Sozialgesetzbuch festgelegt, welches den Bedarf der Patient*innen schon vorab festlege. Die verschiedenen Ansichten darüber, wie weit auf Rehabilitand*innen eingegangen werden müsse, verunsichere die Einrichtungen oftmals. Die Angebotspalette in den Einrichtungen richte sich grundsätzlich an den Bedarfen der Rehabilitand*innen aus.

- „Außenseiterdiäten werden ja teilweise auch schon gemacht. Also wir können schon auch kosher oder halal haben, haben wir auch schon gemacht, ja. Aber das sind dann, da wird dann für den Einzelnen speziell was angeboten. Hier ist ja bei dem Ansatz, wenn ich das richtig verstehe, was Anderes gemeint. Das ist ja doch, da geht es ja eher darum, inwieweit müssen wir (...) auch große Angebotspaletten so einrichten, dass eben bedeutsame Teile der Rehabilitanden, müssen ja nicht immer nur Minoritäten sein, sondern sind ja teilweise auch erhebliche Prozentzahlen, dass die davon auch angesprochen werden.“ (FG4)
- "Wir können, wir können, wir machen ja jetzt schon viel für Außenseiter." (FG4)

Verbesserungsvorschläge: Instrumentenkatalog und Handlungsleitfaden

Die Befragten sprachen die Empfehlung aus, die Ziele des Handlungsleitfadens und Instrumentenkatalogs im Hinblick auf ihre praktische Relevanz und Alltagstauglichkeit für das Personal zu prüfen. Ein anderer Vorschlag wäre die Einführung von Kommunikationsschulungen, um im Rehabilitationsalltag mit den Rehabilitand*innen adäquat kommunizieren und umgehen zu können, wenn deren Erwartungen und Bedürfnisse nicht erfüllt werden können.

- „Also scheitern kann es natürlich auch daran, wenn ich jetzt die ersten Punkte lese, da lese ich dann hier so schön, es wird eine Unternehmenskultur geschaffen, die Diversität würdigt und wertschätzt. Das ist in aller Regel ganz viel Luft, die gut erwärmt ist (lacht). Also wenn ich mir angucke, was mir hier so in Unternehmungen alles an Dingen propagiert und eigentlich machen, wenn man dann guckt, was eigentlich passiert, dann ist sowas meist nicht das Papier wert, dass es gedruckt ist.“ (FG2)
- „Interessant finde ich so, Kommunikationsschulungen. Da gibt es ja Angebote bis hin zur Mediation, hab' ich gesehen. Also, wenn das so punktuell mal möglich wäre, auch im Hinblick darauf, wie bringe ich das rüber, wenn ich Wünsche nicht erfüllen kann. Wie bringe ich das verständlich rüber. Also das fände ich schon ganz interessant.“ (FG4)

Teil 2 der Fokusgruppenbefragungen

I. Handlungsleitfaden

Aufbau des Handlungsleitfadens

In der zweiten Runde haben die Fokusgruppen den überarbeiteten Entwurf der Handreichung bewertet. Die Mitarbeiter*innen der Rehabilitationseinrichtungen wiesen darauf hin, dass der Nutzen des Handlungsleitfadens in Rehabilitationseinrichtungen noch unklar sei. Der Mehrwert solle im Hintergrundkapitel stärker verdeutlicht werden, sodass das Interesse der Mitarbeiter*innen für die Verwendung des Handlungsleitfadens geweckt würde. Außerdem forderten die Fokusgruppenteilnehmer*innen, die Adressaten der Handreichung klarer zu benennen, um gezielt Verantwortlichkeiten vergeben zu können. Bisher sei nicht eindeutig, wen der Handlungsleitfaden anspreche und auf welcher Ebene dieser Nutzung finde. Außerdem sei bei der Bedarfsanalyse noch unklar, ob die Praxisbeispiele der Realität entsprechen. Bei der Ist-Analyse könne man außerdem mit einem Flussdiagramm arbeiten, beispielsweise orientiert am PDCA-Zyklus, um eine einfache Möglichkeit einer „Checkliste“ zu gewährleisten. Weiter empfahlen die Mitarbeiter*innen der Rehabilitationseinrichtungen, dass persönliche Gespräche vor und bei der Implementierung von Maßnahmen zu diversitätssensibler Versorgung mehr Nutzen bringen würden als lediglich die Handreichung zu verteilen.

→ *„Naja, also grundsätzlich glaube ich, mir ist das zu theoretisch. Also mir ist das in dem Sinn für einen, also ich habe Sie jetzt so verstanden, dass wir jetzt hier sitzen und überlegen, wie könnte ich so einen Prozess im Haus, wenn er denn nötig ist, implementieren. Wenn ich jetzt eine Gruppe habe, Sie haben ja das Fallbeispiel uns vorgegeben, wenn ich jetzt so eine Gruppe habe, dann gehe ich nicht mit diesem Papier dahin. Weil die sind weg. Ja, die lesen diesen einen Satz ja "Ablauf der Implementierung diversitätssensibler Maßnahmen" und sind weg. Also, da gehe ich hin und sag: "Leute." Nochmal das was ich eben schon sagte, persönlich: "Das und das liegt an. Wir denken, oder ich denke, es wäre vielleicht ganz gut. Wie seht ihr das? Und dann gibt es Möglichkeiten, das zu tun. Also wir könnten... Dafür müssen wir aber zu erstmal sowas wie dann nenn ich es mal Ist-Analyse machen und das würde so und so gehen. Seid ihr dazu bereit?" Und dann eventuell nachher am Ende dieser Veranstaltung würde ich sagen, "Wir haben das nochmal zusammengefasst, guckt mal, lest es nochmal durch, wo jeder nochmal nachgucken kann, was wir in den nächsten Wochen machen wollen und ob ihr damit einverstanden seid. Lasst es euch mal durch den Kopf gehen.“ (FG6)*

Darstellung (textliche und didaktische Aufbereitung) des Handlungsleitfadens

Die Mitarbeiter*innen der Rehabilitationseinrichtungen konnten wenig Schwierigkeiten mit der textlichen und didaktischen Aufbereitung des Handlungsleitfadens erkennen. Sie bekräftigten, dass dieser verständlich und der Sachverhalt gut dargestellt sei. Lediglich die Quellenangaben im Text würden den Lesefluss und das Verständnis der Mitarbeiter*innen stören. Um die Leserfreundlichkeit zu erhöhen, empfahlen die Teilnehmer*innen eine Zitation mit Nummerierung und Fußnoten.

Umfang und Ausführlichkeit des Handlungsleitfadens

Die Fokusgruppenteilnehmer*innen bemängelten, dass der Handlungsleitfaden zu lang sei und somit womöglich das Leseinteresse begrenze und die zeitlichen Kapazitäten im Arbeitsalltag überschreite.

→ *„Das Problem ist trotzdem, dass das Ganze sag ich jetzt mal, wenn ich an jemanden denke, der das in seinem Arbeitsalltag schnell eine Anleitung braucht, woran muss ich so denken, damit ich jetzt dem Patienten vielleicht gerecht werde oder so, da ist das zu viel Text (..) so Fakten, ich musste das ja auch spärlich in meinem Leben lernen, je weniger desto besser so ungefähr. Diese Diagramme und sowas das ist schon mal ganz gut, weil es nämlich einem so ein paar Punkte zeigt, aber vielleicht hat man ja wirklich mehr Schlagworte, weniger ganz viel Text, mehr so kurze einprägsame Texte, Sätze, dass ich verstehe, worum geht es.“ (FG5)*

Darstellung der Instrumente in der Handreichung: Professionelle Dolmetscher*innen

Die Mitarbeiter*innen der Rehabilitationseinrichtungen erachten den Einsatz von professionellen Dolmetscher*innen als relevant. Die Darstellung des Instruments empfanden sie jedoch als nicht ausreichend und forderten weitere Informationen zu verschiedenen Möglichkeiten zur Umsetzung, wie z. B. zu unterschiedlichen Dolmetscherdiensten von verschiedenen Anbietern, Informationen zu technischen Umsetzungsmöglichkeiten, wie technische Systeme oder Software (z. B. Voicerecorder) und auch Informationen über den finanziellen Aufwand in Form von Kosten pro Stunde. Weitergehende Informationen würden den Mitarbeiter*innen helfen und den Handlungsleitfaden praktischer gestalten. Auch praktische Tipps direkt zu Beginn, die einer Fragestellung und einem Kontakt zugeordnet werden können, wären nützlich. Außerdem haben sie angemerkt, dass Sprache allein nicht die einzige Schwierigkeit sei, sondern dass auch Barrierefreiheit berücksichtigt werden sollte z. B. für blinde und/oder taube Menschen.

→ *„Vielleicht mal ein konkretes Beispiel. Was mir auch schon länger auf dem Herzen liegt, ist der Einsatz von Dolmetschern oder Dolmetscherinnen. Was ja, haben Sie auch geschrieben, auch eine Kostenfrage ist, weil das bisher nicht geklärt ist. Ich würde gern, und ich habe auch das*

Gefühl, es gibt Bedarf, aber es gibt auch eine große Hemmschwelle, sich mit dem Thema auseinander zu setzen.“ (FG7)

→ *„Ne. Mir hat das nicht gereicht (lachen). Weil viele Sachen waren ja... und hinten waren noch Quellen für professionelle Dolmetscher, Sprachenintegration genau also da hab ich mir nämlich noch eigentlich so ein bisschen gewünscht gerade im letzteren, also wenn ich sowas haben wollen würde, dann würde ich gerne wissen, was für unterschiedliche Dolmetscherdienste es gibt.“ (FG7)*

Darstellung der Instrumente in der Handreichung: Cultural Awareness Tool (CAT)

Die Fokusgruppenteilnehmer*innen waren der Ansicht, dass die Umsetzung dieses Instruments im Rehabilitationsalltag aufgrund seines Umfangs und der Ausführlichkeit schwer umsetzbar sei. Sie schlugen vor, im CAT statt Fragen eine kurze Ja-/Nein-Checkliste zu verwenden. Generell sei Kultur als Diversitätsmerkmal in der Versorgung eine zusätzliche Herausforderung, weshalb die Berücksichtigung sehr relevant sei. Die Studienteilnehmer*innen fanden das Fallbeispiel gut beschrieben und realistisch. Allerdings wiesen sie daraufhin, dass beim Fallbeispiel deutlicher gemacht werden sollte, aus welchen Gründen Beschwerden geäußert würden, z. B. bei Personen mit Sprachbarrieren, wenn sie den Behandlungsplan nicht verstanden.

→ *„Also ich glaube, wenn man das wirklich so macht, dann macht man halt unter Umständen ein riesen Fass auf. Also in so einer Anamnese, wenn man wirklich Anfänger, also wir fragen ja eh schon im Arzteaufnahmegespräch, also wirklich, also alles. Von Beruf bis irgendwelche Traumata, familiäre Situation da unter Umständen hat man sowieso schon so viele Punkte, wenn man die anspricht, dass man da unter Umständen... Wenn man dann auch noch irgendwie hier anfangen würde "Seit wann leben Sie in Deutschland?"“(FG5)*

→ *„Dann wäre es schön, wenn es eine kurze Checkliste wäre. Nur diese Fragen bringen ja nichts (bejahend). Naja, aber wenn wir uns Gedanken machen oder andersrum. Wenn die Beschwerde bereits erfolgt ist und wir dann anfangen uns Gedanken zu machen, und anhand dieser Liste abgehen, das ist ja gelaufen für den Patienten. Es dient letztlich als Sensibilisierung für kommende mögliche Probleme.“ (FG5)*

Darstellung der Instrumente in der Handreichung: Mediation

Mediation wurde von den Studienteilnehmer*innen als primäres Instrument bei bestehenden Konflikten gesehen. Das Instrument wurde bisher schon regelmäßig eingesetzt. Die Mitarbeiter*innen äußerten den Wunsch, dass mehr Fallbeispiele zur Veranschaulichung genutzt werden. So könne man verschiedene Zielgruppen der Handreichung besser ansprechen. Die Mitarbeiter*innen der Rehabilitationseinrichtungen empfanden den Umfang der Informationen zum Instrument als angemessen und fanden, dass das Instrument einen guten Überblick über die Anwendung gebe.

Weitere Anmerkungen zum Handlungsleitfaden

Die Mitarbeiter*innen der Rehabilitationseinrichtungen merkten an, dass es schwierig sein könne, den Bedarf der Ist-Analyse ressourcenschonend zu ermitteln. Auch müssten die Fragen sehr spezifisch und präzise gestellt werden, um diese adäquat auswerten zu können. Zum anderen würden generell zu wenig personelle Ressourcen für eine Umsetzung zur Verfügung stehen. Bei der Frage nach der Leitung und der Durchführung von Diversitätsmanagementmaßnahmen, waren sich die Teilnehmer*innen einig, dass es ein*e Mitarbeiter*in mit einer medizinischen Ausbildung sein müsse.

- *„Also wie der Bedarf ermittelt werden kann, ohne dass es mordsaufwendig ist, da unsere Mitarbeitenden eh schon viele Aufgaben haben. Genau.“ (FG7)*
- *„Aber solche Fragen müssten doch ganz anders gestellt werden. Die erste: Haben Sie das Gefühl, fühlen Sie sich hinsichtlich Ihrer Sprache oder ausreichend berücksichtigt? Haben Sie das Gefühl oder gibt es Vorschläge, die Sie machen möchten, wie wir auf ihre sprachlichen und kulturellen Besonderheiten eingehen können? Oder haben Sie da Hindernisse? Oder solche Dinge. Solche Fragen würde ich mir wünschen, die so ganz konkret benennen und nicht so ein allgemeines - darf ich das so sagen? - Blabla, weil das ist für mich Blabla.“ (FG7)*

II. Instrumentenkatalog

In der zweiten Runde der Fokusgruppen gab es keine weiteren Erkenntnisse zum Instrumentenkatalog.

III. Umsetzbarkeit

Einschätzung der Umsetzbarkeit: Instrumentenkatalog und Handlungsleitfaden

Eine Übertragbarkeit des Handlungsleitfadens und des Instrumentenkatalogs auf den Rehabilitationsalltag konnten sich die Mitarbeiter*innen in den Fokusgruppen vorstellen. Allerdings merkten sie an, dass der Instrumentenkatalog nicht für die Anwendung in akuten Situationen geeignet sei. Er habe

vielmehr eine präventive Wirkung. Außerdem reiche die Handreichung allein für die Umsetzung nicht aus. Die Teilnehmer*innen waren der Meinung, dass die Handreichung viele verschiedene Informationen miteinander verknüpft, die auf den ersten Blick nicht eindeutig ersichtlich seien. Die Handreichung wirkte auf die befragten Personen sehr komplex. Ein Kick-Off-Meeting könne dieses Problem lösen. Auch könnten Ideen vorgestellt und die Handreichung betroffenen Mitarbeiter*innen mitgegeben werden. Unterstützend könne zudem die Bildung einer Steuerungsgruppe wirken, die den Implementierungsprozess unterstützen und begleiten könnte. Weiter wurde kritisiert, dass die Erwartungen der Mitarbeiter*innen in der Beispielübersicht der Ist-Analyse nicht vollständig berücksichtigt werden.

- *„Aber die Frage ist ja natürlich, [...], muss mich echt richtig konzentrieren bei dem komplexen Konglomerat von Strängen, die da miteinander verwoben sind.“ (FG7)*
- *„Ok ja. Also als grundsätzlich finde ich, wenn man ja sowas implementieren will oder vorstellen will, dann denke ich, finde ich das ganz schwierig, dass nur so zu machen. Sondern ganz wichtig fände ich das in Form eines Kickoffs oder wie man auch immer das nennen will, zu sagen, hier, wir denken wir müssten was tun, weil wir haben die verschiedensten Schwierigkeiten.“ (FG6)*
- *„Aber das für die Erwartungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterin, die wird hier ja jetzt erstmal gar nicht erfasst.“ (FG7)*

Voraussetzungen für die Umsetzbarkeit: Instrumentenkatalog und Handlungsleitfaden

Die Studienteilnehmer*innen diskutierten verschiedene Bedingungen, die zur Umsetzung des Handlungsleitfadens im Rehabilitationsalltag notwendig seien. Als problematisch empfanden sie, dass das Instrument für Mitarbeiter*innen der Einrichtungen, die sich noch nicht tiefergehend mit dem Thema Diversität auskennen würden und wenig Zeit hätten, zu umfangreich sei. Aufgrund des herrschenden Personalmangels in den Einrichtungen würden die Arbeitsabläufe in der Rehabilitation immer weiter komprimiert. Im Rahmen dessen wurde kritisiert, dass der Handlungsleitfaden zu komplex sei, um ihn zwischen den anderen Aufgaben im Arbeitsalltag durch zu arbeiten. Des Weiteren sahen die Mitarbeiter*innen die Möglichkeit eine externe Organisation in die Ist-Analyse miteinzubeziehen kritisch. Sie waren der Meinung, dass diese Option die Mitarbeiter*innen bei der Umsetzung ausschließe und auch keine Verantwortlichkeiten erzeuge. Die befragten Personen waren der Ansicht, dass der Nutzen und der Gewinn für die Einrichtung verdeutlicht werden müsse, um eine diversitätssensible Versorgung optimal umsetzen zu können. Dies lasse sich idealerweise mit einem persönlichen Meeting aller beteiligten Personen erreichen.

- *„Damit es halt trotzdem auch verständlich ist (...) ich denke es wird schwierig so im Arbeitsalltag für jemanden der vielleicht sich mit dem Thema auch nicht auskennt... ich meine, ich überflieg*

es, weil das ja für mich schon tatsächlich präsent ist, aber jemand der jetzt wirklich nachlesen müsste, was heißt das denn überhaupt und wofür brauche ich das und der dann aber wenig Zeit hat, hat schon relativ viel zu lesen vorab.“ (FG5)

- *„Also ich habe letzte Woche drei Anläufe genommen, um das hier zu lesen. Letztendlich habe ich es geschafft, gerade eben 10 Minuten mal reinzugucken. So viel zu unserem Alltag. Wir sind eigentlich gerade dabei wieder weitere Arbeitsabläufe noch irgendwie mehr zu komprimieren, wegen Personalmangel ja und da wird wahrscheinlich auch so ein bisschen unsere Zukunft sein: Wo kann man noch komprimieren? Also wir müssen da sehr aufpassen, dass wir nicht noch zusätzlich irgendwas dazu holen, was jetzt noch Arbeit machen würde.“ (FG5)*
- *„Was ich so ein bisschen schwierig finde, aber kommt vielleicht auch aus dem Bereich, aus dem ich komme. Wenn da direkt steht, wenn man es nicht gewöhnt ist, so eine Ist-Analyse zu machen, dann muss direkt jemand Externes kommen. Dass man dann vielleicht auch sagt, ist es wirklich wichtig und kann man sowas nur mit einem Externen machen? Weil ich denke dann fallen schon viele Bereiche auch einfach weg, oder bewegt man Mitarbeiter, in dem man denen das klar macht, so ihr seid dafür verantwortlich und man kann das dann auch durch, weil ich finde, so eine Ist-Analyse braucht man einfach also einfach, man braucht einen gezielten Fragenkatalog usw., damit man das gut macht, aber ob dann für alles immer direkt externe Leute da sein müssen, weiß ich auch nicht. Je nachdem welchen Bereich man erfassen will, ist es auch unter Umständen schwierig.“ (FG6)*

Hinderliche und förderliche Faktoren für die Umsetzbarkeit: Instrumentenkatalog und Handlungsleitfaden

Die Mitarbeiter*innen nannten in erster Linie personelle sowie zeitliche Ressourcen als grundlegende Voraussetzungen für eine diversitätssensible Versorgung. Auch finanzielle Einschränkungen sehen sie als Herausforderung. In einigen Fällen wurde kein Bedarf für einen Handlungsleitfaden gesehen, da die Einrichtungen bisher keine Kritik hinsichtlich mangelnder Berücksichtigung von Diversität bekommen hätten. Es wurde aber angemerkt, dass der Prozess nicht top-down angestoßen werden sollte, da das zu Irritation und Stress bei den Mitarbeiter*innen führen könne. Bei Herausforderungen in der Einrichtung wäre jedoch eine Anlaufstelle für Patientenbeschwerden sinnvoll. So würden zusätzliche Ressourcen geschaffen werden, die z. B. für die Rekrutierung von Dolmetscher*innen genutzt werden könnten. Dies hätte den Vorteil, dass die Ärzt*innen in den Prozess der Problembewältigung miteinbezogen werden könnten. Sowohl das Diversitätsmanagement als auch das Qualitätsmanagement seien aufwändige Prozesse und würden von einem hohen Dokumentationsaufwand begleitet werden, der die Mitarbeiter*innen zusätzlich belaste. Die Mitarbeiter*innen machten deutlich, dass eher eine Reduzierung der Dokumentation angestrebt und auf Prozesse, die einen Arbeitsaufwand erhöhen könnten,

verzichtet werden solle. Die Mitarbeiter*innen betonten, dass die Handreichung und eine diversitätssensible Versorgung mit einem höheren Dokumentationsaufwand verbunden sei. Dies könne die Bereitschaft zur Umsetzung eher hemmen. Zusätzlich wiesen die befragten Personen daraufhin, dass die Handreichung allein nicht ausreiche, um eine diversitätssensible Versorgung umzusetzen. Der Nutzen für das Thema müsse über eine persönliche Anleitung erfolgen, sodass relevante Aspekte zu diversitätssensibler Versorgung für die einzelnen Einrichtungen individuell angepasst werden können. Die Studienteilnehmer*innen sehen es auch als notwendig an, eine Schulung zum Thema Diversität zu erhalten. In den Einrichtungen und bei den Mitarbeiter*innen fehle häufig das Bewusstsein für eine diversitätssensible Versorgung. Häufig wären nur Personen mit dem Thema vertraut, die bereits dafür sensibilisiert wären. Sie äußerten aber auch den Wunsch, für ein besseres Verständnis kulturbedingter Herausforderungen sensibilisiert zu werden, um kulturassoziierte Konflikte zu vermeiden oder besser lösen zu können.

→ *„Mehr Personal (lachen) auf jeden Fall. Das hören Sie immer, oder?“ (FG5)*

→ *„Ich glaube, wenn man das alles auf jeden einzelnen Patienten anwendet, die Zeit ist überhaupt nicht da. Also ich glaube da muss man wirklich ein kleines Haus sein, mit viel Personal und wenig Patienten, da könnte man das so 1 zu 1 vielleicht so ausführen, aber hier ist das nicht möglich.“ (FG5)*

→ *„Also sozusagen... wie könnte der Anfangspunkt aussehen in der Klinik sozusagen, da noch einen Diskussionsprozess anzustoßen ja. Also da wäre glaube ich der Punkt, die ärztliche Leitung oder die kaufmännische Leitung sagt „hey, hier unsere Statistiken die rauschen in den Keller, wir müssen irgendwie was machen“, das ist glaube ich ein schwieriger Ausgangspunkt, weil alle dann denken ja hier ist es jetzt irgendwie Stress und ihr müsst jetzt mal wieder gucken, wie wir wieder besser werden.“ (FG7)*

Relevanz und Stellenwert für die Versorgung: Instrumentenkatalog und Handlungsleitfaden

Die Studienteilnehmer*innen fühlten sich durch die Handreichung für das Thema diversitätssensible Versorgung sensibilisiert. Die Befragten machten den Vorschlag, die Fragen im Handlungsleitfaden auch als Leitfaden für das Anamnesegespräch in der Rehabilitation zu nutzen. Die Mitarbeiter*innen waren sich aber nicht einig, inwieweit Diversitätssensibilität bei den starren Strukturen und den finanziellen Limitationen überhaupt umsetzbar sei. Im Vergleich zu einem Personaltrainer könne die Rehabilitationsversorgung keine vollständig individualisierte Lösung und Betreuung anbieten. Die Mitarbeitenden befänden sich dadurch in einer Konfliktsituation zwischen dem Wunsch nach Erfüllung der Be-

dürfnisse der Patient*innen und dem gleichzeitigen Wissen nicht genügend Kapazitäten dafür aufbringen zu können. Darüber hinaus sei es notwendig, dass die Versorgungsträger sich mit dem Thema diversitätssensible Versorgung auseinandersetzen und entsprechend finanzieren würden.

- *„Das ist so ein Sensibilisierungsleitfaden, dass man grundsätzlich mal anfängt, wenn man in einer Rehaklinik als Mitarbeiter mit einer wie auch immer gearteten Anamnese befasst ist, dass man einfach bestimmte Aspekte im Hinterkopf behalten muss. Ich glaube dafür ist es gut, die eine oder andere Frage zu kennen, mit der man was klären kann.“ (FG5)*
- *„Und in diesem Spannungsfeld behaupte ich, sitzen auch meine Mitarbeiter. Der möchte mit dem Patienten ja richtig was erreichen, aber auf der anderen Seite ist das Geld und dann noch die andere Komponente „Diversität“ (..) nicht alle Patienten kommen mit dem Ziel, mit uns was zu erreichen. Das heißt, die spielen ihre Diversität in unsere Richtung so weit aus, dass die.. dass wir sagen müssen, da waren wir aber nicht erfolgreich, weil wir haben seine Diversität nicht erreichen können. Aber er hat eine ganz andere Agenda, weil er Opfer ist vom Sozialsystem. Da kann die Deutsche Rentenversicherung mit einem Auftrag aus Berlin zu der Uni in Witten/Herdecke sein Idealbild noch weiter verschönern, er ist nicht bereit Geld auszugeben für Diversität in Rehamaßnahmen, er ist nicht bereit, das Sozialsystem ein wenig abzuändern, sondern er versucht mit diesem kleinen Geld mit (..) dem Produkt Rehabilitation raus zu quetschen.“ (FG6)*

Relevanz und Stellenwert für die Versorgung: Instrumentenkatalog und Handlungsleitfaden

In den Fokusgruppen wurden zwei Aspekte deutlich. Zum einen sind die Mitarbeiter*innen der Rehabilitationseinrichtungen der Meinung, dass Patient*innen der deutschen Sprache mächtig sein müssen, um eine Rehabilitation in Anspruch nehmen zu können. Zum anderen müsse eine Rehabilitationseinrichtung bis zu einer gewissen Grenze die Bedarfe und Bedürfnisse eines*r Patient*in berücksichtigen. Inwieweit letzteres umgesetzt werden müsse und könne, gab es aber keinen Konsens. Für wichtig und vorerst ausreichend wurde empfunden, dass der/die Patient*in merkt, dass das Personal versuche, seinen/ihren Bedürfnissen gerecht zu werden und diese zu erfüllen und ggf. Lösungen für diversitätssensible Konflikte zu finden.

- *„Also unseren Patienten betrachten (..). Ist jemand der nur eine ausländische Sprache beherrscht, ist der rehafähig oder sollen wir unsere Diversität so aufbauen, dass wir alle Sprachen, die unsere Versicherten von der Deutschen Rentenversicherung beherrschen, dass wir das auch können, sodass er eine passende Reha bekommt, dann muss er keine deutsche Sprache beherrschen.“ (FG6)*

- „Ja, es gibt ja zwei unterschiedliche. Die einen sagen, das ist, das brauchen wir nicht, wenn sie hierhin kommen, dann müssen sie die deutsche Sprache können, so ungefähr. Und die anderen sagen, ja das ist doch kundenorientiert, wenn wir das hätten.“ (FG6)
- „Manchmal ist es ja auch schon gut, wenn der Patient merkt, wenn er so ganz besonders, stößt ja nicht nur hier, der stößt ja in seinem Alltag auch normalerweise auf so, also wenn er merkt, die sehen das Problem, machen sich Gedanken darüber und haben schon Lösungsansätze in kleinen, aber mehr geht halt nicht. Also von daher gesehen ist da ja auch ganz häufig allein schon dadurch, dass der Patient merkt, dass das Bewusstsein dafür da ist, schon viel geholfen. (FG6)“

Verbesserungsvorschläge: Instrumentenkatalog und Handlungsleitfaden

Die Studienteilnehmer*innen sehen Optimierungspotenziale bei der textlichen Gestaltung. Der Schwerpunkt solle dabei auf der Nutzung von Schlagworten und Kernbotschaften in der Handreichung gelegt werden. Auch einseitige Handouts mit den wichtigsten Informationen, Checklisten, Flussdiagrammen und Schritt-für-Schritt-Abläufen könnten zur Nutzerfreundlichkeit beitragen. Ebenso seien Listen zum Abhaken für Kliniken gut umsetzbar. Diese würden Personen, die sich mit dem Thema Diversität noch nicht tiefergehend beschäftigt hätten, den Zugang zum Thema erleichtern. Neben diesen Veranschaulichungen und einem kurzen Text mit knappen präzisen Inhalten könne auch ein optionaler ausführlicher Text folgen, um interessierten Personen weitergehende Informationen zugänglich zu machen. Auch an dieser Stelle der Fokusgruppendifkussionen wurde darauf hingewiesen, dass eine Art Kick-Off-Veranstaltung oder Fortbildungen nützlich sein könne, um Rehabilitationseinrichtungen für Diversität zu sensibilisieren und den Umgang mit der Handreichung zu erleichtern. Die Handreichung ersetze zwar nicht den persönlichen Austausch, der im Vorfeld stattfinden müsse, böte den Einrichtungen aber die Möglichkeit, diversitätssensible Versorgung in Eigenregie vorzubereiten. Eine Homepage mit Videos zu Diversität wären außerdem für Interessierte sinnvoll, um einen schnellen Zugang zu Informationen zu ermöglichen.

- „Schlagworte.“ (FG5)
- „Checkliste.“ (FG5)
- „Programmablaufplan sowas.“ (FG5)
- „Was wäre denn, wenn man zum Beispiel so ein Handout, eine Seite Zusammenfassung machen könnte und dann, falls man sich weiter dafür interessiert, dann in sowas längeres reinschaut.“ (FG5)
- „Sowas wie Kernbotschaften zum Beispiel?“ (FG5)

→ „Vielleicht eine eigene Homepage, wo dann entweder Klicks oder Links oder wie auch immer oder eigene Filme draufgelegt sind.“ (FG7)

4.3.2 Diskussionszirkel (C-2)

I. Rückmeldungen zum Handlungsleitfaden allgemein

Den Teilnehmer*innen des Diskussionszirkels zufolge müssten die Inhalte der Handreichung zielgerichteter und ansprechender formuliert werden. Dies solle bereits in der Einleitung geschehen. Besonders relevant wäre dabei die Klärung der Fragen: Wer ist der konkrete Ansprechpartner? Wer ist zuständig? Der Adressat des Handlungsleitfadens müsse deutlicher angesprochen werden (z. B. Gleichstellungsbüro, Qualitätsmanagement oder alle Mitarbeiter*innen?).

Darüber hinaus seien die Texte zu wissenschaftlich und theoretisch formuliert und würden deshalb nicht alle Mitarbeiter*innen in den Einrichtungen, die ein Problem lösen möchten, ansprechen. Besser wäre es den Handlungsleitfaden konkreter, verständlicher und für den/die Leser*in interessanter zu gestalten. Insgesamt solle die Handreichung in einer leichteren Sprache formuliert werden. Zusätzlich würde die Nutzung von mehreren Ebenen, Formatierungshilfen (fettgedruckt, kursiv, Arbeit mit Spiegelstrichen etc.) dazu beitragen, den Handlungsleitfaden übersichtlicher zu gestalten. Auch kürzere Sätze mit Stichworten würden zu einer höheren Lesebereitschaft beitragen.

Die Abbildung in der Einleitung (Grafik für den Prozess der Implementierung von Maßnahmen) sei zu kompliziert. Darüber hinaus sei ein Fallbeispiel zu Beginn der Handreichung eine sinnvolle Ergänzung, um das Interesse der Leser*innen zu wecken. Auch wurden die Vorteile von Beispielen zu den einzelnen Themenblöcken bzw. zu den verschiedenen Ebenen (Therapeut*innen, Patient*innen etc.) zu Beginn der Handreichung diskutiert. Dabei sei es elementar, nicht nur auf das Diversitätsmerkmal „Migration“ einzugehen, sondern alle Aspekte von Diversität zu beleuchten. Im Allgemeinen sei im Handlungsleitfaden der Aspekt Migration noch zu dominant. Es sollten auch weitere Herausforderungen des Versorgungsalltags eingeschlossen werden.

Die Teilnehmer*innen unterstreichen zudem, dass es notwendig sei, mit für die Praktiker*innen bereits bekannten Methoden wie beispielsweise den SMART-Kriterien oder dem PDCA-Zyklus zu arbeiten.

II. Rückmeldungen zu den exemplarischen Instrumenten

Die Fallbeispiele würden den Teilnehmer*innen des Diskussionszirkels zufolge zu viel Text enthalten. Außerdem würde in den Beispielen nicht immer deutlich werden, weshalb das entsprechende Instrument ausgewählt wurde.

Darüber hinaus wurde diskutiert, in welcher Form die Instrumente bzw. die Auswahl der Instrumente dargestellt werden könnte: Eine Möglichkeit wurde in einer Auflistung von „Top 10 der relevantesten Instrumente“ gesehen. Hierbei könne man auch die Rückmeldungen der postalischen Befragung nutzen. Auch könne eine Kategorie mit den „besonders leicht umzusetzenden Instrumenten“ erstellt werden.

Die Empfehlungen in den exemplarischen Instrumenten müssten zudem konkreter, beispielsweise durch die Verwendung von Kernbotschaften (Beispiel Schulbuch: Merke...) formuliert werden. Die Teilnehmer*innen waren sich uneinig darüber, inwiefern die Anleitung in Form einer Anweisung („Das ist der Weg!) oder als Empfehlung („Wenn... dann...“; „so und so könnte es gemacht werden“) formuliert werden sollten. In diesem Zusammenhang wurde angemerkt, dass die Beschreibung eines „Idealvorgehens“ abschreckend wirken könnte, denn dies sei für Praktiker*innen häufig realitätsfern. Besser wäre die Nutzung von Good-Practice-Beispielen.

Die Fallbeispiele müssten laut Teilnehmer*innen besser bzw. einheitlich strukturiert sein. Als Beispiel wurde genannt: 1. Problem, 2. Vorgehensweise, 3. Lösung. Für ein Problem könne es dabei auch mehrere Lösungsansätze geben. Außerdem sei es wenig sinnvoll, Instrumente im Handlungsleitfaden aufzuführen, die einer zusätzlichen Recherche (z. B. FREM-17) bedürfen. Einzelne Aspekte (z. B. 2.2.4 Fallstricke & Lösungen) wurden von den Teilnehmer*innen nicht verstanden. Auch müssten die Ziele der Instrumente deutlicher zu erkennen sein.

Die Teilnehmer*innen merkten darüber hinaus an, in den Beispielen nicht zu häufig mit dem Diversitätsmerkmal „Migration“ zu arbeiten und auch weitere Diversitätsmerkmale aufzugreifen.

Zu den exemplarischen Instrumenten wurde außerdem rückgemeldet, dass die Vorstellung von Nicht-Evaluierten Instrumenten nicht sinnvoll sei.

Der Einsatz von Fragebögen könne den Teilnehmer*innen zufolge generell schwierig sein. So könne das Krankheitsverständnis je nach Herkunftsland, Generation etc. stark variieren. Der Umgang mit dieser Heterogenität sei deshalb (zu) kompliziert. Um Patient*innen gut zu versorgen, könne man bereits bei der Anamnese Bedarfe und Bedürfnisse erfragen. Hierfür sei allerdings die Sensibilisierung des Klinikpersonals bzgl. des Themas Diversität notwendig.

III. Rückmeldungen zum Instrumentenkatalog

Der Instrumentenkatalog wurde von den Diskussionszirkel-Teilnehmer*innen sehr positiv bewertet. Angemerkt wurde, dass die Methoden und Strukturen der Instrumente einheitlich dargestellt werden sollten (weiterhin: Problem, Vorgehen, Ergebnis).

Ein großer Diskussionspunkt war die Onlineverfügbarkeit der einzelnen Instrumente. Eine Option sei die Erstellung einer Datenbank, um die Verfügbarkeit der Informationen und Inhalte der Instrumente

zu gewährleisten. In diesem Zusammenhang wurde vorgeschlagen, dass die DRV alle Veröffentlichungen zentral sammelt und speichert. Außerdem könnten die Informationen auch in Papierform gedruckt werden.

Zudem wurde angemerkt, dass die theoretische Beschreibung der Instrumente in dieser Form nicht ausreichend sei. Notwendig seien Trainings oder Seminare für Interessierte.

Die Teilnehmer*innen haben über ein Bewertungssystem für die Instrumente diskutiert. Das Bewertungssystem könne dabei helfen, die Instrumente problemzentriert zu sortieren, sodass eine (richtige) Auswahl erleichtert wird. Eine weitere Möglichkeit um die Auswahl für Praktiker*innen zu erleichtern, sei die Aufführung von Vor- und Nachteilen. Auch könne man den Katalog um weitere Kriterien wie „Einfachheit“ oder „benötigte Ressourcen“ erweitern.

Diskutiert wurde auch, die Berufsgruppenauswahl bei den einzelnen Gruppen zu erweitern. So wurde die Frage gestellt, wieso nur einzelne Berufsgruppen für bestimmte Instrumente verantwortlich sein sollten.

IV. Potentielle Hürden bei der Umsetzung

Die Teilnehmer*innen des Diskussionszirkels merkten an, dass ein mangelndes Problembewusstsein eine Herausforderung bei der Umsetzung des Instrumentenkatalogs darstellen könnte. Auch der zeitliche und finanzielle Aufwand müsse bedacht werden. Zudem könne eine zu hohe Komplexität des Instrumentenkatalogs dazu führen, dass er von weniger Personen genutzt wird bzw. genutzt werden kann, als erhofft.

Auch wird diskutiert, ob es sinnvoll sei, den Instrumentenkatalog im Qualitätsmanagement der Einrichtungen zu integrieren. In diesem Zusammenhang wird auch angemerkt, dass die DRV „ein klares Zeichen setzt“ und aufzeigt, dass eine diversitätssensible Ausrichtung der Einrichtungen relevant und notwendig sei.

4.3.3 Online-Survey (C-3)

Der Online-Survey hat im Sommer 2020 stattgefunden. Bedingt durch den Ausbruch der COVID-19-Pandemie konnte lediglich eine geringe Anzahl von Rehabilitationseinrichtungen (insgesamt 3 Rückantworten) erreicht werden. Der (zu) geringe Rücklauf war für eine Ergebnisauswertung nicht ausreichend. Durch die Partizipation unterschiedlicher Akteur*innen, darunter Mitarbeiter*innen und Verwaltungsleitungen aus Versorgungseinrichtungen, Wissenschaftler*innen aus dem Bereich Rehabilitationsforschung und den Rehabilitationsträgern, bei der Entwicklung und Bewertung des Instrumentenkatalogs und Handlungsleitfadens, fand bereits ein breites Spektrum an Perspektiven Berücksichti-

gung. Dennoch hätten Ergebnisse des Online-Surveys möglicherweise weitere Einblicke in die Umsetzbarkeit des Instrumentenkatalogs und Handlungsleitfadens sowie die Umsetzungsbereitschaft der Versorgungseinrichtungen geben können.

5. Diskussion

Die Ergebnisse des DiversityKAT-Projektes machen deutlich, dass für die Mehrheit der befragten Versorgungseinrichtungen Diversitätssensibilität ein relevantes Thema ist. Sowohl die Erkenntnisse aus der postalischen Befragung als auch die der qualitativen Fokusgruppenbefragungen zeigen auf, dass die zunehmende Diversität unter den Mitarbeiter*innen und Versorgungsnutzer*innen einen Handlungsbedarf impliziert. Wie auch im Wirtschafts- [14] und Bildungswesen [41] sieht der Großteil der befragten Verwaltungsleitungen und Mitarbeiter*innen in Rehabilitationseinrichtungen Diversität als Chance. Die mit der Vielfalt einhergehenden Vorteile, beispielsweise bei der ressourcenorientierten Gestaltung der Arbeitsbereiche der Mitarbeiter*innen, sind den Führungskräften der Einrichtungen bekannt. Auch sind sich Versorgungsträger, Verwaltungsleitungen und Mitarbeiter*innen einig darüber, dass eine unzureichende Berücksichtigung diversitätsbedingter Versorgungsbedürfnisse zu geringerer Zufriedenheit und zu schlechteren Versorgungsergebnissen der Patient*innen führen können und im Umkehrschluss die Berücksichtigung der Diversität der Versorgungsnutzer*innen, die Gesundheitsversorgung, auch für den rehabilitativen Bereich, optimieren kann.

Dennoch findet sich die Berücksichtigung dieser Aspekte in der aktuellen Versorgungspraxis nur teilweise wieder. Während die ideelle Verankerung in Leitbildern und im Qualitätsmanagement weit verbreitet ist, werden weitere Strukturen und Prozesse, wie spezielle Arbeitsgruppen, Diversitätsbeauftragte und Schulungen, von weit weniger Einrichtungen vorgehalten.

Die Ergebnisse der DiversityKAT-Studie zeigen auf, dass sowohl in Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern als auch in Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland Diversitätssensibilität nicht umfassend und oft gar nicht thematisiert wird. Während viele Befragte Diversität als wichtigen positiven Faktor für bessere Behandlungsergebnisse, Patient*innen- und Mitarbeiter*innenzufriedenheit ansehen, wird sie nicht als wichtiger Faktor zur Steigerung der Patient*innenzahlen betrachtet. Dies deutet auf ein allgemeines Bewusstsein für die Bedeutung des Umgangs mit Vielfalt in der Gesellschaft hin, aber auf einen wahrgenommenen geringen finanziellen Nutzen für die einzelnen Versorgungseinrichtungen. Dieser Aspekt spiegelt sich teilweise in den Ergebnissen zu implementierten Maßnahmen und den berichteten Barrieren wider. Auf der anderen Seite machen manche Aussagen aus den Fokusgruppen und Freitextbereichen der postalischen Befragung auch deutlich, dass die Notwendigkeit einer diversitätssensiblen Versorgung noch nicht allen Mitarbeiter*innen und Verwaltungsleitungen der Versorgungseinrichtungen bewusst ist. Sie zeigen auf, dass die Relevanz und die Vorteile einer diversitätssensiblen Gesundheitsversorgung, beispielsweise im Rahmen von praxisnahen Workshops und Seminaren, noch besser kommuniziert und dargelegt werden müssen. Überdies illustrieren teils diskriminierende Aussagen und Begriffe, beispielsweise „Außenseiterdiäten“, die Notwendigkeit, mit geeigneten Personalentwicklungsmaßnahmen Ausgrenzung und der Feindlichkeit gegenüber Vielfalt zu begegnen.

Während eine große Anzahl von Versorgungseinrichtungen Diversität(ssensibilität) auf ideeller Ebene, z. B. im Leitbild oder im Qualitätsmanagement integriert, ist die Umsetzung entsprechender Maßnahmen und Strukturen auf organisatorischer Ebene nicht so weit verbreitet. Dementsprechend werden personalpolitische Maßnahmen, die sich mit der Vielfalt der Beschäftigten und dem Erhalt der Vielfalt des Personals befassen, nur in wenigen Einrichtungen umgesetzt. Diese Maßnahmen konzentrieren sich meist auf die Rekrutierung von Personal aus anderen Ländern und die Integration neuer Mitarbeiter*innen sowie die Befähigung des Personals, durch Deutschkurse auf die Mehrheitsbevölkerung einzugehen. Im Gegensatz dazu werden Maßnahmen, um potenzielle Mitarbeiter*innen mit unterschiedlichen Geschlechtsidentitäten oder mit körperlichen oder geistigen Einschränkungen zu erreichen, nur von einer kleineren Anzahl von Versorgungseinrichtungen realisiert. Auch die Schulung des Personals für die Betreuung nicht-deutschsprachiger Patient*innen und die Gleichstellung von Frauen und Männern in Führungspositionen werden von den Versorgungseinrichtungen weniger berücksichtigt.

Bei der Versorgung und Betreuung nicht-deutschsprachiger Patient*innen stehen Leistungen und Materialien, die in anderen Sprachen als Deutsch angeboten werden, meist in direktem Zusammenhang mit der Erbringung medizinischer Leistungen und sind oft gesetzlich vorgeschrieben, z. B. Einverständniserklärungen, Aufnahme- und Austrittsgespräche oder Behandlungen und Therapien. Andere, nicht-therapeutische Materialien und Dienstleistungen sind kaum in verschiedenen Sprachen verfügbar. Dies gilt insbesondere für Schulungen oder Seminare, aber auch für Speisepläne, Zeitungen oder Zeitschriften. Ebenso werden sprachunabhängige Materialien (z. B. Piktogramme) nur von wenigen Krankenhäusern oder Rehabilitationseinrichtungen angeboten. Während einige Versorgungseinrichtungen angeben verschiedene diversitätssensible Maßnahmen anzubieten, deuten die Ergebnisse darauf hin, dass kaum ein ganzheitliches Konzept umgesetzt wird, sondern eher einzelne Maßnahmen und Dienstleistungen bereitgestellt werden, die spezifische Diversitätsmerkmale, häufig Kultur und Migration, adressieren.

Wie auch in der Einrichtungsbefragung zum Thema „Umsetzung einer migrationssensiblen Versorgung in der Rehabilitation“ [42] berichteten die Befragten auch in dieser Untersuchung von fehlenden finanziellen und personellen Ressourcen, wodurch eine Umsetzung neuer patient*innenorientierter Ansätze erschwert würde. Abgesehen von diesen Aspekten berichten die Versorgungseinrichtungen oft über einen Mangel an Kompetenzen und Informationen darüber, wie diversitätssensible Maßnahmen einzuführen oder umzusetzen sind. Darüber hinaus wird von einigen Versorgungseinrichtungen eine geringe wahrgenommene Relevanz, solche Maßnahmen zu implementieren und ein Mangel an Motivation, sie durchzuführen, berichtet. Nur eine kleine Anzahl von Versorgungseinrichtungen berichtet

von keinen Barrieren bei der Umsetzung von Maßnahmen. Darüber hinaus gaben 8% der Krankenhäuser und knapp 10% der Rehabilitationseinrichtungen an, keine diversitätssensiblen Maßnahmen implementieren zu wollen.

Im Bereich des Gesundheitswesens scheitert es oftmals an der Umsetzung einer adäquaten Mitarbeiter*innenorientierung [15]. Gerade im Bereich der Pflege, in der die Gesellschaft vor zahlreichen Herausforderungen bedingt durch beispielsweise den demografischen Wandel steht, wird der Pflegeberuf häufig als unattraktiv wahrgenommen [43]. Die belastenden Arbeitsbedingungen vor allem in der Alten- und Krankenpflege, bedingt durch eine hohe psychosoziale und körperliche Belastung, führen zu einem hohen Krankenstand und einer zunehmenden Fluktuation [44]. Daraus resultiert ein flächendeckender Fachkräftemangel, der in Deutschland einen Pflegenotstand auslöst und darüber hinaus zu einer geringen Qualität der Patient*innenversorgung führt [45, 46]. In der medizinischen Rehabilitation stehen Pflegekräfte vor den selben Herausforderungen [47]. Durch die zunehmend frühzeitigere Entlassung der Patient*innen aus dem Akutkrankenhaus [48], die Erhöhung des Lebensalters der Rehabilitand*innen [49] und den Anstieg komorbider Krankheitsverläufe erschweren die ohnehin hohen Arbeitsbelastungen für Pflegekräfte in Rehabilitationseinrichtungen [50].

Diese Erkenntnisse zeigten sich auch in früheren Forschungsprojekten des Projektteams. In der VeReMi- und ReDiMa-Studie beispielsweise berichteten die Mitarbeiter*innen von dem immer schlechter werdenden Gesundheitszustand der Rehabilitand*innen zu Beginn ihrer Maßnahme, auf den das Gesundheitspersonal in Rehabilitationseinrichtungen reagieren müsse [33, 51, 34]. Demnach sind nicht nur Pflegekräfte in Rehabilitationseinrichtungen hohen Arbeitsbelastungen ausgesetzt, sondern auch Mitarbeiter*innen aus anderen Bereichen der Rehabilitation wie beispielsweise Ärzt*innen, Therapeut*innen oder Sozialarbeiter*innen.

Die erhöhte Mitarbeiter*innenfluktuation und Personalengpässe in Rehabilitationseinrichtungen, würden zudem die Problematik erhöhen, Fachkräfte mit spezifischen Merkmalen wie beispielsweise Mehrsprachigkeit, speziellen Ausbildungen oder Fähigkeiten zu rekrutieren und in der Einrichtung zu halten. Befragten Führungskräften bzw. Mitarbeiter*innen zufolge hätte man selten die Wahl und müsse auch geringqualifiziertes Personal einstellen, um überhaupt ausreichend Mitarbeiter*innen im Betrieb zu haben [34]. Durch die Berücksichtigung der Diversität könnte eine optimierte Mitarbeiter*innenorientierung mit besseren Arbeitsbedingungen geschaffen werden, was wiederum einen positiven Effekt auf die Mitarbeiter*innenfluktuation haben könnte [52].

Die Ergebnisse der verschiedenen Forschungszugänge des Projektes DiversityKAT zeigen zudem auf, dass sich die Versorgungsträger nicht in ausreichendem Maße mit dem Thema diversitätssensible Versorgung auseinandersetzen. Sowohl die befragten Mitarbeiter*innen als auch die über die Fragebögen befragten Verwaltungsleitungen gaben an, sich nicht ausreichend durch die Versorgungsträger unter-

stützt zu fühlen. Auch kritisierten sie, dass es den Versorgungsträgern an Motivation fehle, eine entsprechende Diversitätssensibilität in den Einrichtungen umzusetzen. Diese Wahrnehmung durch die Praktiker*innen wurde bereits in früheren Untersuchungen festgestellt [42, 34].

Neben fehlenden Anreizen und mangelnden Ressourcen lägen die Hindernisse in der Umsetzung aber auch in Unklarheiten bei der Implementierung. Mitarbeiter*innen und auch Führungskräfte aus der Versorgungspraxis kritisieren in diesem Zusammenhang die mangelnde Unterstützung bei der Umsetzung diversitätssensibler Angebote, u. a. in Form fehlender Handlungsleitfäden und -anleitungen [34, 42, 53]. Dies bestätigen auch die Ergebnisse des im DiversityKAT-Projekt durchgeführten Scoping Reviews. Es ließen sich nur wenige Instrumente bzw. Strategien identifizieren, die für eine eigene methodische Implementierung im Sinne einer praxisorientierten Schritt-für-Schritt-Anleitung genutzt werden könnten. Auch Hinweise wie mit Implementierungsbarrieren, also Schwierigkeiten bei der Umsetzung einer diversitätssensiblen Ausrichtung, umgegangen werden kann, werden in den wenigsten Publikationen dargestellt. Kritisch zu betrachten ist auch, dass nur sehr wenige Instrumente und Strategien zur Umsetzung einer diversitätssensiblen Unternehmensausrichtung einer Evaluation im Sinne einer Wirksamkeits-/Erfolgsüberprüfung unterzogen worden sind. Eine bessere Unterstützung der Versorgungseinrichtungen sowohl durch die Versorgungsträger als auch durch die Wissenschaft in Form von niedrigschwelligen und praxisorientierten Handlungsempfehlungen ist daher erstrebenswert [54, 55]. Aber auch die fehlende Überzeugung über die Relevanz diversitätssensibler Versorgung auf Ebene von Versorgungsträger*innen wird immer wieder von Verwaltungsleitungen und Mitarbeiter*innen von Versorgungseinrichtungen kritisiert [34, 42, 53]. Dies konnte im Rahmen des DiversityKAT-Projekts, zumindest für den Bereich der Rehabilitation, widerlegt werden. Der Diskussionszirkel mit Vertreter*innen der Deutschen Rentenversicherung zeigte auf, dass die Relevanz diversitätssensibler Versorgung in der Rehabilitation hoch eingeschätzt wird und großes Interesse an der Umsetzung von diversitätssensibler Versorgung sowie der Unterstützung der Einrichtungen bei der Implementierung geeigneter Konzepte besteht.

Die Ergebnisse der DiversityKAT-Studie sowie der entwickelte Handlungsleitfaden und Instrumentenkatalog können an dieser Stelle ansetzen und Rehabilitationsträger und Rehabilitationseinrichtungen bei der Umsetzung einer diversitätssensiblen Versorgung unterstützen.

Stärken und Limitationen der Studie

Methodische Stärken des Projektes DiversityKAT liegen im Mixed-Method-Zugang, durch den die Vorteile verschiedener Forschungszugänge vereint werden konnten [56]. Im Projekt konnten insgesamt fünf unterschiedliche, aufeinander aufbauende methodische Forschungszugänge angewandt werden. So wurden die Ergebnisse aus dem Scoping Review dazu genutzt, Schwerpunkte bei der Entwicklung des Fragebogens für die postalische Befragung zu setzen. Dabei basieren die Ergebnisse der Recherche

auf einer systematisch angelegten Suchstrategie, welche neben gesundheitswissenschaftlichen Datenbanken auch in allgemeinen und betriebswirtschaftlichen Fachdatenbanken angewandt und durch eine Handsuche ergänzt wurde. Auf diese Weise konnte zusätzlich graue Literatur wie beispielsweise (Tagungs-)Beiträge, die nicht oder nur schwer in Datenbanken zu finden wären, identifiziert und eingeschlossen werden. Des Weiteren erfolgte die Studiauswahl und Extraktion der Daten unabhängig voneinander durch zwei (die französischsprachige Recherche durch drei) Reviewerinnen in insgesamt drei Sprachen. Bei der Entwicklung des Leitfadens für die Fokusgruppen wurden wiederum Erkenntnisse aus der postalischen Befragung einbezogen, um spezifische und vertiefende Aspekte aus der Perspektive von Mitarbeitern*innen zu beleuchten.

Durch die Zusammenarbeit der beiden Standorte (Universität Witten/Herdecke und Universität Bielefeld) und die gemeinsame Nutzung von Ressourcen ergab sich eine Vielzahl von Synergien, die dadurch entstanden, dass beide Standorte ein breites Feld an Kompetenzen hinsichtlich methodischer Vorgehensweisen in der Rehabilitationsforschung abdecken.

Des Weiteren wurde das Projekt durch einen Beirat bestehend aus Vertretern*innen von Rehabilitationseinrichtungen und Rehabilitationsträgern sowie Wissenschaftler*innen begleitet. Dieses diente sowohl der externen Qualitätssicherung als auch dem Einholen zusätzlicher Expertise bei der Gestaltung des Feldzugangs sowie bei der Interpretation der Ergebnisse. Der Beirat hat hierfür am Kickoff-Meeting, an der Präsentation der Zwischenergebnisse sowie am Abschlussworkshop teilgenommen und sich an der Diskussion der (Zwischen-) Ergebnisse und der Formulierung von Handlungsempfehlungen beteiligt. Auf diese Weise wurde sichergestellt, dass die auf Basis der Ergebnisse abgeleiteten Handlungsempfehlungen von Akteuren der rehabilitativen Versorgung umsetzbar und ggf. von den Kostenträgern finanzierbar sind.

Es müssen jedoch auch einige Limitationen bedacht werden:

(A) Scoping Review

Durch die eingegrenzte Schlagwortkombination ist es möglich, dass relevante Inhalte unentdeckt geblieben sein könnten. Dennoch stellt der Scoping Review im Rahmen der DiversityKAT-Studie eine geeignete Methode für die Identifikation verfügbarer Instrumente und Strategien dar. Scoping Reviews ermöglichen einen soliden Überblick über vorhandene Evidenzen. Auf diese Weise konnten diversitätssensible Instrumente und Strategien eingeschlossen werden, die bei einer systematischen Literaturrecherche womöglich unberücksichtigt geblieben wären [57]. Die Ergebnisse des Scoping Reviews können als erste Orientierung genutzt werden und bilden eine Basis für weitere Analysen wie beispielsweise einer systematischen Recherche [58].

(B) Postalische Befragung

Die Rücklaufquote von ca. 15,6% im Rahmen der postalischen Befragung entspricht in etwa dem Rücklauf früherer postalischer Befragungen des Antragstellers [42]. Allerdings ist anzunehmen, dass insbesondere Einrichtungen an der Befragung teilgenommen haben, die bereits Interesse am Thema „Diversität“ haben. Der tatsächliche Anteil von Versorgungseinrichtungen, die bereits diversitätssensible Angebote und Strukturen umsetzen, wird deshalb womöglich überschätzt.

Außerdem basiert die quantitative Erhebung auf den Selbstangaben der befragten ärztlichen und Verwaltungsleitungen. Daher besteht die Möglichkeit, dass die Diversitätssensibilität der eigenen Einrichtung überschätzt wird. Aufgrund des zu geringen Rücklaufs (n=27) wurden die Fragebögen aus den ambulanten Rehabilitationseinrichtungen aus der Auswertung ausgeschlossen.

(C-I) Delphi-Prozess: Fokusgruppeninterviews

Ein limitierender Aspekt ist die Anzahl der Fokusgruppenbefragungen. Ursprünglich sollten zehn Fokusgruppenbefragungen durchgeführt werden. Aufgrund von Krankheitsfällen bei den Interviewpartner*innen und der im Frühjahr 2020 beginnenden Covid-19-Pandemie sind einige Fokusgruppenbefragungen ausgefallen. Dennoch wurden in den sieben durchgeführten Fokusgruppenbefragungen alle Fragen des Leitfadens ausreichend umfassend beantwortet. Aufgrund der Informationssättigung hätten zusätzliche Fokusgruppen wahrscheinlich keine weiteren Erkenntnisse gebracht.

Es wurden nur Mitarbeiter*innen aus der gleichen hierarchischen Ebene befragt. Um möglichen Hemmungen auf Seiten der Mitarbeiter*innen entgegenzuwirken, wurde die Klinikleitung während der Fokusgruppenbefragungen außen vorgelassen. Erfahrungen aus früheren Projekten haben gezeigt, dass diese Begrenzung notwendig ist [34]. Dennoch hätten Teilnehmer*innen aus unterschiedlichen hierarchischen Ebenen womöglich weitere Perspektiven beleuchten und zu weiteren Erkenntnissen beitragen können.

(C-II) Delphi-Prozess: Diskussionszirkel

Ein limitierender Aspekt ist die Anzahl der Teilnehmer*innen des Diskussionszirkels, die neben der DRV Bund lediglich eine Auswahl von fünf DRV-Regionalträgern umfasste. Inwieweit die Ergebnisse auch auf andere Regionalträger übertragbar sind, müssen zukünftige Untersuchungen ermitteln.

(C-III) Delphi-Prozess: Online-Survey

Der Online-Survey wurde im Sommer 2020 versandt. Bedingt durch den Ausbruch der Covid-19-Pandemie konnte lediglich eine geringe Anzahl von Rehabilitationseinrichtungen erreicht werden. Aufgrund der niedrigen Rücklaufquote wurden zudem die Ansprechpartner*innen der durchgeführten Fokusgruppen kontaktiert und gebeten an der Online-Befragung teilzunehmen. Auch dies erhöhte den

Rücklauf nur sehr geringfügig. Der geringe Rücklauf (n=3) war für eine Ergebnisauswertung nicht ausreichend. Die Ergebnisse des Online-Surveys hätten möglicherweise weitere Einblicke in die Umsetzbarkeit des Instrumentenkatalogs und Handlungsleitfadens sowie die Umsetzungsbereitschaft der Versorgungseinrichtungen geben können.

6. Schlussfolgerungen und weiterer Forschungsbedarf

Die Ergebnisse der DiversityKAT-Studie zeigen auf, dass Diversitätssensibilität für viele Versorgungseinrichtungen bereits ein relevantes Thema ist, das in Zukunft weiter an Bedeutung gewinnen wird. Um den durch Diversität entstehenden Herausforderungen gerecht zu werden, aber auch durch die Vielfalt entstehenden Vorteile und Chancen profitieren zu können, ist es notwendig, Anpassungen im Versorgungsalltag vorzunehmen. Bisher fehlten Versorgungseinrichtungen allerdings praxisnahe Hinweise und Anleitungen darüber, wie eine diversitätssensible Versorgung umgesetzt werden könnte. Die Erkenntnisse der DiversityKAT-Studie sowie der darauf basierende Instrumentenkatalog und Handlungsleitfaden können an dieser Stelle ansetzen und bei der Umsetzung diversitätssensibler Strategien und Instrumente unterstützen.

Die Befragungen der Praktiker*innen im Projekt DiversityKAT zeigten allerdings auf, dass für den Einsatz eines Instrumentenkatalogs zur Förderung der Diversitätssensibilität weitere Schritte notwendig sind. Mitarbeiter*innen aus Rehabilitationseinrichtungen wiesen darauf hin, dass beispielsweise Schulungen, Workshops und Seminare für Fachkräfte und das Gesundheitspersonal bei einer erfolgreichen Umsetzung einer diversitätssensiblen Versorgung unterstützen könnten. In diesem Zusammenhang können sich die Praktiker*innen auch vorstellen, durch eine Steuerungsgruppe zum Umgang mit dem Instrumentenkatalog und Handlungsleitfaden betreut zu werden. Diese Steuerungsgruppe könnte entweder alle Schritte der Implementierung eines oder mehrerer Instrumente in der Einrichtung, d. h. von der Ist-Analyse bis hin zur Evaluation, begleiten oder, wenn die Einrichtung bereits selbst Ist-Analysen durchführt, bei der Umsetzung konkreter Instrumente unterstützen.

Darüber hinaus gaben zwei Drittel der Rehabilitationseinrichtungen bei der postalischen Befragung an, online (beispielsweise über eine Webseite) über das Thema Diversitätssensibilität informiert werden zu wollen. Dies bestätigten auch die durchgeführten Beiratstreffen, Fokusgruppen und der Diskussionszirkel. Die Umsetzbarkeit von diversitätssensiblen Instrumenten im Praxisalltag mit Hilfe digitaler Informationsplattformen wurde von einigen Befragten sogar höher eingeschätzt als beispielsweise durch den Einsatz eines gedruckten Arbeitsbuches oder Broschüren. Eine digitalisierte Bereitstellung des Instrumentenkatalogs und Handlungsleitfadens zur Umsetzung einer diversitätssensiblen Versorgung in Rehabilitationseinrichtungen ist daher empfehlenswert.

Zum Zwecke der Validierung und Wirksamkeitsüberprüfung müsste im Anschluss einer Verstetigungsphase des Instrumentenkatalogs und Handlungsleitfadens zudem eine Evaluation durchgeführt werden.

Anhand dieses weiteren Forschungsbedarfs lassen sich daher folgende Forschungsdesiderata/konkrete Forschungsthemen identifizieren:

- 1) Die Umsetzung einer digitalen Version des Instrumentenkatalogs und Handlungsleitfadens mit erweiterten Funktionen (z. B. weiterführende Links zu externen Dienstleister*innen, Kulturvereinen etc.).
- 2) Die Förderung der Schnittstelle zwischen Wissenschaft und Praxis mithilfe einer Steuerungsgruppe, die exemplarisch ausgewählten Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland bei der Umsetzung diversitätssensibler Instrumente (von der Ist-Analyse bis zur Evaluation der Maßnahmen) begleiten.
- 3) Die Validierung, Evaluation und ggf. Überarbeitung des Instrumentenkatalogs und Handlungsleitfadens (sowohl in digitaler als auch in gedruckter Form) durch eine breit angelegte Usability-Untersuchung.

7. Literatur

- 1 *Campinha-Bacote J.* Many faces: addressing diversity in health care. Online journal of issues in nursing 2003; 8: 3
- 2 *Brzoska P, Razum O.* Herausforderungen einer diversitätssensiblen Versorgung in der medizinischen Rehabilitation. Die Rehabilitation 2017; 56: 299–304
- 3 *Brand T, Kleer D, Samkange-Zeeb F et al.* Prävention bei Menschen mit Migrationshintergrund: Teilnahme, migrationssensible Strategien und Angebotscharakteristika. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 2015; 58: 584–592
- 4 *Brzoska P, Razum O.* Erreichbarkeit und Ergebnisqualität rehabilitativer Versorgung bei Menschen mit Migrationshintergrund. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 2015; 58: 553–559
- 5 *Borde T, David M, Kentenich H.* Erwartungen und Zufriedenheit deutscher und türkischsprachiger Patientinnen im Krankenhaus - eine vergleichende Befragung in einer Berliner Frauenklinik. Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)) 2002; 64: 476–485
- 6 *Lademann J, Kolip P, Deitermann B et al.* Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter. Berlin: Robert Koch-Inst; 2005
- 7 *Deck R.* Erwartungen und Motivationen in der medizinischen Rehabilitation. Ihre sozialmedizinische und gesundheitspolitische Bedeutung für den Rehabilitationserfolg. Lage: Jacobs; 1999
- 8 *Pöge K, Dennert G, Koppe U et al.* Die gesundheitliche Lage von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie trans- und intergeschlechtlichen Menschen: Robert Koch-Institut; 2020
- 9 *Nieder TO, Güldenring A, Köhler A et al.* Trans*-Gesundheitsversorgung : Zwischen Entpsychopathologisierung und bedarfsgerechter Behandlung begleitender psychischer Störungen. Der Nervenarzt 2017; 88: 466–471
- 10 *Boyd CM, Boulton C, Shadmi E et al.* Guided care for multimorbid older adults. The Gerontologist 2007; 47: 697–704
- 11 *Nippert I.* Die Entwicklung und Förderung von Frauengesundheitsforschung und „Gender-Based Medicine“. J Public Health 2000; 8: 368–378
- 12 *Haupt A, Bouncken RB.* Umgang und Nutzung von Diversität in Krankenhäusern – Interviews mit Führungskräften. In: Bouncken RB, Pfannstiel MA, Reuschl AJ, Hrsg. Dienstleistungsmanagement im Krankenhaus I. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2013: 345–366
- 13 *Dwertmann DJG, Stich A.* Mitarbeiter-Diversity als Marketinginstrument. Mark Rev St. Gallen 2013; 30: 88–98
- 14 *Boldajipour S, Mahlmann J, Reuter A.* Diversität als Chance nutzen – Gestaltungsaufgaben für die berufliche Bildung. HiBiFo 2017; 6: 18–29
- 15 *Gransee C.* Diversitymanagement in den Pflege- und Gesundheitswissenschaften. Strategien der Implementierung nachhaltiger Konzepte im Gesundheitswesen. Berlin: LIT Verl.; 2009
- 16 *Binder-Fritz C, Rieder A.* Zur Verflechtung von Geschlecht, sozioökonomischem Status und Ethnizität im Kontext von Gesundheit und Migration. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2014; 57: 1031–1037
- 17 *Pfannstiel MA.* State of the Art von Maßnahmen und Instrumenten zum Management der Patienten- und Mitarbeiterdiversität im Krankenhaus. In: Bouncken RB, Pfannstiel MA, Reuschl AJ, Hrsg. Dienstleistungsmanagement im Krankenhaus. Wiesbaden: Springer Gabler; 2014: 381–427
- 18 *Pollock A, Berge E.* How to do a systematic review. International journal of stroke : official journal of the International Stroke Society 2018; 13: 138–156

- 19 *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*. Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit. Online: <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice-kriterien/> letzter Zugriff: 30.09.2020
- 20 *Bloch RE, Lauterbach K, Oesingmann U et al.* Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung. Beschlüsse der Vorstände von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Juni 1997. *Deutsches Ärzteblatt* 1997; 94: A-2154
- 21 *Statistische Ämter des Bundes und der Länder*. Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt; 2017
- 22 *European Commission*. Implementation Checklist for Diversity Management. Support for voluntary initiatives promoting diversity management at the workplace across the EU; 2012
- 23 *Stata Corp.* Stata Statistical Software: Release 16.: TX: StataCorp LLC.; 2019
- 24 *Häder M.* Delphi-Befragungen. Ein Arbeitsbuch. 3. Aufl. Wiesbaden: Springer VS; 2014
- 25 *Gohres H, Kolip P.* Modifiziertes Delphi-Verfahren zur Ermittlung von Handlungsempfehlungen für die strukturelle Weiterentwicklung der Bewegungsförderung in Deutschland. In: *Niederberger M, Renn O, Hrsg.* Delphi-Verfahren in den Sozial- und Gesundheitswissenschaften. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2019: 187–210
- 26 *Niederberger M, Renn O.* Delphi-Verfahren in den Sozial- und Gesundheitswissenschaften. Konzept, Varianten und Anwendungsbeispiele; 2019
- 27 *Keeney S, Hasson F, McKenna HP.* A critical review of the Delphi technique as a research methodology for nursing. *International Journal of Nursing Studies* 2001; 38: 195–200
- 28 *Meyer F.* Yes, we can (?) Kommunikative Validierung in der qualitativen Forschung. In: *Meyer F, Miggelbrink J, Beurskens K, Hrsg.* Ins Feld und zurück - Praktische Probleme qualitativer Forschung in der Sozialgeographie. Berlin, Heidelberg: Springer Spektrum; 2018: 163–168
- 29 *Mey G, Mruck K.* Qualitative Interviews. In: *Naderer G, Balzer E, Hrsg.* Qualitative Marktforschung in Theorie und Praxis. Wiesbaden: Gabler; 2007: 247–278
- 30 *Niederberger M, Renn O, Hrsg.* Delphi-Verfahren in den Sozial- und Gesundheitswissenschaften. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2019
- 31 *Wright MT.* Was ist Partizipative Gesundheitsforschung? *Praev Gesundheitsf* 2013; 8: 122–131
- 32 *Unger H von.* Partizipative Forschung. Einführung in die Forschungspraxis. Wiesbaden: Springer VS; 2014
- 33 *Aksakal T, Langbrandtner J, Yilmaz-Aslan Y et al.* Versorgungserwartungen von Menschen mit Migrationshintergrund und Möglichkeiten ihrer Berücksichtigung in der medizinischen Rehabilitation – unter besonderer Betrachtung von Menschen mit türkischem Migrationshintergrund. Abschlussbericht. Bielefeld, Chemnitz, Lübeck; 2017
- 34 *Aksakal T, Yilmaz-Aslan Y, Langbrandtner J et al.* Welche Faktoren fördern und behindern die Umsetzung migrationssensibler Versorgung? *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin* 2020; 30: 222–229
- 35 *Aksakal T, Yilmaz-Aslan Y, Akbulut N et al.* Umsetzung einer diversitätssensiblen Versorgung in Rehabilitationseinrichtungen. Ergebnisse einer exemplarischen Ist-Analyse. In: *Deutsche Rentenversicherung Bund, Hrsg.* 27. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung; 2018: 512–514
- 36 *Collier D, Mahoney J.* Insights and Pitfalls: Selection Bias in Qualitative Research. *World Pol.* 1996; 49: 56–91
- 37 *Daly J, Lumley J.* Bias in qualitative research designs. *Australian and New Zealand journal of public health* 2002; 26: 299–300
- 38 *Mayring P.* Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz-Verlag; 2010
- 39 *VERBI Software.* MAXQDA. computer software. Berlin: VERBI Software; 2019

- 40 *Helfferrich C.* Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH Wiesbaden; 2011
- 41 *Sliwka A.* Diversität als Chance und als Ressource in der Gestaltung wirksamer Lernprozesse. In: Fereidooni K, Hrsg. Das interkulturelle Lehrerzimmer. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2012: 169–176
- 42 *Brzoska P, Yilmaz-Aslan Y, Aksakal T et al.* Migrationssensible Versorgungsstrategien in der orthopädischen Rehabilitation: Eine postalische Befragung in Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 2017; 60: 841–848
- 43 *Amstutz N, Konrad J, Minnig C et al.* Lebensphasenspezifische Laufbahnentwicklung und Verbundenheit im Pflegeberuf. Online: https://irf.fhnw.ch/bitstream/handle/11654/10649/CaRe_Synthesebericht_def.pdf?sequence=1&isAllowed=y letzter Zugriff: 27.08.2020
- 44 *Sachverständigenrat.* Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Online: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2012/GA2012_Langfassung.pdf letzter Zugriff: 27.08.2020
- 45 *Simon M.* Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser Eine Analyse der Entwicklung zwischen 1991 und 2005. Online: https://serwiss.bib.hs-hannover.de/frontdoor/deliver/index/docId/60/file/Simon_Stellenabbau_im_Pflegedienst_der_Krankenhaeuser_EFH_Paper_07_001.pdf letzter Zugriff: 27.08.2020
- 46 *Maier I.* Pflegelücke in Deutschland - Es geht nicht um sauber, satt und freundlich! Klinikarzt 2012; 41: 116–117
- 47 *Ehresmann C, Kockert S, Schott T.* Burnout bei Pflegekräften in der medizinischen Rehabilitation – Spezifische Ansatzpunkte für das Betriebliche Gesundheitsmanagement. In: Badura B, Ducki A, Schröder H, et al., Hrsg. Fehlzeiten-Report 2015. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2015: 71–84
- 48 *Prognos.* Reha-Budget: Der Deckel hält nicht mehr. Argumente die eine Anhebung des Reha-Budgets erforderlich machen. Basel; 2011
- 49 *Christiansen M, Schmidt J-P, Shkel D et al.* Eine Fortschreibung des Rehabilitationsbedarfs in Deutschland bis 2040 anhand demografischer Faktoren. Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)) 2018; 80: 489–494
- 50 *Schmidt R.* Aktuelle Entwicklungen in der Rehabilitationspflege. In: Schmidt R, Hrsg. Pflege in der Rehabilitation. Medizinische Rehabilitation und Pflegeinterventionen. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer; 2012: 24–25
- 51 *Aksakal T, Yilmaz-Aslan Y, Akbulut N et al.* Erhöhung der Versorgungszufriedenheit und Verbesserung von Behandlungsergebnissen in der medizinischen Rehabilitation durch die Berücksichtigung der Diversität von Rehabilitanden/innen: Entwicklung und Evaluation eines Diversity-Management-Konzeptes. Abschlussbericht. Chemnitz, Bielefeld; 2018
- 52 *Pabst G.* Mitarbeiterorientierte Anreize in der Pflege. Motivation und Arbeitszufriedenheit steigern. Hamburg: Bachelor + Master Publishing; 2013
- 53 *Erdsiek F, Aksakal T, Yilmaz-Aslan Y et al.* Strategien diversitätssensibler Gesundheitsversorgung in der medizinischen Rehabilitation – Ergebnisse einer postalischen Befragung von Rehabilitationseinrichtungen. Präsentation auf dem 29. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium. Hannover; 2020
- 54 *Conen D.* Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit. Bedeutung einer Wirksamkeits-evaluation. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2011; 54: 171–175

- 55 *Hölzerkopf G.* Handlungsempfehlungen aus der Praxis für die Praxis. In: Hölzerkopf G, Hrsg. Personalarbeit - Markenzeichen eines jeden Unternehmens. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2017: 69–88
- 56 *Kuckartz U.* Mixed Methods. Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren. Wiesbaden: Springer VS; 2014
- 57 *Elm E von, Schreiber G, Haupt CC.* Methodische Anleitung für Scoping Reviews (JBI-Methodologie). Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2019; 143: 1–7
- 58 *Munn Z, Peters MDJ, Stern C et al.* Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. BMC medical research methodology 2018; 18: 143

8. Anhang

Anhang 1: DiversityKAT - Ergebnistabelle des Scoping Reviews	76
Anhang 2: DiversityKAT - Fragebogen für die postalische Einrichtungsbefragung	84
Anhang 3: DiversityKAT - Leitfaden für Fokusgruppen	92
Anhang 4: DiversityKAT - Studieninformationen für Fokusgruppenteilnehmer*innen	95
Anhang 5: DiversityKAT - Handout/Leitfaden für den Diskussionszirkel	99

Anhang 1: DiversityKAT - Ergebnistabelle des Scoping Reviews

	Titel	Jahr	Autor*innen / Herausgeber	Quelle	Instrument
Organisationsorientierte Instrumente zur Berücksichtigung der Diversität					
1	Best Practices for Managing Organizational Diversity	2007	Kreitz P. A.	Stanford Linear Accelerator Center. Stanford University. Stanford Publishing.	Umsetzungsstrategien für (organisationsbezogenes) Diversitätsmanagement
2	Best practices in managing diversity	2002	Layne P.	Leadership and Management in Engineering. Vol. 2. No. 4. pp. 28–30.	Umsetzungsstrategien für (organisationsbezogenes) Diversitätsmanagement
3	Diversity and diversity policy: diving into fundamental differences	2011	Van Ewijk A. R.	Journal of Organizational Change Management. Vol. 24. Iss. 5. pp. 680–694.	Umsetzungsstrategien für (organisationsbezogenes) Diversitätsmanagement
4	Creating an Organizational Diversity Vision: Goals, Outcomes, and Future Directions of the International Society of Psychiatric Nurses	2006	Yearwood E. L., Hines-Martin V., Dato C., Malone M.	Archives of Psychiatric Nursing. Vol. 20. Iss. 3. pp. 152–156.	Umsetzungsstrategien für (organisationsbezogenes) Diversitätsmanagement
5	Diversity Assessment Tools: A Comparison	2011	Cukier W., Smarz S.	International Journal of Knowledge, Culture and Change Management. Vol. 11. Iss. 6. pp. 49–64.	Umsetzungsstrategien für Diversitätsmanagement
6	Building an inclusive diversity culture: Principles, processes and practice	2004	Pless N. M., Maak T.	Journal of Business Ethics. Vol. 54. Iss. 2. pp. 129–147.	Umsetzungsstrategien für Diversitätsmanagement
7	Diversity Management und diversitätsbasiertes Controlling: Von der „Diversity Scorecard“ zur „Open Balanced Scorecard“.	2009	Herrmann-Pillath C.	Frankfurt School of Finance Management. Working Paper Series. No. 119. pp. 1–35.	Umsetzungsstrategien für Diversitätsmanagement
8	Diversity programs: key to competitiveness or just another fad?	1993	Hollister L. A., Day N. E., Jesaitis P. T.	Organizational Development Journal. Vol. 11. No. 4. pp. 49–59.	Umsetzungsstrategien für Diversitätsmanagement
9	Diversity policies and practices – a new perspective for health care	2007	Vinz D., Dören M.	Journal of Public Health. Vol. 15. Iss. 5. pp. 369–376.	Umsetzungsstrategien für Diversitätsmanagement

10	Prozessmanagement unter Diversität	2013	Pfannstiel M. A., Reuschl A. J., Bouncken R. B.	Zeitschrift für modernes Prozessmanagement im Gesundheitswesen. Vol. 6. pp. 4–7.	Umsetzungsstrategien für Diversitätsmanagement
11	Diversity Management & Balanced Scorecard, Wirtschaftlichkeit - Kundenzufriedenheit - Mitarbeitermotivation	2010	Schmidt B.	Internationale Gesellschaft für Diversity Management e.V. - idm e.V. Beitrag für die idm-Infothek. pp. 1–11.	Umsetzungsstrategien für Diversitätsmanagement
12	Diversitätsmanagement als Zukunftsaufgabe für Krankenhäuser	2013	Vedder G.	Dienstleistungsmanagement im Krankenhaus. Prozesse, Produktivität und Diversität. Springer Verlag. pp. 408–420.	Umsetzungsstrategien für Diversitätsmanagement
13	Berliner Netzwerke für Vielfalt	2015	Eine Welt der Vielfalt e. V., Senatsverwaltung für Arbeit, Integration und Frauen, Landesstelle für Gleichbehandlung – gegen Diskriminierung	PDF-Projektflyer der Website von Eine Welt der Vielfalt Berlin e. V., Senatsverwaltung für Arbeit, Integration und Frauen, Landesstelle für Gleichbehandlung – gegen Diskriminierung.	Umsetzungsstrategien für Diversitätsmanagement in Verwaltungen
14	The diversity training handbook: A practical guide to understanding & changing attitudes.	2008	Clements P., Jones J.	The Diversity Training Handbook: A Practical Guide to Understanding and Changing Attitudes. Kogan Page Verlag.	Umsetzungsstrategien für Diversitätsmanagement; Verständnis von Diversität
15	Diversity-Prozesse in und durch Verwaltungen anstoßen, von merkmalspezifischen zu zielgruppenübergreifenden Maßnahmen zur Herstellung von Chancengleichheit	2012	Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Berlin.	Digitale Publikation der Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Referat Forschung.	Umsetzungsstrategien für Diversitätsmanagement in Verwaltungen; Verständnis von Diversität
16	A Tool for Better Diversity	2010	Erdodi K.	Trustee. pp. 26–28.	Umsetzungsstrategien für Diversitätsmanagement und Erhöhung von Diversität im Unternehmen; Verständnis von Diversität
17	The harsh reality of diversity programs	1998	Flynn G.	Workforce. Vol. 77. Iss. 12. pp. 26–30.	Umsetzungsstrategien für Diversitätsmanagement; Strategien zum Umgang mit Herausforderungen bei der Umsetzung von Diversitätssensibilität
18	Positive Maßnahmen. Ein Handbuch zur praxistauglichen Umsetzung von Maßnahmen zur Bekämpfung von strukturellen Diskriminierungen und zur Herstellung von mehr Chancengleichheit. Wien.	2009	Wladasch K., Liegl B.	Publikation des Ludwig Boltzmann Instituts für Menschenrechte im Rahmen des Projektes „Positive Maßnahmen: Eine Strategie zur Bekämpfung von struktureller Diskriminierung und zur Herstellung von mehr Chancengleichheit“.	Umsetzungsstrategien für „positive Maßnahmen“ zur Förderung von Chancengleichheit

19	Diversity must start somewhere: The experience of one college of nursing	2013	Peery A., Julian P., Avery J., Henry S.	Journal of Cultural Diversity. Vol. 20. Iss. 3. pp. 120–124.	Umsetzungsstrategien für Diversitätsmanagement: Diversity-Action-Plan
20	The Divide Between Diversity Training and Diversity Education, Integrating Best Practices	2009	King E. B., Gulick L. M. V., Avery D. R.	Journal of Management Education. Vol. 34. Iss. 6. pp. 891–906.	Umsetzungsstrategien für Diversity-Trainings
21	Managing your diverse workforce through improved communication.	2002	Sadri G., Tran H.	Journal of Management Development. Vol. 21. Iss. 3. pp. 227–237.	Umsetzungsstrategien für Diversitätsmanagement; Einsatz von Mentoring
22	Developing a Culturally Competent Health Network: A Planning Framework and Guide	2019	Gernter E., Sabino J. N., Mahady E., Deitrich L. M., Patton J. R., Grim M. K., Geiger J. F., Salas-Lopez D.	Journal of Healthcare Management. Vol. 55. Iss. 3. pp. 190–204.	Umsetzungsstrategien für Diversitätsmanagement mit dem Schwerpunkt kulturelle Kompetenz
23	Cultural competency: providing quality care to diverse populations	2006	Betancourt J. R.	Consult Pharm. Vol. 21. Iss. 12. pp. 988–995.	Umsetzungsstrategien für Diversitätsmanagement mit dem Schwerpunkt kulturelle Kompetenz
24	An intercultural program of migrant integration	2017	Tsapenko, I. P.	Herald of the Russian Academy of Sciences. Vol. 87. Iss. 5. pp. 454–463.	Umsetzungsstrategien kultureller Kompetenzen in Verwaltungen
25	Mettre en pratique les compétences culturelles – trousse d'outils sur la diversité pour les services agréés en milieu résidentiel	2008	Lam R., Cipparrone B.	Ministère des services à l'enfance et à la jeunesse. Ontario.	Umsetzung von Diversitätsmanagementstrategien (v. a. zum Schwerpunkt: kulturelle Kompetenzen)
26	Managing religious diversity in secular organizations in France	2018	Hennekam S., Peterson J., Tahssain-Gay L., Dumazert J.	Employee Relations. Vol. 40. Iss 5. pp. 746-761.	Umsetzungsstrategien für Diversitätsmanagement mit dem Schwerpunkt religiöse Vielfalt
27	Leitfaden Diversity Management	2012	Bundesagentur für Arbeit	Bundesagentur für Arbeit. Zentrale - Bereich Personalpolitik/Personalentwicklung.	Handlungsempfehlung zum Aufbau eines Diversity Managements in der Bundesverwaltung
28	Diversity als Chance – Die Charta der Vielfalt der Unternehmen in Deutschland	2013	Charta der Vielfalt e.V.	Website der Charta der Vielfalt e. V.	Diversitätsmanagementstrategien für verschiedene Unternehmensgrößen und Bereiche
29	Diversität managen: wie Krankenhäuser das Beste aus personeller Vielfalt machen	2015	Bouncken R. B., Pfannstiel M. A., Reuschl A. J., Haupt A.	Diversität managen: wie Krankenhäuser das Beste aus personeller Vielfalt machen. Kohlhammer Verlag.	Diversitätsmanagementstrategien in Krankenhäusern
30	Diversity-Management in der Gesundheitsförderung	2006	Altgeld T., Bächlein B., Deneke C.	Diversity-Management in der Gesundheitsförderung. Mabuse Verlag.	Diversitätsmanagement in der Gesundheitsförderung

31	Diversity Management: Organisationale Vielfalt im Pflege- und Gesundheitsbereich erkennen und nutzen	2007	Herrmann E, Kätker S.	Diversity Management: Organisationale Vielfalt im Pflege- und Gesundheitsbereich erkennen und nutzen. Huber Verlag.	Diversitätsmanagementstrategien im Pflege- und Gesundheitsbereich
32	Towards managing diversity: cultural aspects of conflict management in organizations.	2003	Hamdorf D.	Conflict & Communication Online. Vol. 2. Iss. 2. pp. 1–22.	Diversitätsmanagementstrategien: Kulturelle Aspekte im Konfliktmanagement
33	Diversity Conflict and Diversity Conflict Management	2003	Brazzel M.	Handbook of Diversity Management: Beyond Awareness to Competency Based Learning. University Press of America. Oxford. pp. 363–406.	Strategien zum Diversity-Konfliktmanagement
34	Diversity Management in der Deutschen Bank	2005	Coppi M.	Website "Heimatkunde" der Heinrich-Böll-Stiftung e.V. Global Diversity/ Human Resources Deutsche Bank.	Aufbau eines Diversity-Teams mit verschiedenen Zielen und Projekten
35	Das Modellprojekt "Vielfalt im DRK in Sachsen"	2019	DRK Sachsen	Website Deutsches Rotes Kreuz. Bildungswerk Sachsen gemeinnützige GmbH	Förderung eines gleichberechtigten Zugangs von Migrant*innen in die Verbandsstrukturen
36	Queer Frontiers in Medicine: A Structural Competency Approach	2017	Donald C. A., DasGupta S., Metz J. M., Eckstrand K. L.	Academic Medicine. Vol. 92. Iss. 3. pp. 345–350.	Diversitätssensible Gesundheitsversorgung für LGBT
37	Projekt "Vielfalt und Chancengerechtigkeit in Studium und Lehre"	2014	Dahmen B.	Website der Universität zu Köln. Referat Gender & Diversity Management.	Chancengleichheit im Zugang zum Studium, während des Studiums (Lehre) und im Qualitätsmanagement
38	AUDI AG – Vielfaltswerkstätten	2017	Mathieu D. AUDI AG.	Website der Charta der Vielfalt e.V.	Diversitätssensible Austauschplattform (in Anlehnung an die Idee der Vielfaltswerkstätten – Charta der Vielfalt)
39	Vielfalt im Unternehmen / Diversity Management	2016	Berger S., Dietz A.	Institut der deutschen Wirtschaft Köln e.V. Kompetenzzentrum Fachkräftesicherung.	Handlungsempfehlungen für Vielfalt im Unternehmen und Diversity Management
40	Berlin – Stadt der Vielfalt	2009	Senatsverwaltung für Justiz, Verbraucherschutz und Antidiskriminierung Bereich Antidiskriminierung	Website der Senatsverwaltung für Justiz, Verbraucherschutz und Antidiskriminierung. Berlin.de ist ein Angebot des Landes Berlin und der BerlinOnline Stadtportal GmbH & Co. KG.	Ansätze zum Umgang mit Vielfalt zur Förderung der Chancengleichheit: Online-Tool Berliner Diversometer

41	Handlungsempfehlungen für eine diversitätssensible Mediensprache	2016	Goethe-Universität Frankfurt am Main	Website der Goethe-Universität Frankfurt am Main. Gleichstellungsbüro Goethe-Universität.	Empfehlungen für eine diversitätssensible Gestaltung von Mediensprache
42	Tool for Assessing the Cultural Competency of Healthcare Organizations	2008	LaVeist T. A., Richardson W. C., Richardson N. F.	Journal of Healthcare Management. Vol. 53. Iss. 4. pp. 257–267.	Bemessung und Bewertung kultureller Kompetenz
43	Developing a Self-Assessment Tool for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Local Public Health Agencies	2003	COSMOS Corporation	U.S. Department of Health and Human Services. pp. 1–120.	Selbstbewertungsinstrument für kulturell und sprachlich angemessene Dienstleistungen in Gesundheitseinrichtungen
44	Cultural competency assessment tool for hospitals: Evaluating hospitals' adherence to the culturally and linguistically appropriate service standards	2012	Weech-Maldonado R., Dreachslin J. L., Brown J., Pradhan R., Rubin K.L., Schiller C., Hays R. D.	Health Care Management Review. Vol. 37. Iss. 1. pp. 54–66.	Selbstbewertungsinstrument für kulturell und sprachlich angemessene Dienstleistungen in Gesundheitseinrichtungen
45	Cultural Awareness Tool	2002	Multicultural Mental Health Australia	West Transcultural Mental Health Centre. Parramatta. pp. 1–66.	Tool für kulturelles Bewusstsein – Verständnis der kulturellen Vielfalt bei der psychischen Gesundheit
46	Migrationssensitive Palliative Care	2015	Schweizerische Eidgenossenschaft	Bundesamt für Gesundheit BAG. Abteilung Gesundheitsstrategien Sektion Nationale Gesundheitspolitik.	Zwei Checklisten für eine migrationssensible Palliativversorgung
47	Performance Evaluation for Diversity Programs	2005	Brown D. J., DeCorse-Johnson A. L., Irving-Ray M., Wu W. W.	Policy, Politics & Nursing Practice. Vol. 6. Iss. 4. pp. 331–334.	Strategien zur Evaluation von Diversitätsmanagement
48	“Hard” measures that support the business case for diversity: A balanced scorecard approach	2003	Knouse S. B., Stewart J. B.	The Diversity Factor. Vol. 11. Iss. 4. pp. 5–10.	Evidenz, Wirkung und weitere Vorteile von Diversität
49	Assessing, Measuring, and Analyzing the Impact of Diversity Initiatives.	2003	Hubbard E. E.	Handbook of Diversity Management: Beyond Awareness to Competency Based Learning. University Press of America. Oxford. pp. 271–306.	Evaluation von Diversitätsmanagementstrategien
50	Recent research on team and organizational diversity: SWOT analysis and implications.	2003	Jackson S. E., Joshi A., Erhardt N. L.	Journal of Management. Vol. 29. Iss. 6. pp. 801–830.	Evaluation von Diversitätsmanagementstrategien

51	Development and evaluation of diversity-oriented competence training for the treatment of depressive disorders	2018	Sempértegui G. A., Knipscheer J. W., Bekker M. H. J.	Transcultural Psychiatry. Vol. 55. Iss. 1. pp. 31–54.	Evaluation eines Kompetenztrainings (Schwerpunkt: Multidimensionalität und Intersektionalität der Vielfalt) für Therapeut*innen
Instrumente zur Berücksichtigung der Diversität von Gesundheitspersonal					
52	Advancing diversity through inclusive excellence in nursing education	2015	Bleich M. R., MacWilliams B. R., Schmidt B. J.	Journal of Professional Nursing. Vol. 31. Iss. 2. pp. 89-94.	Strategien für ein diversitätssensibles Personalmanagement
53	Diversity Management bei Deutsche Lufthansa AG	2013	Rühl M.	Handbuch Strategisches Personalmanagement. pp. 465-482.	Strategien für ein diversitätssensibles Personalmanagement
54	Diversity & Inclusion	2018	BASF SE	Website der BASF SE.	Strategien für ein diversitätssensibles Personalmanagement
55	ClimateQUAL: Organizational Climate and Diversity Assessment	2009	Kyrillidou M., Lowry C., Hanges P., Aiken J., Justh K.	ACRL Fourteenth National Conference. March 12-15, Seattle. Washington. pp. 150–164.	Strategien für ein diversitätssensibles Personalmanagement (in einer Bibliothek)
56	Frauen in Führungspositionen im Gesundheits- und Sozialwesen	2016	Müller A., Schreiber N., Greven S., Vomberg E.	Frauen in Führungspositionen im Gesundheits- und Sozialwesen: Analysen und Empfehlungen für eine gendersensible Personalentwicklung. Budrich Barbara Verlag.	Gendersensible Instrumente der Personalentwicklung
57	Strategies for Leadership, A Diversity and Cultural Proficiency Assessment Tool for Leaders	2004	American Hospital Association	Journal of Health Administration Education. Special Issue. pp. 1-24.	Diversitätssensibles Personalmanagement und Programme zur Förderung der Diversitäts- und Kulturkompetenz
Instrumente zur Berücksichtigung der Diversität von Patient*innen					
58	Hannoversches Diversity-Netzwerk (HaDi): Diversität in Wirtschaft, Politik und Verwaltung	2013	VHS Hannover	Website der Landeshauptstadt Hannover. Ada-und-Theodor-Lessing-Volkshochschule Hannover.	Regelmäßig stattfindende Diversitynetzwerk-Treffen: Dialog und Austausch rund um das Thema Diversity Management
59	Diversity Management Seminar	2018	Educom	Website der educom GmbH.	Seminar zu Diversitäts-Management für Unternehmen (In-house oder online)
60	Projekt "Anwaltschaft für Menschenrechte und Vielfalt" Diversity Management in der Kanzlei	2012	Oppermann A.	Deutsches Institut für Menschenrechte.	Qualifizierungs- und Vernetzungsangebote zur Förderung der Diversity-Kompetenz und Sensibilisierung für arbeitsmarktbezogene Formen von Diskriminierungen

61	Infusing Diversity and Equity Into Clinical Teaching: Training the Trainers	2016	Wilson-Mitchell K., Handa M.	Journal of Midwifery & Women's Health. Vol. 61. Iss. 6. pp. 726–736.	Diversity-Workshops zum Thema Vielfalt und Gerechtigkeit
62	Diversity-Trainings – Verbesserung der Zusammenarbeit und Führung einer vielfältigen Belegschaft.	2008	Gieselmann A., Krell G.	Chancengleichheit durch Personalpolitik. pp. 331–350.	Diversity-Trainings für Mitarbeiter*innen
63	Diversity training for community aged care workers: An interdisciplinary meta-narrative review	2017	Meyer C., Ogrin R., Al-Zubaidi H., Appannah A., McMillan S., Barrett E., Browning C.	Educational Gerontology. Vol. 43. Iss. 7. pp. 365–378.	Diversity-Trainings für ältere Pflegekräfte
64	Beyond cultural competence: a model for individual and institutional cultural development	2000	Wells M. I.	Journal of Community Health Nursing. Vol. 17. Iss. 4. pp. 189–199.	Vermittlung kultureller Kompetenzen anhand des Cultural Development Models
65	A transcultural core course in the clinical nurse specialist curriculum	2002	Jeffreys M. R.	Clinical Nurse Specialist: The Journal for Advanced Nursing Practice. Vol. 16. Iss. 4. pp. 195–202.	Vermittlung kultureller Kompetenzen im Rahmen der Ausbildung von Gesundheitspersonal
66	Hospital based nurse cultural competence program evaluation: a mixed methodological study	2009	Jones L. R.	Capella University.	Vermittlung kultureller Kompetenzen im Rahmen der Ausbildung von Gesundheitspersonal
67	Challenges on the path to cultural safety in nursing education.	2012	Arieli D., Friedman V. J., Hirschfeld M. J.	International Nursing Review. Vol. 59. Iss. 2. pp. 187–193.	Vermittlung kultureller Kompetenzen im Rahmen der Ausbildung von Gesundheitspersonal
68	Integrating cultural diversity in patient education.	1999	Bechtel G. A., Davidhizar R. E.	Seminars for nurse managers. Vol. 7. Iss. 4. pp. 193-197.	Vermittlung kultureller Kompetenzen im Rahmen der Ausbildung von Gesundheitspersonal anhand des Transcultural Assessment Models
69	Study Abroad as a Tool for Promoting Cultural Safety in Nursing Education	2012	Mkandawire-Valhrnu L., Doering J.	Journal Transcultural Nursing. Vol. 23. Iss. 1. pp. 82–89.	Vermittlung kultureller Kompetenzen im Rahmen der Ausbildung von Pflegekräften
70	Developing a blueprint for cultural competence education at Penn	2008	Watts R. J., Cuellar N. G., O'Sullivan A. L.	Journal of Professional Nursing. Vol. 24. Iss. 3. pp. 136–142.	Vermittlung kultureller Kompetenzen in der Lehre
71	Kölner Gesundheitswegweiser für Migrantinnen und Migranten	2013	Kommunale Gesundheitskonferenz Köln. Arbeitsgruppe Migration und Gesundheit	Website der Stadt Köln	Gesundheitswegweiser für Migrant*innen
72	Gender und Diversity im Mediationskontext, Spektrum Mediation	2010	Becker N., Pinto C.	Fachzeitschrift des Bundesverbandes Mediation. Vol. 39. pp. 2–8.	Einsatz von gender- und kultursensiblen Mediator*innen

73	La médiation interculturelle en milieu hospitalier	2016	Cornet A., Coulée C.	12e rencontres internationales de la diversité. Ecole supérieure de commerce de La Rochelle.	Einsatz interkultureller Mediator*innen
74	MiMi - Mit Migranten für Migranten	2008	Ethno Medizinisches Zentrum e. V.	Website des Ethno-Medizinischen Zentrums e.V.	Schulung und Einsatz interkultureller Gesundheitsmediator*innen
75	Sprach- und Integrationsmittlung: Ein praxisbewährtes Instrument zum Umgang mit sprachlicher Vielfalt (nicht nur) im Krankenhaus	2013	Junge F., Schwarze A.	Dienstleistungsmanagement im Krankenhaus. Prozesse, Produktivität und Diversität. Springer Verlag. pp. 367–382.	Umgang mit sprachlicher Vielfalt
76	Speaking my patient's language: bilingual nurses' perspective about provision of language concordant care to patients with limited English proficiency	2017	Ali P. A., Johnson S.	Journal of Advanced Nursing. Vol. 73. Iss. 2. pp. 421–432.	Umgang mit sprachlicher Vielfalt
77	Evaluation de la pratique des médecins généralistes sur l'utilisation d'interprète professionnel face à un patient non francophone ou utilisateur élémentaire de la langue française à Toulouse	2014	Chaaban S.	Medizinische Dissertation. Universität Paul Sabatier - Toulouse III.	Professionelle Dolmetscher*innen im medizinisch-sozialen Umfeld
78	Vielfalt bewegt Menschen	2006	Verbandliche Caritas	Interkulturelle Öffnung der Dienste und Einrichtungen der verbandlichen Caritas: Eine Handreichung.	Handreichung zur interkulturellen Öffnung von Diensten und Einrichtungen



Fragebogen

Umsetzungsstrategien einer diversitätssensiblen Gesundheitsversorgung

Befragung von Versorgungseinrichtungen

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit diesem Fragebogen werden diversitätssensible Instrumente und Maßnahmen von Versorgungseinrichtungen erfasst sowie Strategien zur Umsetzung solcher Maßnahmen ermittelt. Der Fragebogen kommt im Rahmen der Studie DiversityKAT zum Einsatz. Nähere Informationen dazu finden Sie im beiliegenden Anschreiben.

Zwei Begriffe, die im Fragebogen verwendet werden, möchten wir vorab erläutern:

- **Diversitätssensibilität:** Mit Diversitätssensibilität oder diversitätssensiblem Umgang ist die Berücksichtigung der Vielfalt von Mitarbeitern/innen oder Patienten/innen im Hinblick auf Faktoren wie z.B. Geschlecht, Alter, Kultur, Sprache und Behinderung gemeint.
- **Maßnahmen diversitätssensibler Versorgung:** Hiermit sind Angebote, Leistungen und Maßnahmen gemeint, die zu einem diversitätssensiblen Umgang mit Mitarbeitern/innen und/oder Patienten/innen beitragen. Hierzu zählt zum Beispiel, mehrsprachige Informationen vorzuhalten oder eine durchgehende Barrierefreiheit zu gewährleisten. Weitere Beispiele finden Sie in diesem Fragebogen.

Im Fragebogen bitten wir Sie, die Antworten/Aspekte, die für Ihre Einrichtung zutreffend sind, anzukreuzen. Wir würden uns freuen, wenn Sie jede Frage beantworten würden. Wenn Sie sich an einigen Stellen nicht sicher sind, reichen uns auch Ihre Einschätzungen. Fragen, die nicht zu Ihrer Einrichtung passen, können Sie einfach auslassen. Das Ausfüllen des Fragebogens nimmt ca. 10-15 Minuten in Anspruch. Sollten Sie Fragen zur Studie oder zum Ausfüllen des Fragebogens haben, stehen wir Ihnen sehr gerne zur Verfügung:

Frau Tugba Aksakal, MA

Lehrstuhl für Versorgungsforschung
Fakultät für Gesundheit, Department für
Humanmedizin
Universität Witten/Herdecke
58448 Witten
Tel: 02302/926-78660, Fax: 02302/926-783
E-Mail: Tugba.Aksakal@uni-wh.de

Frau Dr. Yüce Yilmaz-Aslan

AG Epidemiologie & International Public Health
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Universität Bielefeld
Postfach 100131
33501 Bielefeld
Tel: 0176 93381923, Fax: 0521/106-6465
E-Mail: yuece.yilmaz-aslan@uni-bielefeld.de

Für Ihre Unterstützung danken wir Ihnen herzlichst.

Prof. Dr. PH Patrick Brzoska
(Universität Witten/Herdecke)

Dr. PH Yüce Yilmaz-Aslan
(Universität Bielefeld)


Prof. Dr. med. Oliver Razum
(Universität Bielefeld)

Block 1: Organisationsbezogene Merkmale und Maßnahmen

1. Bitte geben Sie die Art der Trägerschaft Ihrer Einrichtung an:		
<input type="checkbox"/> Staatlicher Träger	<input type="checkbox"/> Freigemeinnütziger Träger	<input type="checkbox"/> Privater Träger

2. Bitte geben Sie an, wie viele Mitarbeiter/innen Ihre Einrichtung hat:							
<input type="checkbox"/> 1-5	<input type="checkbox"/> 6-9	<input type="checkbox"/> 10-19	<input type="checkbox"/> 20-49	<input type="checkbox"/> 50-99	<input type="checkbox"/> 100-199	<input type="checkbox"/> 200-499	<input type="checkbox"/> 500 und mehr


3. Bitte schätzen Sie, wie viele Menschen Ihre Einrichtung im Monat etwa betreut/behandelt:				
<input type="checkbox"/> Unter 50	<input type="checkbox"/> 50-99	<input type="checkbox"/> 100-499	<input type="checkbox"/> 500-999	<input type="checkbox"/> 1000 oder mehr


4. Welche der folgenden Aspekte zur Diversitätssensibilität wurden in Ihrer Einrichtung umgesetzt bzw. sind in Planung?	Nein	In Planung	Bereits umgesetzt
Berücksichtigung diversitätssensibler Aspekte im Leitbild	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berücksichtigung diversitätssensibler Aspekte im Qualitätsmanagement (z. B. bei der Bearbeitung von Patienten/innen-Beschwerden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gezielte Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Diversitätssensibilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gründung von Arbeitsgruppen zum Thema Diversitätssensibilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benennung oder Einstellung von Diversitätsbeauftragten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überprüfung des Erfolgs (Evaluation) diversitätssensibler Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regelmäßige Fortbildungen/Schulungen/Fachberatungen für Mitarbeiter/innen zur Förderung der Diversitätssensibilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einbeziehung externer Dienstleister oder Organisationen (z.B. Beratung/Coaching) in die Planung oder Umsetzung diversitätssensibler Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige, und zwar:  _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


4.1 Sofern alle oder einige der o.g. Aspekte zur Diversitätssensibilität umgesetzt werden bzw. in Planung sind, auf welchen Dimensionen von Diversität liegt dann hauptsächlich der Fokus? (Mehrfachantworten möglich.)				
<input type="checkbox"/> Migrationshintergrund/Kultur/Religion	<input type="checkbox"/> Geschlecht	<input type="checkbox"/> Alter	<input type="checkbox"/> Behinderung	<input type="checkbox"/> Sexuelle Identität
<input type="checkbox"/> Sonstige, und zwar:  _____				

Block 2: Umgang mit der Diversität von Mitarbeitern/innen

5. Bei der Personalpolitik achten wir darauf, dass unser Personal einen Mindestanteil hat an: (Mehrfachnennungen möglich.)	
<input type="checkbox"/> Menschen mit Migrationshintergrund	<input type="checkbox"/> älteren Mitarbeiter/innen
<input type="checkbox"/> Mitarbeiter/innen mit körperlichen oder geistigen Einschränkungen	<input type="checkbox"/> männlichen bzw. weiblichen Mitarbeiterinnen



6. In der Personalpolitik achten wir auf folgende Aspekte. (Bitte teilen Sie zu jeder Aussage mit, wie sehr sie zutrifft.)	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft voll zu
Durch spezielle Beratungs- und Förderangebote erhöhen wir den Frauenanteil in Führungspositionen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch Sprachkurse fördern wir Deutschkenntnisse unserer Mitarbeiter/innen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch Sprachkurse fördern wir Fremdsprachenkenntnisse unserer Mitarbeiter/innen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir werben gezielt Mitarbeiter/innen im Ausland an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir achten darauf, dass unser Personal vielfältig in Bezug auf Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund oder körperliche/psychische Einschränkungen bleibt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir schreiben vakante Stellen auch über Gemeindefnetzwerke und andere Quellen aus, um explizit benachteiligte Menschen (z.B. mit Behinderungen) anzusprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir haben Maßnahmen (z.B. Leitbilder) implementiert, um Mitarbeiter/innen und Patienten/innen unterschiedlicher sexueller Identität (z.B. Transgender etc.) anzusprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir haben Angebote (z.B. Mentorenprogramme) um neuen Mitarbeitern/innen mit besonderen Bedarfen (z.B. Behinderungen) den Einstieg zu erleichtern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, und zwar:  _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


7. Welche der folgenden Angebote stehen in Ihrer Einrichtung für Mitarbeiter/innen zur Verfügung? (Mehrfachantworten möglich)	
<input type="checkbox"/> flexible Arbeitszeiten	<input type="checkbox"/> Betriebs-Kindertagesstätte
<input type="checkbox"/> Home-Office (Möglichkeit, zumindest z. T. von zuhause zu arbeiten)	<input type="checkbox"/> Bei Bedarf zusätzliche (ggf. unbezahlte) Urlaubstage (zur Kinderbetreuung, Pflege von Angehörigen etc.)
<input type="checkbox"/> Job-Sharing (zwei Mitarbeiter/innen teilen sich eine Stelle)	<input type="checkbox"/> andere, und zwar:  _____


8. Gibt es spezielle Beratungs- und Unterstützungsangebote (z. B. Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung, Medienkompetenzschulung etc.) für...? (Mehrfachantworten möglich.)	
<input type="checkbox"/> Es gibt (bisher) keine solchen Angebote.	<input type="checkbox"/> Es besteht kein Bedarf an solchen Angeboten.
<input type="checkbox"/> ältere Mitarbeiter/innen	<input type="checkbox"/> jüngere Mitarbeiter/innen
<input type="checkbox"/> weibliche Mitarbeiterinnen	<input type="checkbox"/> männliche Mitarbeiter
<input type="checkbox"/> Mitarbeiter/innen mit körperlichen oder geistigen Einschränkungen	<input type="checkbox"/> Mitarbeiter/innen unterschiedlicher Religion/Weltanschauung
<input type="checkbox"/> Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund	<input type="checkbox"/> Sonstiges:  _____


Block 3: Umgang mit der Diversität von Patienten/innen


Information und Kommunikation

9. Werden die folgenden Materialien in verschiedenen Sprachen angeboten?	Nicht zutreffend	Nein	In Planung	Ja
Schriftliche Einverständniserklärungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schriftliche Form- und Merkblätter zum Aufenthalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internetseiten/Homepage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Speisepläne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige, und zwar:  _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.1 Falls Materialien mehrsprachig angeboten werden, bitte nennen Sie die häufigsten Sprachen hiervon: (Mehrfachantworten möglich)				
<input type="checkbox"/> Englisch <input type="checkbox"/> Türkisch <input type="checkbox"/> Russisch <input type="checkbox"/> Polnisch <input type="checkbox"/> Arabisch Sonstige:  _____				


10. Werden die folgenden Leistungen Ihrer Einrichtung in verschiedenen Sprachen angeboten?	Nicht zutreffend	Nein	In Planung	Ja
Aufnahme- oder Entlassungsgespräche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratungsgespräche (z.B. Sozialberatung oder Ernährungsberatung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulungen, Vorträge, Seminare (sofern zutreffend)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.1 Falls Leistungen mehrsprachig angeboten werden, bitte nennen Sie die häufigsten Sprachen hiervon: (Mehrfachantworten möglich)				
<input type="checkbox"/> Englisch <input type="checkbox"/> Türkisch <input type="checkbox"/> Russisch <input type="checkbox"/> Polnisch <input type="checkbox"/> Arabisch Sonstige:  _____				


11. Werden die folgenden Materialien/Formulare in Ihrer Einrichtung sprachunabhängig (Verwendung von Abbildungen, Piktogrammen) angeboten?	Nicht zutreffend	Nein	In Planung	Ja
Informationsmaterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschilderung oder Wegweiser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapiepläne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Speisepläne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige, und zwar:  _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


12. Inwieweit werden in Ihrer Einrichtung die folgenden Personen zum Dolmetschen/Übersetzen für Patienten/innen mit geringen Deutschkenntnissen hinzugezogen?	Nicht zutreffend	Gar nicht	Manchmal	Oft
Angehörige, Freunde oder Bekannte der Patienten/innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zimmernachbarn oder andere Patienten/innen der Einrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ärztliches, pflegerisches oder therapeutisches Personal mit gleicher Muttersprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges Personal (z.B. Reinigungspersonal) mit gleicher Muttersprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Speziell ausgebildete professionelle Dolmetscher/innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige, und zwar:  _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


13. Stehen die folgenden Leistungen/Materialien in Ihrer Einrichtung zur Verfügung, um Menschen mit besonderen Bedarfen (z.B. Einschränkungen) die Kommunikation zu erleichtern?	Nicht zutreffend	Nein	In Planung	Ja
Schriftdolmetscher/innen (Verschriftlichung des Gesprochenen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationsmaterial/Speisepläne in Brailleschrift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Bedarf können Gebärdendolmetscher/innen herangezogen werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitarbeiter/innen erhalten eine Liste von Kollegen/innen mit Fremdsprachenkenntnissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige, und zwar:  _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Unterbringung, Versorgung und Verpflegung


14. Welche der folgenden <u>therapeutischen</u> Angebote – sofern zutreffend – können Patienten/innen in Ihrer Einrichtung nutzen, falls sie es wünschen? (Mehrfachantworten möglich.)	
<input type="checkbox"/> Gruppentherapien (z.B. Schwimm- und Bewegungsangebote), die getrennt für beide Geschlechter angeboten werden	<input type="checkbox"/> Angepasste Schulungen und Informationsveranstaltungen (z.B. Diabetesschulungen, die kulturelle Krankheitsvorstellungen oder Speisegewohnheiten berücksichtigen)
<input type="checkbox"/> Möglichkeit, ausschließlich vom Personal des eigenen Geschlechtes behandelt zu werden	<input type="checkbox"/> Möglichkeit, zwischen unterschiedlichen Therapiealternativen zu wählen
<input type="checkbox"/> Keine der zuvor genannten Angebote	<input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar:  _____
<input type="checkbox"/> Die genannten Angebote treffen auf meine Einrichtung nicht zu	

15. Welche der folgenden <u>nicht-therapeutischen</u> Angebote – sofern zutreffend – stehen in Ihrer Einrichtung zur Verfügung? (Mehrfachantworten möglich.)	
<input type="checkbox"/> Gebetsraum/neutral gestalteter Religionsraum	<input type="checkbox"/> Fremdsprachige Zeitschriften/Zeitungen
<input type="checkbox"/> Fremdsprachige Fernsehsender (ohne englische Sender)	<input type="checkbox"/> Menüauswahl, die kulturelle Bedürfnisse berücksichtigt (z.B. Angebot von Halal- und koscherer Kost)
<input type="checkbox"/> Geänderte Öffnungszeiten der Cafeteria (z.B. im Ramadan nach Sonnenuntergang)	<input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar:  _____
<input type="checkbox"/> Die genannten Angebote treffen auf meine Einrichtung nicht zu	

16. Wie werden die Wünsche von Patienten/innen im Hinblick auf ihre Versorgung in Ihrer Einrichtung erhoben? (Mehrfachantworten möglich.)	
<input type="checkbox"/> Es findet keine Erhebung statt	<input type="checkbox"/> Mündlich während des Aufnahme-/Anamnesegesprächs
<input type="checkbox"/> Patienten/innen füllen einen Fragebogen aus	<input type="checkbox"/> Anders, und zwar:  _____


17. Inwieweit werden folgende Informationen Ihrer Patienten/innen routinemäßig (z.B. im Rahmen der Anamnese) erhoben und ausgewertet (z.B. zum Zwecke des Qualitätsmanagements)?	Wird nicht erhoben	Wird erhoben	Wird erhoben und ausgewertet
Nationalität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muttersprache/Sprachkenntnisse (inkl. Deutschkenntnisse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übersetzungsbedarf (bei nicht ausreichenden Deutschkenntnissen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konfession	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fähigkeiten zu lesen und zu schreiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wertvorstellungen bzw. kulturspezifische Einstellungen (z.B. in Bezug auf Krankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essgewohnheiten (z.B. vegetarische, koschere und Helal-Kost)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besondere Bedarfslagen (z. B. Bewegungseinschränkungen, Minderung des Seh- oder Hörvermögens)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexuelle Identität (z.B. Transgender etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familiäre Situation (z. B. minderjährige Kinder oder zu pflegende Angehörige)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, und zwar:  _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Die ausgewerteten Daten werden dafür genutzt, um unsere therapeutischen und nicht-therapeutischen Angebote den Bedürfnissen der Patienten/innen anzupassen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> in Planung		


Sonstige Aspekte der Diversitätssensibilität


19. Wie wichtig ist Ihrer Meinung nach die Diversitätssensibilität einer Versorgungseinrichtung für ...	Vollkommen unwichtig	Eher unwichtig	Eher wichtig	Sehr wichtig
...die Zufriedenheit von Patienten/innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die Zufriedenheit von Mitarbeiter/innen (z.B. durch bessere Behandlungs- und Prozessabläufe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...den Behandlungserfolg von Patienten/innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die Steigerung von Patienten/innen-Zahlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, und zwar:  _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


20. Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen.	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu
Es ist notwendig, unsere Einrichtung diversitätssensibel auszurichten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unsere Einrichtung geht auf Behandlungsbedürfnisse von Patienten/innen ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen.	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu
Zukünftig ist eine stärkere Ausrichtung unserer Einrichtung auf diversitätssensible Aspekte vorgesehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist wichtig, dass unsere Mitarbeiter/innen an Fortbildungen/Schulungen zum Umgang mit Diversität teilnehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine diversitätssensible Ausrichtung ist aufgrund der derzeitigen finanziellen Situation für unsere Einrichtung nicht realisierbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine diversitätssensible Ausrichtung wird für viele Einrichtungen zukünftig eine noch größere Rolle als heute spielen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praxisnahe Handlungsempfehlungen könnten die Implementierung von diversitätssensiblen Maßnahmen fördern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Welche Hindernisse sehen/sahen Sie bei der Umsetzung einer diversitätssensiblen Versorgung in Ihrer Einrichtung? (Mehrfachantworten möglich.)	
<input type="checkbox"/> Es gab/gibt keine Hindernisse	<input type="checkbox"/> Nicht zutreffend, da keine Absicht zur Implementierung solcher Maßnahmen in unserer Einrichtung besteht
<input type="checkbox"/> Mangelnde Motivation zur Umsetzung solcher Maßnahmen auf Seiten des Personals	<input type="checkbox"/> Nicht alle Entscheidungsträger/innen der Einrichtung sind von der Notwendigkeit solcher Maßnahmen überzeugt
<input type="checkbox"/> Organisatorische Schwierigkeiten	<input type="checkbox"/> Fehlende finanzielle Ressourcen
<input type="checkbox"/> Fehlende Anreize des Versorgungsträgers (Rentenversicherung, Krankenkassen etc.)	<input type="checkbox"/> Unklarheit, wie diversitätssensible Maßnahmen umgesetzt werden können
Sonstiges, und zwar:  _____	

22. Woraus sollten Handlungsempfehlungen zur Implementierung diversitätssensibler Maßnahmen inhaltlich bestehen? (Mehrfachantworten möglich.)		
<input type="checkbox"/> Fallbeispiele	<input type="checkbox"/> Hinweise zu weiterführenden Informationen	<input type="checkbox"/> Beispielmaßnahmen
<input type="checkbox"/> Hinweise zu Internetmaterialien	<input type="checkbox"/> Hinweise zum Umgang bei Implementierungsschwierigkeiten	<input type="checkbox"/> Anleitung zur Umsetzung von Maßnahmen/Konzepten
Sonstiges, und zwar:  _____		

23. Wie würden Sie gerne informiert werden? (Mehrfachantworten möglich.)			
<input type="checkbox"/> Arbeitsbuch/Broschüre	<input type="checkbox"/> Schulung/Seminar	<input type="checkbox"/> Internetseite	<input type="checkbox"/> Smartphone-App
Sonstiges, und zwar:  _____			

Falls Sie weitere Anmerkungen zum Forschungsthema haben, dann notieren Sie diese gerne hier: 

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Bitte schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen im beiliegenden Umschlag bis zum **07.06.2019** direkt an die Universität Bielefeld. Das Porto übernehmen wir.

Anhang 3: DiversityKAT - Leitfaden für Fokusgruppen

Ziel: Bewertung und Konsentierung des Entwurfs des Instrumentenkatalogs und des Handlungsleitfadens auf seine Umsetzbarkeit und mögliche Implementierungsbarrieren.

Forschungsfrage: Wie wird der IK und HL von den Mitarbeitern/innen in den Rehabilitationseinrichtungen hinsichtlich seiner Gestaltung/Darstellung sowie seiner Implementierungsmöglichkeiten (förderliche und hinderliche Faktoren) bewertet?

Leitfaden DiversityKAT	
Orientierungsphase	
- „Warm werden“ auf Beziehungsebene	<ul style="list-style-type: none"> ○ Hinweis auf Datenschutz und Anonymität ○ Erfragen des Einverständnisses für die Tonbandaufnahme
Einstiegsphase	
- Übergang auf Inhaltsebene	<ul style="list-style-type: none"> ○ Vorstellung (Präsentation mittels eines Handouts) ○ Ziel der Untersuchung
Erarbeitungsphase	
<i>Einschätzung/Bewertung des Instrumentenkatalogs und Handlungsleitfadens</i>	
<i>Handlungsleitfaden</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - Art der Darstellung - Aufbau & Gliederung 	<p>Wenn Sie den Handlungsleitfaden betrachten – wie finden Sie die Darstellung der Informationen für Ihren Arbeitsalltag?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Gliederung ○ Aufbau des Handlungsleitfadens ○ Kapitel/Ausschnitte ○ Darstellung der Instrumente ○ Umfang und Ausführlichkeit <p>- Was würden Sie am Handlungsleitfaden (z. B. textliche Darstellungsform, Inhalt, ...) verändern?</p>
Konsentierung	Wenn Sie keine weiteren Verbesserungsvorschläge haben, gehen wir zum nächsten Aspekt über...

Instrumentenkatalog	
<ul style="list-style-type: none"> - Art der Darstellung - Aufbau & Gliederung 	<ul style="list-style-type: none"> - Wenn Sie den Instrumentenkatalog (ausführlich und kurz) betrachten – wie finden Sie die Darstellung der Informationen für Ihren Arbeitsalltag? <ul style="list-style-type: none"> ○ Gliederung ○ Aufbau des Instrumentenkatalogs ○ Textliche Darstellung ○ Umfang und Ausführlichkeit ○ weitere Anmerkungen - Was würden Sie an der Darstellung der Instrumente im Instrumentenkatalog (z. B. Darstellungsform, Inhalt, Umfang...) verändern?
Konsentierung	Wenn Sie keine weiteren Verbesserungsvorschläge haben, gehen wir zum nächsten Aspekt über...
Einschätzung der Umsetzbarkeit: Instrumentenkatalog und Handlungsleitfaden	
<ul style="list-style-type: none"> - Informationsgehalt - Umsetzbarkeit - Voraussetzungen 	<ul style="list-style-type: none"> - Was denken Sie, wie müssten die Informationen bereitgestellt und verbreitet werden, damit Sie diese im Praxisalltag der Rehabilitationseinrichtung nutzen würden? <ul style="list-style-type: none"> ○ auf Organisationsebene ○ im Arbeitsalltag ○ Beispiele: Website/Buch/Broschüre - Welche Bedingungen/Voraussetzungen müssen dafür erfüllt sein? - Worüber würden Sie in diesem Zusammenhang noch mehr Informationen erhalten wollen?
Implementierungsmöglichkeiten (hinderliche und förderliche Faktoren)	
<ul style="list-style-type: none"> - Herausforderungen - Voraussetzungen 	<ul style="list-style-type: none"> - Was glaube Sie, woran eine Implementierung des Instrumentenkatalogs und Handlungsleitfadens im Berufsalltag scheitern könnte (über finanzielle Ressourcen hinaus)? - Welche Voraussetzungen sollten erfüllt sein, damit Sie den Instrumentenkatalog und Handlungsleitfaden im Arbeitsalltag einsetzen und verwenden können.

Relevanz/Stellenwert	
- Relevanz für Versorgung - Relevanz für die Patientenorientierung	- Was denken Sie, welchen Nutzen hat der Instrumentenkatalog und Handlungsleitfaden für die Patientenversorgung?
Abschlussphase	
Verbesserungsvorschläge	
- Anregungen	- Haben Sie noch weitere Anmerkungen?



Einladung zur Teilnahme an der Studie *DiversityKAT*

**Entwicklung eines Instrumentenkatalogs und
Handlungsleitfadens für Rehabilitationseinrichtungen
und Rehabilitationsträger zur Umsetzung einer
diversitätssensiblen Versorgung**

Eine gemeinsame Studie des Lehrstuhls für Versorgungsforschung der
Universität Witten/Herdecke und der AG 3 Epidemiologie und International
Public Health der Universität Bielefeld

Informationen für Studienteilnehmer/innen

Worum geht es?

Die Bedürfnisse und Erwartungen von Menschen in der rehabilitativen Versorgung unterscheiden sich teilweise deutlich voneinander. Diversitätsmerkmale wie Geschlecht, Migrationshintergrund und der sozioökonomische Status spielen dabei eine wichtige Rolle. Um die Versorgung besser auf die Rehabilitanden/innen zuschneiden zu können, ist es notwendig, die Vielfalt dieser Bedürfnisse und Erwartungen zu berücksichtigen. Mit unserer Studie wollen wir Rehabilitationseinrichtungen und Rehabilitationsträger dabei unterstützen.

Was ist das Ziel der Studie?

Wir beabsichtigen:

- Maßnahmen und Umsetzungsstrategien einer diversitätssensiblen Versorgung zu ermitteln, um einen Instrumentenkatalog und Handlungsleitfaden mit Instrumenten für die diversitätssensible Versorgung zu erstellen (Schritt 1)
- in Fokusgruppen und Diskussionszirkeln die Umsetzbarkeit des Instrumentenkatalogs und Handlungsleitfadens und mögliche Barrieren bei ihrem Einsatz in der Praxis rehabilitativer Versorgung gemeinsam mit Gesundheitspersonal zu diskutieren (Schritt 2)
- und den daraus aufgearbeiteten Entwurf von Rehabilitationseinrichtungen anhand eines Fragebogens beurteilen zu lassen, um damit den finalen Instrumentenkatalog und Handlungsleitfaden zu erstellen (Schritt 3)

Warum bitten wir ausgerechnet Sie?

Um die Umsetzung eines ersten Entwurfs des Instrumentenkatalogs und Handlungsleitfadens sowie mögliche Barrieren bei ihrem Einsatz im Versorgungsalltag im o.g. **Schritt 2** zu diskutieren, würden wir Sie gerne zu einer Fokusgruppendifkussion in Ihrer Rehabilitationseinrichtung einladen. Sie als Mitarbeiter/in vor Ort stellen für Rehabilitanden/innen eine/n wichtige/n Ansprechpartner/in während des Rehabilitationsaufenthaltes dar. Sie verfügen über umfangreiche Erfahrungen und können daher wertvolle Erkenntnisse zur Umsetzbarkeit des Instrumentenkatalogs und Handlungsleitfadens bzw. zu möglichen Barrieren bei ihrer Nutzung beitragen.

Was kommt auf Sie zu?

Wenn Sie sich für eine Teilnahme an der Studie entscheiden, werden wir ein ca. 45-60-minütiges Gespräch mit Ihnen und einigen Ihrer Kollegen/innen durchführen. Damit wir uns ganz auf das Gespräch konzentrieren können, würden wir es gerne – sofern Sie einverstanden sind – auf Tonband aufnehmen.

Datenschutz

Selbstverständlich behandeln wir Ihre Angaben anonym und streng vertraulich. Alle Forderungen zur Gewährleistung des Datenschutzes werden von uns erfüllt. Für unsere Auswertungen wird von dem aufgezeichneten Gespräch ein schriftliches Protokoll (Transkript) angefertigt. Ihre persönlichen Angaben, wie z. B. Ihr Name, werden dabei nicht genannt. Veröffentlichungen der Ergebnisse erfolgen ebenfalls nur anonymisiert. Nach Abschluss der Studie wird das aufgezeichnete Gespräch gelöscht, so dass keine Rückschlüsse mehr auf Ihre Person möglich sind.

Was haben Sie von der Studie?

Mit Ihrer Teilnahme tragen Sie dazu bei, die Umsetzung von diversitätssensiblen Maßnahmen und Strategien in der rehabilitativen Versorgung zu erleichtern und die Rehabilitation patientenorientierter zu gestalten. Hiervon können Ihre Einrichtung und Sie selbst profitieren. Wir hoffen daher, Sie für die Teilnahme gewinnen zu können.

Wer fördert die Studie?

Die Studie wird von der Deutschen Rentenversicherung Bund gefördert.

Wenden Sie sich bei Fragen an folgende Ansprechpartnerinnen:

Frau Maria Dyck, MSc

Lehrstuhl für Versorgungsforschung
Fakultät für Gesundheit
Department für Humanmedizin
Universität Witten/Herdecke
Alfred-Herrhausen-Straße 50
58448 Witten

Tel. 0151 67790503
E-Mail: maria.dyck@uni-wh.de

Frau Dr. Yüce Yilmaz-Aslan

AG Epidemiologie & International Public Health
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Universität Bielefeld

Postfach 100131
33501 Bielefeld

Tel: 0176 93381923, Fax: 0521/106-6465
E-Mail: yuece.yilmaz-aslan@uni-bielefeld.de

Handout für die Fokusgruppendifkussionen der Studie DiversityKAT – „Entwicklung eines Instrumentenkatalogs und Handlungsleitfadens für Rehabilitations-einrichtungen und Rehabilitationsträger zur Umsetzung einer diversitätssensiblen Versorgung“

Liebe Teilnehmer/innen des Diskussionszirkels, diese Handreichung dient Ihnen als Anker für das Gruppengespräch und ermöglicht Ihnen schriftlich Anmerkungen zum Handlungsleitfaden zu notieren.

Entwurf der Handreichung „Umsetzungsmöglichkeiten diversitätssensibler Versorgung in der Rehabilitation“

Gliederung der Handreichung

1. Einleitung
2. Handlungsleitfaden
3. Planung und Implementierungsprozess
4. Bedarfsanalyse
5. Zieldefinition und Strategieentwicklung
6. Auswahl, Umsetzung und Evaluation der erforderlichen Instrumente
7. Exemplarische Instrumente
 - 7.1. Diversity-Training
 - 7.1.1. Diversitätssensibler Fragebogen zur Erfassung von Bedürfnissen und Erwartungen in der Rehabilitation (DiBE-17)
 - 7.1.2. Cultural Awareness Tool (CAT)
 - 7.1.3. Einsatz von professionellen Dolmetschern/innen in der rehabilitativen Versorgung
 - 7.1.4. Mediation (in Arbeit)
 - 7.1.5. Mentoring (in Arbeit)
 - 7.2. Instrumentenkatalog
 - 7.2.1. Theoretischer Rahmen des Katalogs (inkl. Begriffsdefinitionen)
 - 7.2.2. Konzept und Methodik des Instrumentenkatalogs
 - 7.2.3. Kurzanleitung zu Nutzung des Instrumentenkatalogs
 - 7.3. Diversitätssensible Instrumente für die Rehabilitation – Auswahltablelle
 - 7.4. Diversitätssensible Instrumente für die Rehabilitation – Detailversion
8. Anhang

Handlungsleitfaden

- Gliederung

- Aufbau

- Darstellung (textliche und didaktische Aufbereitung)

- Umfang und Ausführlichkeit

Weitere Anmerkungen

Exemplarische Instrumente

- Gliederung

- Aufbau

- Darstellung (textliche und didaktische Aufbereitung)

- Umfang und Ausführlichkeit

Weitere Anmerkungen

Theoretischer Rahmen und Instrumentenkatalog

- Gliederung

- Aufbau

- Darstellung (textliche und didaktische Aufbereitung)

- Umfang und Ausführlichkeit

Weitere Anmerkungen
