

Der Umgang mit personeller Vielfalt unter Berücksichtigung krankenhausspezifischer Besonderheiten

Was lässt sich aus den Erfahrungen mit Diversity in englischen
NHS-Krankenhäusern lernen?

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades
Dr. of Public Health (Dr. P.H.)
an der
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
der Universität Bielefeld

Vorgelegt von: Anne Fitzgerald
Alterkülzerstraße 2b
D-55471 Neuerkirch

Erstgutachter: Prof. em. Dr. B. Badura
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Universität Bielefeld

Zweitgutachter: Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Universität Bielefeld

Bielefeld, im Juni 2012

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen herzlich bedanken, die zum Gelingen dieser Dissertation auf unterschiedlichste Weise beigetragen haben.

Mein Betreuer Herr Prof. B. Badura hat mich unentwegt aus meinen Ausschweifungen zurück zum Thema geholt. Dafür und für seine motivierende Unterstützung möchte ich ihm sehr herzlich danken. Ein Dankeschön auch an Herrn Prof. T. Gerlinger für die Übernahme des Zweitgutachtens.

Vielen Dank an die Lehrkräfte und Kommilitonen des Promotionsstudienganges Public Health der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld. Der Austausch mit meinen Mitstreiterinnen und Mitstreitern im Rahmen der Präsenzveranstaltungen war anregend und bereichernd. Hier vor allem: Sven Voigtländer, Bernd Heide, Maren Bredehorst, Dominik Ose, Anne Stich, Heiko Jahn, Christoph Düring. Ganz besonders möchte ich mich bei Dagmar Pattloch für die vielen fachlichen Diskussionen, ihre hartnäckigen Fragen, aufmunternde Kommentare und Hobbit-Zitate bedanken.

Danke auch an Birgit Thoma, die mich überhaupt auf die Idee brachte, zu promovieren (auch wenn ich ihren Vorschlag in den letzten Jahren mehrmals verflucht habe). Ein großes Dankeschön geht auch an Judith Breitenstein für das Korrekturlesen.

Zu guter Letzt bedanke ich mich bei Michael „Che“ Jakobi, für seine Geduld und Unterstützung, sowie bei T-E und F.

Anne Fitzgerald, 22.06.2012

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund: Als strategisches Führungsinstrument verspricht Diversity-Management Unternehmen betriebswirtschaftliche Vorteile bei gleichzeitiger Erfüllung moralischer und gesetzlicher Verpflichtungen (vgl. Sepehri 2002). Diversity-Management strebt eine Änderung der Organisationskultur an, indem das Verhalten, die Einstellungen und die Wertvorstellungen der Beschäftigten hinsichtlich Vielfalt beeinflusst werden (vgl. Vedder 2006). Der offene Umgang mit Vielfalt soll Diskriminierung abbauen, Inklusion fördern, das Wohlbefinden der Belegschaft verbessern und Potential freisetzen (vgl. Mor Barak 2000). Angesichts des Kostendrucks, unter dem Krankenhäuser europaweit stehen, stellt Diversity-Management eine attraktive Möglichkeit dar, den Umgang mit personeller Vielfalt effektiver zu gestalten.

Ziel: Die vorliegende Arbeit will eine Wissenslücke schließen und identifizieren, ob deutsche Krankenhäuser im Umgang mit ihren Beschäftigten von Diversity-Management profitieren können. Erfahrungen aus England liefern wichtige Hinweise. Seit Jahren befassen sich Krankenhäuser des staatlichen Gesundheitssystems, NHS, mit dem Thema. Trotz unterschiedlicher Rahmenbedingungen sind deutsche Krankenhäuser mit ähnlichen Personalproblemen konfrontiert wie die in England, wie beispielsweise Fachkräftemangel. Der Umgang der NHS-Krankenhäuser mit Diversity ist Gegenstand der vorliegenden Arbeit.

Vorgehensweise: Ein systemtheoretischer Zugang zum Thema ermöglicht eine Betrachtung der Krankenhäuser und ihren Umgang mit personeller Vielfalt innerhalb des gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Kontextes. Denn Einflussfaktoren auf Makro- Meso- und Mikro-Ebenen tragen zum Erfolg oder Misserfolg von Diversity-Management-Initiativen bei (vgl. Tatli 2010). Auch ist es erfolgsentscheidend bei einer Übertragung von Managementansätzen aus der Privatwirtschaft auf öffentliche Krankenhäuser, in wieweit die Besonderheiten eines Krankenhausbetriebes ausreichend berücksichtigt werden (vgl. Arndt/ Bigelow 2000; von Eiff zitiert in Prettin 2007).

Methode: mit Hilfe einer Literaturanalyse nach Mayring (2002) werden Jahresberichte und Veröffentlichungen aus zwei Best-Practice NHS-Krankenhäusern untersucht, um zu identifizieren, welche Motive vorliegen, welche Ziele gesetzt, welche Vorgehensweisen gewählt und welche Ergebnisse erzielt wurden. Ergebnisse aus den jährlich durchgeführten nationalen NHS-Mitarbeiterbefragungen werden hinzugezogen.

Hauptergebnisse: Die Krankenhäuser haben sich für eine kombinierte Strategie von Chancengleichheit und Vielfalt („*equality & diversity*“) entschieden, ein in England häufig angewandtes Konzept. Die Strategien befassen sich überwiegend mit der Erfüllung der gesetzlichen Ver-

pflichtungen bezüglich Chancengleichheit. Der Fokus liegt auf einzelnen Vielfaltsdimensionen, wie ethnische Herkunft, Behinderung oder Geschlecht. Weder krankenhausspezifische Vielfaltsdimensionen, wie Zugehörigkeit zu einer Gesundheitsprofession oder einer Fachabteilung, noch die Auswirkungen der jeweiligen vorhandenen Krankenhauskulturen wurden in den Strategien berücksichtigt. In Bezug auf Chancengleichheit sind gewisse Ziele erreicht worden, etwa in der steigenden Anzahl von Beschäftigten mit Migrationshintergrund in höheren Positionen. Den beiden Krankenhäusern ist es aber nicht gelungen, eine integrative Kultur im Sinne von Diversity-Management, frei von Diskriminierung und Mobbing, aufzubauen.

Diskussion: um eine Organisationskultur, in der Vielfalt offen begegnet wird, zu entwickeln, dürfen die Auswirkungen von krankenhausspezifischen Faktoren nicht unberücksichtigt bleiben. Ferner ist fraglich, ob die Kategorisierung von Unterschieden in Vielfaltsdimensionen für den Aufbau einer integrativen Kultur angemessen ist, da, wie aktuelle Studien zeigen, sich immer weniger Personen über einzelne Merkmale, wie Ethnizität, Behinderung oder Geschlecht, definieren (vgl. Fanshawe/ Sriskandarajah 2010). Man definiert sich nicht lediglich als „Türke“, oder „weiblich“ oder „behindert“, man ist sich die eigene Vielfalt bewusst und bringt diese Vielfalt auch immer mehr zum Ausdruck (ebd.). Dies bedeutet, dass Maßnahmen ihre Zielgruppe verfehlen werden, wenn vermeintliche Mitglieder einer Zielgruppe sich nicht als Mitglied verstehen und sich mit den Maßnahmen nicht identifizieren.

Anstelle einer Komplexitätsreduzierung durch die Definition von bestimmten Vielfaltsdimensionen, scheint es aussichtsreicher, die Vielfalt eines Krankenhauses als „Super-Diversity“ (vgl. Vertovec 2006) zu begreifen. Denn wenn man sich selbst als Mitglied multipler Gruppen mit multiplen Teil-Identitäten versteht, lassen sich Vorurteile besser abbauen, da es schwieriger wird, Personen einer bestimmten sozialen Kategorie zuzuordnen (vgl. Vertovec 2007, 27). Um eine integrative Kultur zu entwickeln ist die Stärkung gemeinsamer Werte und der Aufbau konstruktiver Beziehungen notwendig. Interaktionen müssen nicht tiefergreifender Natur sein – sie können vielmehr durch gemeinsame Werte mit einfachen Formen von Anerkennung, Zuvorkommenheit und Rücksicht zum Ausdruck geprägt werden, die mit einer gewissen „Indifferenz“ gegenüber Vielfalt einhergehen (vgl. Lofland 1998, 33 in Vertovec 2006). Hier könnte der Sozialkapitalansatz die Akzeptanz solcher Maßnahmen erhöhen, da er die Auswirkungen „unsichtbarer“ Faktoren, wie Werte und Einstellungen, sichtbar und messbar macht (vgl. Badura et al. 2008).

Ausblick: Eine klare Trennung zwischen nicht verhandelbaren Antidiskriminierungs- und Chancengleichheitsmaßnahmen und verhandelbaren Maßnahmen zur Verhaltensänderungen im Umgang miteinander – egal welche Merkmale man als Beschäftigte ausweist - ermöglicht ers-

terer mit einer Politik der Null-Toleranz zu forcieren und letztere mit klaren Zielen und Anreizen zu fördern. Für den Umgang mit personeller Vielfalt in deutschen Krankenhäusern scheint ein Sozialkapitalansatz für „Super-Diversity“ erfolgsversprechender zu sein, als der in den NHS-Krankenhäusern eingesetzte Ansatz. Gemeinsame Wertvorstellungen und respektvolle Interaktionen, die eine gewisse „Indifferenz“ zu Unterschieden aufweisen, sollen gestärkt werden. Wichtig dabei ist die Berücksichtigung der jeweiligen krankenhauses-relevanten Besonderheiten und der vorherrschenden Krankenhauskultur. Somit ist er dem Ansatz der NHS-Krankenhäuser vorzuziehen. Weitere Analysen sind nötig, um die Einflussfaktoren in deutschen Krankenhäusern differenzierter zu erfassen und passende Maßnahmen zu definieren.

Dealing with staff diversity with a focus on hospital-specific characteristics

– What lessons can be learned from approaches in England’s NHS hospitals?

Summary

Background: As a strategic tool, diversity management offers companies the prospect of reaping economic benefits whilst fulfilling moral and legal requirements (see Sepehri 2002). Diversity management aims at changing organizational culture by influencing staff behaviour and attitudes towards differences. An open attitude towards diversity is said to help fight discrimination, foster inclusion, improve staff well-being and – in dealing constructively with differences – unleash potential and creativity (see Mor Barak 2000). With hospitals throughout Europe under financial pressure, these are attractive perspectives.

Aim: This dissertation aims at closing a knowledge gap by determining whether German hospitals can benefit from diversity management when managing their staff. Valuable information can be derived from experiences in England, where NHS hospitals have been addressing the subject for some years. Even though German hospitals have very different backgrounds, they are faced with similar staff issues, such as lack of specialists or a large number of staff with ethnic minority backgrounds. How NHS hospitals are dealing with diversity is the subject of this study.

Approach: Using a system theory approach, hospitals can be viewed within the context of their social environment and health care policies, considering factors which contribute to the development of hospital culture. This is important, since the success or failure of diversity management is dependent on multi-level influences on macro, meso and micro levels (see Tatli 2010). Taking into account the effects of hospital-specific characteristics is also crucial to success when transferring management approaches from the private sector to public hospitals (see Arndt/Bigelow 2000).

Data and method: Two best-practice NHS hospitals serve as case studies. An analysis of their annual reports and other publications aims at identifying their motives for choosing a diversity management approach, their strategy objectives, methods and outcomes. Input is also drawn from the results of the national yearly NHS staff surveys.

Main findings: The two hospitals chose a double strategy of “equality and diversity”, typical for English organisations. The two sub-strategies have not been clearly defined and separated, so that there is difficulty recognising clear aims and target achievements. The strategies focus chiefly on fulfilling legal equality requirements, concentrating on diversity dimensions specific to equality policies such as race, disability, or gender. Neither hospital-specific diversity dimensions, such as membership in a particular health care profession or a discipline, nor the

influence of the prevailing organisational culture have been considered in the strategies. Some structural progress was made in the area of equality, with for example an increase in the numbers of ethnic minorities in higher positions. However, despite the long-term nature of the diversity strategies, the hospitals have failed to develop an integrative organisational culture in the true sense of diversity, free of bullying and discrimination.

Discussion: In order to change the organisational culture to openly embrace diversity, the influence of hospital-specific diversity dimensions must also be considered. Furthermore, thinking in terms of dimensions or categories should be questioned, since recent studies show that people today no longer identify themselves via one specific characteristic, such as ethnic background (see Fanshawe/ Sriskandarajah 2010). Instead, people are aware of their own numerous and diverse characteristics and are not afraid of expressing them (ebd.). This means that assumedly targeted measures could miss their target group, since they are directed at groups of people who do not necessarily see themselves as members of exactly these groups.

Instead of reducing complexity along equality dimensions, it seems more promising to consider hospital staff diversity as „super-diversity“ (see Vertovec 2006). If one sees oneself as being a member of multiple groups with multiple sub-identities, it becomes easier to eliminate prejudice since it becomes harder to stereotype others and to assign them to specific social categories (see Vertovec 2007, 27). Focus should be placed therefore on strengthening common values and creating constructive relationships, rather than on difference. This helps develop “civil interaction”, with simple forms of acknowledgement, acts of restricted helpfulness, types of personal consideration, courtesies, and a certain ‘indifference to diversity’ (ebd.). A social capital approach could assist in increasing acceptance for pertinent measures by making the effects of “invisible” factors, such as values and attitudes become visible and measurable (see Badura et al. 2008).

Conclusion: A clear separation of non-negotiable anti-discrimination and equality measures and negotiable measures for behavioural change allows the former to be enforced with a policy of zero-tolerance whilst encouraging the latter by defining clear goals and incentives for target achievement. A social capital approach for “super-diversity” taking into account hospital-specific characteristics and culture is advisable when German hospitals deal with staff diversity. Rather than focussing on differences, civil interaction should be developed which displays a certain measure of indifference to staff diversity. Further research is required to better identify the influencing factors in German hospitals and define measures suitable to strengthen their social capital.

INHALTSVERZEICHNIS

INHALTSVERZEICHNIS	vii
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	xi
TABELLENVERZEICHNIS	xii
GLOSSAR UND ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	xiii
1 EINLEITUNG	1
1.1 Hintergrund und Ausgangslage	1
1.2 Forschungsstand, Gegenstand und Zielsetzung.....	5
1.2.1 Forschungsstand	5
1.2.2 Gegenstand	7
1.2.3 Zielsetzung und Public-Health Relevanz	8
1.3 Vorgehensweise.....	11
1.3.1 Fragestellung	11
1.3.2 Methode	11
1.3.3 Aufbau der Arbeit.....	13
2 THEORETISCHER RAHMEN	16
2.1 Personelle Vielfalt aus Sicht einer Organisation	16
2.2 Diversity-Management als Gestaltungsinstrument.....	19
2.2.1 Diversity als gestaltbare Ressource	19
2.2.2 Resistenz.....	19
2.2.3 Das Fairness-Paradigma	20
2.2.4 Das Marktzutritt-Paradigma	21
2.2.5 Lernen-und-Effektivität-Paradigma.....	22
2.2.6 Diversity-Management als Prozess	23
2.2.7 Diversity-Management: Überzeugung oder institutionelle Isomorphie ?	28
2.3 zugeschriebene Vorteile von Diversity-Management	29
2.3.1 Der “Business-Case” für Diversity-Management.....	29
2.3.2 Personalbeschaffung:.....	30
2.3.3 Inklusion, Wohlbefinden und Personalbindung	30
2.3.4 Kundenorientierung	31
2.3.5 Innovation und Kreativität.....	31
2.3.6 Moralische und gesetzliche Pflichterfüllung	31
2.3.7 Marketingvorteile	32
2.4 Relativierung der Argumente	32
2.4.1 Messbarkeit der Diversity-Effekte.....	32
2.4.2 Bisherige Bestätigungen oder Widerlegungen der Diversity-Argumente.....	33
2.4.3 Diversity-Management und Organisationskultur	36
2.5 Übertragbarkeit von Management-Ansätzen aus der freien Wirtschaft auf öffentliche Krankenhäuser	40
2.6 Ein systemtheoretischer Zugang.....	42
2.6.1 Das Krankenhaus als komplexes soziales Expertensystem.....	42
2.6.2 Diversity und deren Management aus systemtheoretischer Sicht	46
2.6.3 Diversity-Management im „sozialen System Krankenhaus“	49
3 UMFANG UND GRENZEN.....	52
3.1 Verortung der Krankenhäuser innerhalb des NHS	52
3.2 Fokussierung auf das Krankenhauspersonal.....	54
3.3 Zwei Beispiel Krankenhausorganisationen	55

3.4	Konkretisierung der Fragestellung	57
3.5	Definition des Ausgangsmaterials und Einschätzung dessen Aussagewertes.....	58
3.5.1	Veröffentlichungen der zwei Beispiel-Krankenhausorganisationen	58
3.5.2	NHS Staff Surveys.....	62
4	WARUM WIRD DIVERSITY IN ENGLAND THEMATISIERT?	64
4.1	Einleitung	64
4.2	Einwanderungsströme	64
4.2.1	Die Bedeutung der Einwanderungsströme für die englische Gesellschaft.....	64
4.2.2	Die Auswirkung der Einwanderungsströme auf die Krankenhäuser.....	66
4.3	Reaktionen auf die steigende ethnische Vielfalt	67
4.3.1	Soziale Unruhe als Reaktion auf die steigende ethnische Vielfalt	67
4.3.2	Der Vorwurf der institutionellen Diskriminierung in den Krankenhäusern.....	71
4.4	Vielfaltsstrukturen in England und im englischen NHS	73
4.4.1	Vielfalt in der Bevölkerung des Vereinigten Königreichs	73
4.4.2	Vielfaltsstrukturen des Krankenhauspersonals.....	79
4.5	Gesetzliche Regelungen zur Bekämpfung von Diskriminierung und Förderung von Chancengleichheit	82
4.6	Zusammenfassung	87
5	MACHTSTRUKTUREN IN DEN NHS-KRANKENHÄUSERN.....	89
5.1	Einleitung	89
5.2	Der Einfluss der Mediziner seit der Gründung des NHS	89
5.3	Die neue Macht der Krankenschwester durch Konsensus-Management	90
5.4	Die neue Rolle des General Managers	92
5.5	Das Konzept des internen Marktes (1991-1997).....	93
5.6	Die Modernisierung – <i>The NHS Plan 2000</i>	94
5.7	Zusammenfassung	96
6	ORGANISATIONSKULTUR DER NHS-KRANKENHÄUSER.....	98
6.1	Einleitung	98
6.2	Typische Strukturen der NHS-Krankenhäuser	98
6.3	Die Sub-Kulturen der Gesundheitsprofessionen	100
6.3.1	Wertvorstellungen und Selbstbilder der Mediziner/innen.....	101
6.3.2	Wertvorstellungen und Selbstbild der Pflegeprofession	102
6.3.3	Wertvorstellungen und Selbstbild der NHS-Manager/innen.....	103
6.4	Kooperation und Zusammenarbeit in den NHS-Krankenhäusern.....	105
6.5	Die Mobbing-Kultur	107
6.6	Management und Führung im NHS	110
6.7	Zusammenfassung	111
7	<i>EQUALITY & DIVERSITY</i> - ZENTRAL-ENTWICKELTE KONZEPTE FÜR EINE DE- ZENTRALE UMSETZUNG.....	113
7.1	Einleitung	113
7.2	Etablierung eines Rahmenplans und Arbeitsstandards im NHS	114
7.3	Das <i>Positively Diverse Programme</i>	117
7.4	Leitlinien zur Erstellung von <i>Equality Schemes</i>	121
7.5	Leitlinie zu positiven Maßnahmen im NHS	125
7.6	Zusammenfassung	127
8	UMGANG MIT VIELFALT IN NHS-KRANKENHÄUSERN – Vorgehensweisen der 2 Beispiel-Krankenhäuser.....	129
8.1	Einleitung	129
8.1.1	King’s College Hospital NHS Trust, London	129
8.1.2	Bradford Teaching Hospitals NHS Trust	130

8.2	Ziele, Vision und Motive im Hinblick auf Vielfalt	132
8.2.1	Ziele, Vision und Motive von King's	132
8.2.2	Ziele, Vision und Motive von Bradford Teaching Hospitals	135
8.3	Commitment und Strukturen für Diversity	137
8.3.1	Commitment und Strukturen in King's	137
8.3.2	Commitment und Strukturen in BTH	138
8.4	Sensibilisierungs- und Trainingsmaßnahmen	139
8.4.1	Sensibilisierungs- und Trainingsmaßnahmen in King's	139
8.4.2	Sensibilisierungs- und Trainingsmaßnahmen in BTH	142
8.5	Berücksichtigung von Diversity bei der Personalbeschaffung	144
8.5.1	Personalbeschaffung in King's	144
8.5.2	Personalbeschaffung in BTH	144
8.6	Berücksichtigung von Diversity bei der Personalentwicklung	145
8.6.1	Personalentwicklung in King's	145
8.6.2	Personalentwicklung in BTH	146
8.7	Fazit zu den Vorgehensweisen	146
9	WELCHE ERGEBNISSE LASSEN SICH IDENTIFIZIEREN?	150
9.1	Datenbasis	150
9.2	Ziel: Die Vielfalt der Belegschaft zu stärken	150
9.2.1	Ergebnisse der Personalbeschaffungsmaßnahmen in King's	150
9.2.2	Ergebnisse der Personalbeschaffungsmaßnahmen in BTH	153
9.3	Ziel: Fairness im Umgang mit Vielfalt	157
9.3.1	Beförderung, Beschwerden und Disziplinarverfahren in King's	157
9.3.2	Beförderung, Beschwerden und Disziplinarverfahren in BTH	160
9.3.3	Der Umgang mit Alter, Religion und sexuelle Orientierung in King's	161
9.3.4	Der Umgang mit Alter, Religion und sexueller Orientierung in BTH	162
9.4	Ziel: Sensibilisierung der Belegschaft für Diversity & Equality	162
9.4.1	Sensibilisierung in King's	162
9.4.2	Sensibilisierung in BTH	163
9.4.3	Sensibilisierung der 2 Beispiele im Vergleich zu anderen Akutkrankenhäusern	164
9.5	Ziel: Inklusion, Gegenseitiger Respekt und Wertschätzung fördern	165
9.5.1	Mitarbeiterzufriedenheit in King's	165
9.5.2	Das Wohlbefinden des Personals in BTH	168
9.6	Fazit zur Zielerreichung	169
10	STÄRKEN UND SCHWÄCHEN DER STRATEGIEN	173
10.1	Der Reifeprozess: wie weit ist man gekommen?	173
10.1.1	Die doppelte Strategie	173
10.1.2	Welche Stufe im Reifeprozess?	173
10.1.3	Auf welcher Handlungsebene	175
10.1.4	Zusammenfassung	176
10.2	Die Schwerpunkte der Strategien	176
10.2.1	Welche Vielfaltdimensionen sind für Krankenhäuser relevant?	176
10.2.2	Der Kontext der Strategien	177
10.2.3	Zusammenfassung	179
10.3	Grenzen des Denkens in Vielfaltskategorien	179
10.3.1	Kategorien, Identität und das Konzept von „ <i>Super-Diversity</i> “	179
10.3.2	Gefahr der falschen Schlussfolgerungen	182
10.3.3	Zusammenfassung	184
10.4	Annahmen und soziale Konstrukte überprüfen	184
10.4.1	Aus wessen Sicht der Dinge wird gehandelt?	184
10.4.2	Wunschdenken oder Evidenz-basierte Maßnahmen?	186
10.4.3	Zusammenfassung	187

10.5	Fazit	188
11	EIN UMGANG MIT VIELFALT ZUM WOHL DER BESCHÄFTIGTEN UND DES KRANKENHAUSES	190
11.1	Klare Trennung der gesetzlich vorgeschriebenen und der freiwilligen Ziele	190
11.2	Neutrale Aufnahme des Ist-Zustandes.....	191
11.3	Akzeptanz für eine Kulturveränderung erhöhen	192
11.3.1	Förderung von Verhaltensänderungen mit Hilfe der BSC	192
11.3.2	Der Sozialkapitalansatz zur Messbarmachung von Kulturveränderungen.....	194
11.4	Förderung der Kulturveränderung	195
11.4.1	Super-Diversity als Beschreibung der Vielfalt des Personals	195
11.4.2	Gemeinsame Werte stärken	196
11.4.3	Die Bildung von sozialen Beziehungen unterstützen	197
11.5	Nächste Schritte?	199
11.5.1	Anforderungen.....	199
11.5.2	Vision/Ziel	199
11.5.3	Training & Sensibilisierungsmaßnahmen	200
11.5.4	Prozesse und Strukturen für Sozialkapital schaffen	200
11.5.5	Qualifizierung des Führungspersonals	202
11.5.6	Kommunikation und Informationsübermittlung.....	202
11.6	Fazit	203
12	ZUSAMMENFASSUNG MIT BLICK AUF DEUTSCHLAND	205
12.1	Der Umgang mit Vielfalt in Deutschland.....	205
12.1.1	Rechtliche Rahmenbedingungen	205
12.1.2	Einstellung zu Diversity Management	206
12.2	Situation in deutschen Krankenhäusern	207
12.2.1	Die Vielfalt des Krankenhauspersonals.....	207
12.2.2	Krankenhausstrukturen und -kulturen	209
12.2.3	Die deutsche Krankenhauskultur und Sozialkapital.....	212
12.2.4	Zusammenfassung der Situation in deutschen Krankenhäusern	212
12.3	Ausblick für den Umgang mit Vielfalt in deutschen Krankenhäusern.....	213
12.4	Zusammenfassung der Arbeit.....	214
	SCHLUSSWORT.....	218
	LITERATURVERZEICHNIS	219
	Eidesstattliche Erklärung	233

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1-1 Ausländer in europäischen Ländern im Vergleich Stand 2010.....	4
Abbildung 1-2 Im Ausland geborener Bevölkerungsanteile	5
Abbildung 2-1 Reifegrad der Verständnisansätze des Diversity-Managements	26
Abbildung 3-1 aktuelle Struktur des Englischen Gesundheitssystems	53
Abbildung 3-2 Lokation von King's und Bradford Krankenhausorganisationen	56
Abbildung 4-1 Anzahl im Ausland geborene Einwohner Großbritanniens	76
Abbildung 4-2 Benachteiligte Gruppen am Arbeitsmarkt 2009.....	78
Abbildung 7-1 Die Prozessphase von Positively Diverse	119
Abbildung 7-2 Erfolgsfaktoren für positive Maßnahmen im NHS	126
Abbildung 8-1 Entwicklung King's Jahresabschlüsse	130
Abbildung 8-2 Entwicklung BTH Jahresabschlüsse	131
Abbildung 8-3 BTH Equality and Diversity Abteilung.....	139
Abbildung 9-1 Entwicklung des Frauenanteils in King's nach Dienstgrad.....	153
Abbildung 9-2 King's Entwicklung der BME-Belegschaft	158
Abbildung 12-1 Verbreitung von Diversity Management (%).....	207

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 2-1 Ebenen für die Untersuchung von Diversity-Management-Ansätzen.....	48
Tabelle 3-1 Dokumente des King's College Hospital NHS (Foundation) Trust	59
Tabelle 3-2 Dokumente des Bradford Teaching Hospitals NHS (Foundation) Trust	61
Tabelle 4-1 Bevölkerung Englands nach ethnischen Gruppen.....	75
Tabelle 4-2 Krankenhausangestellte (HCHS) in Vollzeitäquivalenten.....	80
Tabelle 4-3 Positive Maßnahmen vs. positive Diskriminierung	83
Tabelle 9-1 Entwicklung von King's Belegschaft nach ethnischer Herkunft	151
Tabelle 9-2 Entwicklung von BTH Belegschaft nach ethnischer Herkunft	154
Tabelle 9-3 BTH Bewerbungen und Einstellungen Niedriglohngruppen	155
Tabelle 9-4 BTH Bewerbungen und Einstellungen gehobene Gehaltsgruppen	156
Tabelle 9-5 Prozent der Belegschaft in den letzten 12 Monaten geschult.....	165
Tabelle 9-6 Häufigkeit von Mobbing, Belästigung und Diskriminierung in King's	166
Tabelle 9-7 Häufigkeit von Mobbing, Belästigung und Diskriminierung in BTH	169

GLOSSAR UND ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Acute Trust	Verwaltungseinheit im englischen Gesundheitssystem verantwortlich für die Führung, das Personal, die Investition und den Unterhalt der Krankenhäuser. Ein Acute Trust kann ein oder mehrere Krankenhäuser verwalten.
Ambulance Trust	Verwaltungseinheit im englischen Gesundheitssystem verantwortlich für die Notfallzentralen, Notarztversorgung und den Krankentransport
BME	black and minority ethnics, Schwarze und ethnische Minderheiten
BDA	Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände
BSC	Balanced Scorecard - ein Management-Instrument zur strategischen Führung eines Unternehmens mit einem Kennzahlensystem. Aus Mitarbeiter-, Kunden-, Prozess- und Finanzperspektiven werden Ziele und Kennzahlen definiert.
BTH	Bradford Teaching Hospitals NHS (Foundation) Trust
CQC	Care Quality Commission
Care Trust	Verbindungsdienst zwischen der Krankenversorgung und den lokalen Sozialdiensten
DGB	Deutscher Gewerkschaftsbund
DoH	Department of Health, das britische Gesundheitsministerium
Foundation Trust	Eine relativ neue Form der Verwaltungseinheiten im englischen Gesundheitssystem. Ein Foundation Trust hat die gleichen Aufgaben wie ein Acute Trust, genießt allerdings wesentlich mehr Freiheiten, sowohl in der Organisation als auch bzgl. Finanzierungsmöglichkeiten
HCC	Healthcare Commission
King's	King's College Hospital NHS (Foundation) Trust
Mental Care Trust	Verwaltungseinheit im englischen Gesundheitssystem verantwortlich für die psychiatrische Versorgung
NHS	National Health Service, das staatliche Gesundheitssystem Englands
OSN	Overseas nurse: eine im Ausland ausgebildete Krankenschwester. Heutzutage werden andere Begriffe synonym verwendet wie „internationally recruited nurses“ (IRN) oder „international nurse recruitment“ (INR)
PCT	Primary Care Trust: eine Verwaltungseinheit im englischen Gesundheitssystem verantwortlich für die Sicherstellung der Primär- und Sekundärversorgung pro Versorgungsgebiet
Positive Action	Positive Maßnahmen, eine Initiative des britischen Innenministeriums, sieht vor, dass Menschen bestimmter ethnischen Gruppen sowie Frauen, die bisher in bestimmten Positionen oder Berufsfeldern benachteiligt wurden, gefördert werden, um negativen Effekten aus einer vergangenen oder bestehender Diskriminierung entgegenzuwirken.
Positive Discrimination	Positive Diskriminierung, in Großbritannien verboten, beschreibt das Wählen einer Person ausschließlich auf Grund ihres Geschlechts oder

	ethnischer Herkunft anstelle ihrer Fähigkeiten (Ausnahme: bestimmte Maßnahmen zu Gunsten von Menschen mit Behinderungen).
SHA	Strategic Health Authority (regionale Gesundheitsbehörde)
Trust	eine Verwaltungseinheit im englischen Gesundheitssystem. Je nach Aufgaben und Verantwortungsbereich gibt es verschiedene Arten
UK	United Kingdom (Vereinigtes Königreich von Großbritannien und Nordirland)

1 EINLEITUNG

1.1 Hintergrund und Ausgangslage

Weltweit geben Unternehmen jährlich Millionen von Dollar für Diversity-Management aus. Was früher als eine Initiative in den USA begann, gilt heute als globales Phänomen (vgl. Hansen 2003; Holvino/Kamp 2009), mit mittlerweile 90% der Fortune-Global-500 Unternehmen¹, die sich zu diesem Managementansatz bekennen (vgl. Vedder 2003, 22). Grund für die Verbreitung des Ansatzes seit der Jahrtausendwende im europäischen Raum, sehen viele Autoren in den Globalisierungsmaßnahmen weltweit agierender Unternehmen (vgl. Jablonski 2006; Aretz 2006; Süß/ Kleiner 2006).

Auch im deutschsprachigen Raum hält Diversity-Management Einzug, nicht zuletzt durch staatliche Unterstützung: mit ihrer Kampagne „Vielfalt als Chance – eine Kampagne für mehr Vielfalt in deutschen Unternehmen“ startete die Bundesbeauftragte für Migration, Flüchtlinge und Integration im August 2007 eine bundesweite Initiative, welche deutsche Unternehmen und Verwaltungen zu mehr personeller Vielfalt ermutigen soll². Hier ist vor allem die *kulturelle* Vielfalt gemeint, die auf Grund unterschiedlicher kultureller Herkünfte entsteht. Was aber verspricht man sich von mehr Vielfalt und warum sollte sie Bestandteil eines Management-Ansatzes werden?

Das aus dem Englischen stammende Wort „Diversity“ wird häufig mit Verschiedenheit, Vielfalt, Andersartigkeit, Heterogenität oder Unterschiedlichkeit übersetzt (vgl. Becker M. 2006; Aretz/ Hansen 2002, 48; Ohms/Schenk 2003; Sepehri 2002, 77) und in gesellschaftspolitischen oder betriebswirtschaftlichen Zusammenhängen im Hinblick auf die Verteilung bestimmter Charakteristiken wie Ethnizität, Geschlecht und Alter innerhalb einer Gesellschaft, Unternehmen, Organisation o.ä. normativ verwendet (vgl. Omanović 2006; Schroeder ebd.). Dabei wird dem Begriff oft eine positive Wertung zugeschrieben. Dies beruht auf einem Verständnis für Unterschiede als etwas Bereicherndes und Wünschenswertes und auf einer Philosophie, die für einen respektvollen Umgang mit Vielfalt zum gegenseitigen Wohl plädiert (vgl. Krell 2004; Ohms/Schenk 2003; Schroeder ebd.).

In der einschlägigen Literatur wird „Diversity-Management“ als betriebswirtschaftliches Instrument bezeichnet, mit dem ein Unternehmen seine personelle Vielfalt bewusst steuern und

¹ Fortune Global 500 ist eine Liste der umsatzstärksten Unternehmen der Welt, jährlich herausgegeben von der US-amerikanischen Wirtschaftszeitschrift Fortune. <http://money.cnn.com/magazines/fortune/>

² Ausführliche Informationen zur Kampagne auf der Webseite der Initiative www.vielfalt-als-chance.de oder auf http://www.bundesregierung.de/nn_774/Content/DE/Artikel/IB/Artikel/Newsletter/2007-10-31-ib-newsletter-oktober-2007-vielfalt-als-chance.html Download am 01.09.2010

ein Nutzen daraus ziehen kann (vgl. Köppel et al. 2007, 4; Vedder 2006; Krell 2004). Der bewusste und gezielte Umgang mit personeller Vielfalt soll Betrieben und deren Belegschaften Vorteile bringen (vgl. u.a. Sepehri 2002; Vedder 2003; Krell 2004), die - je nach Ansatz - ökonomischer oder ethisch-moralischer Natur oder Beides sein können (Näheres zu den verschiedenen Ansätzen in Kapitel 2). Die erwarteten Vorteile, welche Unternehmen häufig in einer Kosten-Nutzen-Analyse oder einem sogenannten „*Business Case*“³ zum Ausdruck bringen, beruhen beispielsweise darauf, Vielfalt als Ressource zu begreifen und andersartige Denkweisen und Anschauungen als Quelle der Kreativität und Innovation einzusetzen.

Mit Diversity-Management will man eine Arbeitsatmosphäre schaffen, die Inklusion und Offenheit gegenüber Unterschiedlichkeiten fördert, Diskriminierung und Ausgrenzung von Beschäftigten (als wertvolle Ressourcen) abbaut, die Kommunikation und Zusammenarbeit unterstützt, das Wohlbefinden und die Motivation der Belegschaft stärkt und damit einhergehend deren Effektivität und Produktivität verbessert (vgl. u.a. EU-Kommission 2005, 5-7; Krell 2008; Stuber 2004, 233ff; Köppel et al. 2007, 5; McKay et al. 2009). Die Befürworter von Diversity-Management weisen nicht zuletzt auf positive Einflüsse für das Unternehmensimage als fairer Arbeitgeber hin (ebd.). Entsprechend bekennen sich weltweit immer mehr Führungskräfte zu Diversity-Management, um den Umgang mit personeller Vielfalt in ihren Unternehmen gezielt zu steuern.

Für Krankenhäuser sind die erwähnten Vorteilsversprechungen keine uninteressanten Verheißungen. In ganz Europa müssen sich Krankenhäuser an die Folgen zahlreicher aktueller und zukünftiger Entwicklungen anpassen, wie Veränderungen in den Bevölkerungsstrukturen, in den Krankheitsbildern, bei den technologischen Möglichkeiten für medizinische Interventionen, sowie in den öffentlichen und politischen Erwartungen an die Krankenhäuser (vgl. McKee/Healy 2003; Böcken et al. 2000).

In Zeiten knapper finanzieller Ressourcen, steigender Konkurrenz und einer wachsenden Nachfrage nach kostenintensiven Therapien werden Faktoren wie Effektivität, Innovation und Effizienz im Umgang mit Ressourcen zu Schlüsselgrößen für das Überleben auf dem Gesundheitsmarkt. (vgl. Debatin 2006; McKee et al. 2003; Schmidt-Rettig 2002; Böcken et al. 2000).

In einem europäischen Vergleich zur Situation von Krankenhäusern in Europa sehen McKee et al. (2003) mindestens ein gemeinsames Problem, das fast alle europäischen Staaten gleichermaßen betrifft: das Personal bzw. die Personalknappheit und damit die Notwendigkeit die Per-

³ Wobei die Verwendung des Begriffes „*Business Case*“ in der Literatur im Sinne von einer Kosten-Nutzen-Analyse nicht zwangsläufig gemeint ist. Nach Ergebnissen von Süß und Kleiner (2006) wird häufig auf eine wirtschaftliche Kosten-Nutzen-Analyse verzichtet, da sich viele Unternehmen und Organisationen aus Image- oder Marketinggründen für Diversity-Management entscheiden und Verhaltensmuster der Konkurrenten übernehmen, ohne diese aus Kosten-Nutzen-Sicht zu betrachten.

sonalbeschaffung und -bindung zu verbessern (vgl. auch Buchan/O'May 2003). Um qualifizierte Beschäftigte zu gewinnen, sind vor allem die öffentlichen Gesundheitseinrichtungen nur eingeschränkt in der Lage, finanzielle Anreize zu bieten und müssen auf andere Kriterien wie Arbeitgeberimage zurückgreifen, damit sie im Wettbewerb um die besten Kräfte bestehen können.

In Bezug auf den effektiven Personaleinsatz im Gesundheitswesen machen Healy und McKee (2003) auf die Bedeutung einer guten Organisationskultur in Zeiten finanzieller Zwänge aufmerksam. Besonders wenn es sich um hoch qualifizierte Beschäftigte handelt, wenn die Aus- und Einarbeitungskosten hoch sind, können sich Krankenhäuser hohe Fluktuationsraten nicht leisten.

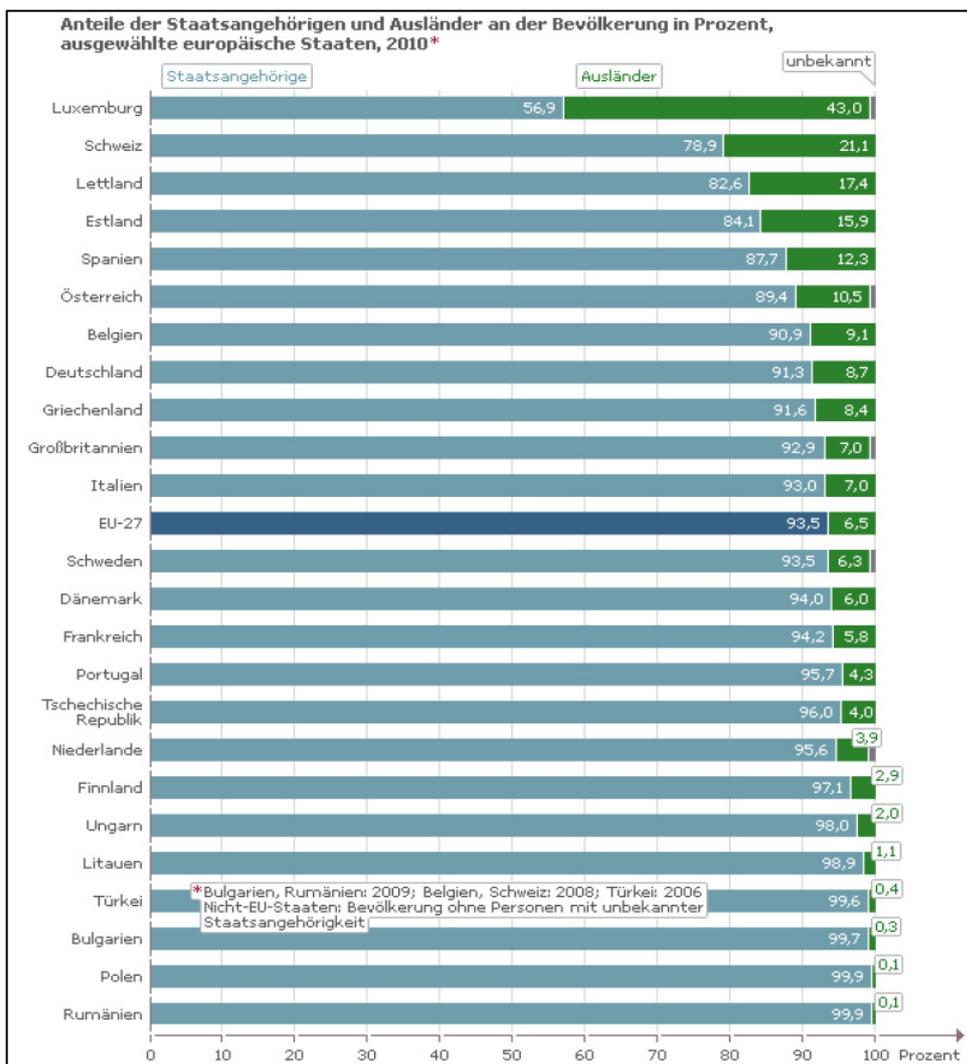
Stellt Diversity-Management womöglich eine Chance für Krankenhäuser dar, effizienter mit den knappen und vielfältigen Personalressourcen umzugehen? In wie weit ist die Begeisterung für diesen Managementansatz gerechtfertigt? In Anbetracht des regen Interesses an Diversity ist es umso überraschender, dass der tatsächliche Nutzen bisher relativ wenig Beachtung genossen hat. Im Vergleich zu der Vielzahl an Beratern, Tools und Literatur, welche die Entwicklung und Einführung von Maßnahmen erleichtern sollen, existieren erstaunlich wenige Methoden, mit denen die Ergebnisse gemessen werden können (vgl. Hansen 2003, 23; Becker M. 2006). Häufig geben Organisationen große Summen für Diversity-Management aus, ohne die Effektivität der Maßnahmen zu prüfen bzw. prüfen zu können – das Motiv liegt scheinbar alleine darin, dass Führungskräfte *glauben*, es sei eine gute Geschäftsstrategie (vgl. Jayne/Dipboye 2004).

So hatte keine der 20 Großunternehmen mit gut etablierten Programmen, die für eine US-amerikanische Studie befragt wurden, jemals eine systematische Prüfung der Ergebnisse durchgeführt (vgl. Hansen 2003). Trotz Milliardenumsatz gilt die wissenschaftliche Erforschung des Diversity-Management noch als uneinheitlich und defizitär (vgl. Becker M. 2006).

Im internationalen Vergleich hinkt Deutschland in Sache Diversity-Management noch hinterher (vgl. Köppel et al. 2007, 5) – zumindest bezogen auf das, was Köppel und Kollegen *kulturelle Diversity* nennen, die auf die Verschiedenheit der Kulturen aufgreift, „sei es hinsichtlich Nation, Region, ethnischer Gruppe oder auch Religion.“ Die Autoren geben zu denken, dass sich sowohl deutsche Wirtschaftsunternehmen als auch deutsche öffentliche Institutionen weniger mit dem Thema kulturelle Vielfalt auseinandersetzen, als in vielen anderen EU-Ländern. Dabei weist Deutschlands Bevölkerung im Vergleich zu vielen anderen EU-Ländern einen höheren Ausländeranteil auf (siehe Abbildung 1-1).

Die mehr als sieben Millionen Ausländer und Ausländerinnen, die aktuell ohne deutsche Staatsangehörigkeit in Deutschland leben, stellen 8,7 % der Gesamtbevölkerung Deutschlands dar. Der Durchschnitt der europäischen E-27-Staaten liegt bei etwa 6,5% (vgl. Bpb 2011). Der Anteil der Bevölkerung Deutschlands, der im Ausland geboren wurde, beträgt sogar 13,1% gegenüber beispielsweise 10,4% in Großbritannien und 10,5 % in den Niederlanden (siehe Abbildung 1-2).

Abbildung 1-1 Ausländer in europäischen Ländern im Vergleich Stand 2010

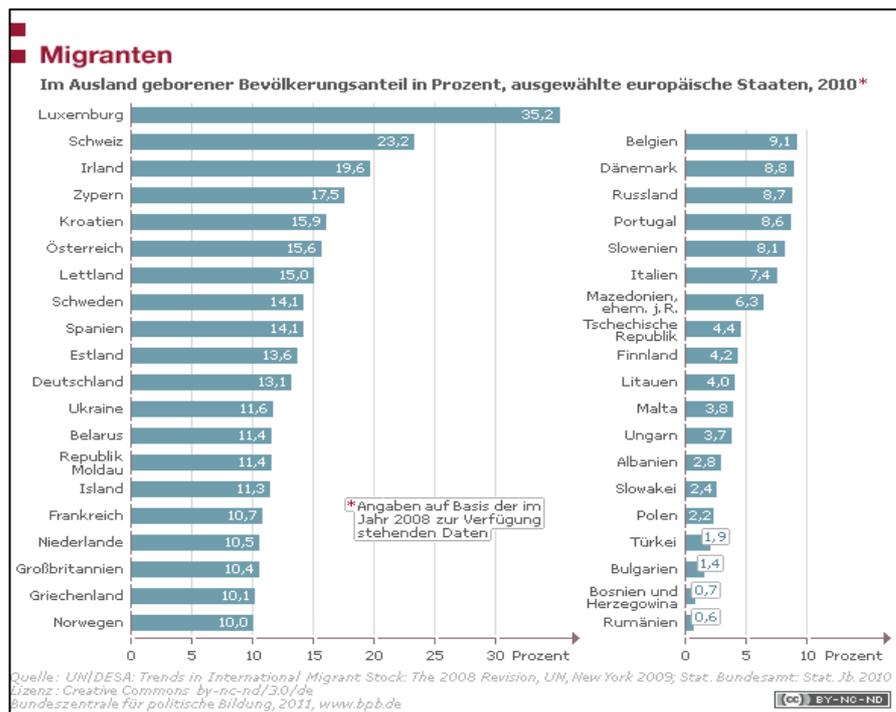


Quelle: bpb 2011

Obwohl die Bevölkerung in Deutschland einen relativ hohen Ausländer- bzw. Migrantenanteil aufweist, scheinen deutsche Unternehmen und Organisationen zu zögern, wenn es darum geht, Diversity-Management anzuwenden.

Dies ist für Jablonski eine eher typische Haltung gegenüber Management-Ansätzen, die sich aus den USA in Europa verbreiten (vgl. Jablonski 2006). In Anbetracht der Kritik bzgl. Überprüfbarkeit der Ergebnisse, zeugt diese Zurückhaltung jedoch womöglich von begründeter Vorsicht. Könnte es sich trotzdem für Krankenhäuser lohnen, Diversity-Management als Lösungsansatz in Erwägung zu ziehen, auch wenn sich die deutsche Wirtschaft nur zögerlich dem Thema auseinandersetzt? Denn Krankenhäuser stellen auf Grund ihrer Komplexität und Eigenschaft als Expertensystem (vgl. Schmidt-Rettig 2002; Großmann 1993; McKee/Healy 2003) eine besondere Form von Organisationen dar, deren Thematik, Problematik und Vorgehensweise sich von anderen Unternehmen und Organisationen häufig unterscheiden. Diese Tatsachen machen eine Krankenhausspezifische Betrachtungsweise des Ansatzes sinnvoll, um zu einem Urteil kommen zu können. Eine solche krankenhausspezifische Betrachtung von Diversity-Management will die vorliegende Arbeit leisten.

Abbildung 1-2 Im Ausland geborener Bevölkerungsanteile



Quelle: bpb 2011

1.2 Forschungsstand, Gegenstand und Zielsetzung

1.2.1 Forschungsstand

Die hier vorgelegte Arbeit will den Umgang mit der personellen Vielfalt, im Hinblick auf Krankenhausorganisationen und insbesondere in Hinblick auf das Krankenhauspersonal, unter-

suchen. Explizit in Bezug auf Vielfalt im Zusammenhang mit Krankenhauspersonal bestehen derzeit Lücken im deutschsprachigen Forschungsraum. Zum einen konzentriert sich die einschlägige, deutsche Literatur zu Diversity hauptsächlich auf zwei oder drei spezielle Aspekte von Diversity: Geschlecht (Gender) und kulturelle Unterschiedlichkeiten im Sinne von der Integration von Menschen mit einem Migrationshintergrund, wie eine Befragung deutscher Personalexperten aus dem Jahr 2006 ergab (vgl. Krell et al. 2006) bzw. Geschlecht und Alter in einer Befragung deutscher und internationaler Groß-Unternehmen im gleichen Jahr feststellten (vgl. Köppel et al. 2007). Weit seltener werden die Merkmale Behinderung, familiäre Situation (in Bezug auf Work-Life-Balance) und Religion thematisiert, während beispielsweise die sexuelle Orientierung kaum Erwähnung findet (vgl. Krell 2008).

Zum anderen existieren in Hinblick auf das Themenfeld Diversity im Krankenhauskontext nur wenige deutschsprachige Auseinandersetzungen mit Theorie und Praxis. Herrmann und Kätker (2007) sowie Gransee et al. (2009) beschäftigen sich mit Diversity-Management als Lösungsansatz speziell für Einrichtungen des Pflege- und Gesundheitswesens. Gransee et al. beschränken sich hier vor allem auf die Bereiche Gender, interkulturelle Kompetenzen sowie die Bedürfnisse. Herrmann und Kätker gehen zwar auf spezielle Krankenhausproblematiken wie z.B. die hierarchischen Krankenhausstrukturen und ihre Auswirkung auf berufsübergreifende Zusammenarbeit ein (vgl. Herrmann/ Kätker 2007). Den Ansatz und dessen Eignung als Lösungsstrategie im Krankenhauskontext an sich stellen sie allerdings nicht in Frage. Vielmehr stellen sie fest, dass Diversity-Management möglicherweise eine Chance bietet, eine neue Sicht der Dinge zu bekommen, um *„Zustände zu verändern, die bislang als traditionell hingenommen werden.“* (ebd., 92).

Der Großteil der deutschsprachigen Diversity-Literatur in Zusammenhang mit Krankenhäusern bezieht sich auf den Umgang mit der Vielfalt der Patienten und Patientinnen, z.B. Borde (2002) oder Wesselmann et al. (2004) sowie Karl-Trummer und Novak-Zezula (2009), die sich mit Patientenorientierung im Kontext der soziokulturellen Vielfalt im Krankenhaus (Stichwort *„Migrant-Friendly Krankenhaus“*) auseinandersetzen, oder Razum et al., die sich mit Themen bzgl. der Gesundheit von Migranten und Migrantinnen und ihren Zugang zur Krankenversorgung in Deutschland beschäftigen (vgl. Razum et al. 2008; Razum et al. 2004).

Geiger sieht das Gesundheitswesen als „Schlüsselsektor“ für Diversity-Management mit seinen multiplen Rollen als Arbeitgeber, Dienstleister und Wettbewerber (vgl. Geiger 2008 sowie Schneider et al. 2008, 255) allerdings ohne auf die besonderen Merkmale, Kulturen und Beschaffenheit von Krankenhaus-Organisationen einzugehen. Ebenso Jung (2009), der sich grundsätzlich für die Förderung von Diversity-Management als Teil einer integrierten Perso-

alentwicklung für Krankenhäuser einsetzt und weder den Nutzen von Diversity-Management in Frage stellt noch auf eine möglicherweise notwendige Berücksichtigung von Krankenhausbesonderheiten eingeht (vgl. Jung 2009, 355ff & 395).

1.2.2 Gegenstand

Als Beispiel für einen gezielten Umgang mit personeller Vielfalt im Sinne von Diversity-Management werden in der vorliegenden Arbeit die Vorgehensweisen von Krankenhäusern in England dienen. Dort hat man bereits vor mehr als zehn Jahren mit der Implementierung von Diversity-Management in Krankenhäusern des nationalen Gesundheitssystem NHS⁴ (*National Health Service*) begonnen. Wie die Abbildung 1-1 zeigt, liegt auch Großbritannien mit einem Ausländeranteil von 7% wie Deutschland über dem EU-Durchschnitt. Auf Empfehlung des britischen Gesundheitsministeriums, der DoH (*Department of Health*), initiierte der NHS im Jahr 1998 ein Diversity-Management-Programm, mit dessen Hilfe Diversity-Mainstreaming in die NHS-Krankenhaus-organisationen eingeführt und weiterentwickelt werden sollte. Seitdem fördert der NHS aktiv die personelle Vielfalt im Rahmen seiner Strategie zur Förderung der Vielfalt und Chancengleichheit, seine „*Equality & Diversity Strategy*“ (vgl. NHS-Employers 2009a). Für den NHS hat die DoH folgenden Diversity Begriff entwickelt, der auch die bereits erwähnte positive Philosophie (vgl. Ohms/Schenk ebd.) umfasst und dies als Bestandteil der Organisationskultur versteht:

“Diversity is about the recognition and valuing of difference in its broadest sense. It is about creating a working culture and practices that recognise, respect, value and harness difference for the benefit of the organisation and the individual, including patients.” (DoH 2003a, 2).

Durch den bewussten und fairen Umgang mit personeller Vielfalt strebt der NHS folgende Ziele an:

- Kostensenkung durch niedrigere Personalfuktuation,
- Reduzierung der Zahl von Rechtsstreiten vor dem Arbeitsgericht,
- Vermeidung von Mobbing und Diskriminierung und dadurch
- längerfristige Verbesserung der Zusammenarbeit,

⁴ Der Name National Health Service (NHS) wird häufig benutzt, um die Gesundheitssysteme im gesamten Vereinigten Königreich von Großbritannien und Nordirland zu bezeichnen, obwohl er korrekterweise nur für das System in England ohne Länderzusatz verwendet wird. So existieren in Großbritannien neben dem NHS (für England) auch der „NHS in Wales“ und der „NHS in Scotland“ sowie im Nordirland der „Health and Social Care in Northern Ireland“. Die vier Systeme arbeiten unabhängig von einander und berichten an die jeweiligen Regierungsinstanzen: Scottish Government, Welsh Assembly Government, Northern Ireland Executive und UK government für England. Die Webseiten der nationalen Gesundheitssysteme auf <http://www.wales.nhs.uk> (Wales), <http://www.show.scot.nhs.uk> (Schottland), <http://www.n-i.nhs.uk/> (Nordirland), <http://www.nhs.uk> (England).

- des Arbeitsklimas und
- der patientenbezogenen Ergebnisse (vgl. DoH 2001a; NHS-Employers 2005a).

Gegenstand dieser Arbeit ist also der Umgang mit personeller Vielfalt in Krankenhäusern des englischen NHS. Eine schärfere Eingrenzung des Gegenstandes wird in Kapitel 3 vorgenommen, wenn der theoretischen Rahmen der Dissertation festgelegt ist und der Umfang und die Grenzen der Arbeit genauer begründet werden.

1.2.3 Zielsetzung und Public-Health Relevanz

Die vorliegende Arbeit will dazu beitragen, die aktuelle Forschungslücke zu schließen, in dem sie sich mit dem Thema Diversity-Management im Krankenhauskontext unter Berücksichtigung krankenhausspezifischer Besonderheiten auseinandersetzt. Dadurch soll es ermöglicht werden, Aussagen darüber zu machen, ob und in wie weit Diversity-Management den Umgang mit personellen Ressourcen im Krankenhaus effizienter gestalten und darüber hinaus das Wohlbefinden des Krankenhauspersonals fördern kann. Am Ende der Dissertation soll ersichtlich werden, was Diversity-Management – so wie es in Krankenhäuser des englischen Gesundheitssystems verstanden und eingesetzt wird - geleistet hat und ob es Hinweise dafür gibt, dass dieser Managementansatz auch in Deutschlands Krankenhäusern von Nutzen sein könnte.

Vedder (2006, 28) macht darauf aufmerksam, dass – bezogen auf Erfahrungen aus den Vereinigten Staaten - deutsche Arbeitgeber bestimmter Branchen profitieren könnten, die sich bisher noch wenig mit Diversity-Management beschäftigt haben. In diesem Zusammenhang nennt er - neben Schulen, Hochschulen und öffentliche Verwaltungen - auch Krankenhäuser. Wenn Vedder (ebd.) damit Recht haben soll, könnte eine Betrachtung des Diversity-Ansatzes aus dem englischen Krankenhauskontext einen wertvollen Beitrag zur Wissensbildung auf diesem Gebiet für das deutsche Krankenhauswesen liefern.

Aus Public-Health Sicht hat dieses Vorhaben zweifache Relevanz für das deutsche Gesundheitswesen. Public-Health richtet sich u.a. auf „den Zustand des Gesundheitswesens und die für seine Weiterentwicklung relevanten Rahmenbedingungen und Akteure“ (DGPH 2009) und setzt sich mit der Verhinderung bzw. Bekämpfung von Gesundheitsproblemen „unter Einsatz kulturell und medizinisch angemessener, wirksamer, ethisch und ökonomisch vertretbarer Mittel“ auseinander (Schwarz 2003)⁵.

⁵ Public-Health hat als wissenschaftliche Disziplin zahlreiche Veränderungen und Entwicklung erlebt, mit u.a. einer Differenzierung in „Old Public-Health“, „New Public-Health“ und Gesundheitswissenschaften (vgl. Hurrelmann und Laaser 1998 S.28-30) sowie länderspezifische Fokussierung der Aufgabenbereiche (vgl. BzGA 2003). Für eine ausführliche Ausarbeitung der verschiedenen Definitionen zu Public-Health und die Entwicklung der Public-Health Aufgaben siehe u.a. Gutzwiller 1993, Kolip 2002. Für die vorliegende Arbeit wird die Definition der Deutschen Gesellschaft für Public-Health e.V. (DGPH). Laut DGPH hat Public-Health die Aufgabe, Er-

Seit Jahren fordern Experten den Ausbau von Kooperationsmöglichkeiten und eine verstärkte interdisziplinäre Zusammenarbeit unter Akteuren auf dem deutschen Gesundheitsmarkt, um eine wirksame Mittelverwendung zu erreichen (vgl. SVR 2007; DKI 2007). Gleichzeitig stehen Deutschlands Krankenhäuser im Ruf, eine schlechte Organisationskultur zu pflegen (vgl. Gerber 2004; Flintrop/Gerst 2008; von Eiff 2000, 11ff), die sich negativ auf die Zusammenarbeit der Beschäftigten auswirkt und Probleme, sowohl zwischen den verschiedenen Berufsgruppen als auch innerhalb der einzelnen Berufsgruppen selbst, entstehen lässt (vgl. Büsing 1997; von Eiff 2002).

Das schlechte Arbeitsklima vieler Einrichtungen wird vielfach für die hohen Krankenstände und Fluktuationsraten, sowie den Verlust an Attraktivität des Arztberufs und die Abwanderung der Fachkräfte in die Industrie oder ins Ausland, verantwortlich gemacht. Gleichzeitig führen demographische, wirtschaftliche und sozialpolitische Entwicklungen dazu, dass aus einem erweiterten Bewerberpool rekrutiert werden muss, um freie Stellen in den Krankenhäusern besetzen zu können. Das Krankenhauspersonal zeigt dadurch eine größere Vielfalt auf – vor allem in Bezug auf den kulturellen Hintergrund. Vielfalt wiederum geht häufig mit einer Zunahme an Ansichten, Wertvorstellungen und Überzeugungen einher, die in den unterschiedlichen Kulturkreisen der Herkunftsländer oder aber bspw. durch die unterschiedlichen Kulturen der Altersgruppen, der Geschlechter, der sozialen Schichten usw. begründet liegt. Sind die Wertvorstellungen, Überzeugungen und Zielausrichtung einer Organisation klar definiert und kommuniziert, können sie der Orientierung der Beschäftigten dienen und sinnstiftend wirken (vgl. Macharzina/Wolf 2008, 240ff). Ist der Vorrat an gemeinsamen Werten und Weltanschauungen in einer Organisation nur gering, können unterschiedliche Grundwerte und Ansichten möglicherweise eine konstruktive Zusammenarbeit behindern und die Arbeitsleistung negativ beeinflussen (vgl. Messick/Mackie 1989 zitiert nach van der Zee et al. 2004).

Putnam (2007) stellte in seiner kontrovers diskutierten Veröffentlichung von Forschungsergebnissen eine Korrelation zwischen hoher ethnischer Vielfalt in einer Gesellschaft und abnehmendem gesellschaftlichen Vertrauen her. Demnach führt eine Zunahme an Diversity nicht nur zu einer Abnahme des Vertrauens zwischen den verschiedenen ethnischen Gruppen untereinander sondern sogar innerhalb der existierenden heimischen Gruppen. Sind diese Beobach-

kenntnisse zu gewinnen über: „die Häufigkeit und Verteilung von Erkrankungen, die Ursachen von Gesundheit und Krankheit, sowie die Wirksamkeit unterschiedlicher Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit und Prävention von Krankheiten; die Wirtschaftlichkeit unterschiedlicher Maßnahmen; Fragen der Bedarfs- und Verteilungsgerechtigkeit; die optimale Gestaltung eines Gesundheitssystems, einschließlich Fragen der Ausbildung, der Kostenerstattung und der Rollenverteilung; die angemessene Beteiligung von Patientinnen und Patienten sowie Bürgerinnen und Bürgern“ (DGPH 2010, download von <http://www.deutsche-gesellschaft-public-health.de> am 1.9.2010).

tungen auf Krankenhäuser übertragbar, könnten sie in Zeiten steigender Vielfalt eine weitere Belastung für ein System darstellen, das ohnehin seit Jahren unter organisatorisch-, status- und kommunikationsbedingten Defiziten leidet.

Auf deutsche Krankenhäuser und ihre Personalengpässe bezogen ist die Zunahme an Vielfalt eher eine unausweichliche Gegebenheit als eine wählbare Option geworden. Diversity-Management könnte dann zu einer betriebswirtschaftlichen Notwendigkeit werden, denn bleibt der Faktor Diversity ungeachtet, könnte als Folge Ressourcen sub-optimal eingesetzt und Potenzial vergeudet werden. Somit kann eine Untersuchung des Umgangs mit Diversity in den englischen Krankenhäusern wichtige Hinweise für das deutsche Krankenhauswesen liefern.

Als zweiter Punkt steht das gesundheitliche Wohlbefinden (psychisch wie physisch) von Arbeitnehmern im Blickfeld der Gesundheitswissenschaften – die betriebliche Gesundheitsförderung (vgl. Badura 2001; Rosenbrock 2001). Ausgrenzung, Mobbing, Frustration und innere Kündigung am Arbeitsplatz wirken sich negativ auf das Wohlbefinden der Beschäftigten aus und können negative Auswirkungen hervorrufen, sowohl auf die Gesundheit des Individuums als auch auf die Produktivität. Schwartz sieht eine Herausforderung für die Public-Health-Forschung

„auf der Ebene der Intervention und Prävention in der Arbeitswelt, um bekannte und vorhersehbare Belastungen nicht zu Gesundheitsgefahren werden zu lassen“ (Schwartz 2003, 120).

Für Schwarz umfasst Public-Health alle Management-Ansätze, die sich auf ganze Populationen oder größere Subpopulationen beziehen (ebd. 4). Demnach ist es ein legitimes Vorhaben im Namen des Public-Health, den Diversity-Management-Ansatz auf Wirksamkeit für die Führung der 1,07 Millionen Krankenhausbeschäftigten (vgl. Destatis 2008, 13) zu prüfen. Faktoren wie gutes Arbeitsklima und soziale Bindungen am Arbeitsplatz scheinen salutogene und krankheitspräventive Funktionen zu erfüllen (vgl. Badura 2001; Wydler et al. 2006, 133). Ein Diversity-Management, das einen Beitrag zur Verbesserung des Arbeitsklimas und der sozialen Beziehungen im Krankenhauskontext leisten könnte, hätte demnach eine große Bedeutung für den Public-Health-Auftrag.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich eine Auseinandersetzung mit Diversity-Management in Krankenhäusern sowohl mit dem effizienten Umgang der Ressourcen im Gesundheitswesen als auch mit der betrieblichen Gesundheitsförderung befasst und, dass sowohl die ethisch-moralische als auch ökonomische Auseinandersetzung mit dem Thema Public-Health relevant sind.

1.3 Vorgehensweise

1.3.1 Fragestellung

Gegenstand der hier vorgelegten Dissertation ist der Umgang mit personeller Vielfalt in Krankenhäusern des englischen Gesundheitssystems NHS.

Vor allem geht es um die Beantwortung folgender Fragen:

- *Motivation*: warum hat man sich für Diversity-Management in NHS-Organisationen entschieden, welche waren/sind die Treiber?
- *Zielsetzung*: welche Erwartungen hatte man, was sollte mit Diversity-Management erreicht werden?
- *Instrumente und Vorgehensweise*: Wie ist man vorgegangen? Welche Maßnahmen wurden/werden dabei eingesetzt?
- *Ergebnisse*: sind die Ziele der Krankenhäuser erreicht worden bzw. lassen sich Ergebnisse erkennen? Was lässt sich über den Reifegrad des jeweiligen Ansatzes sagen?

Am Ende der Dissertation sollte ersichtlich werden, was Diversity-Management – so wie es in Krankenhäusern des englischen Gesundheitssystems verstanden und eingesetzt wird - geleistet hat und ob es Hinweise dafür gibt, dass dieser Managementansatz auch in Deutschlands Krankenhäuser im Hinblick auf a) einen effektiven Umgang mit den Beschäftigten und b) auf deren Wohlbefinden von Nutzen sein könnte.

Eine Konkretisierung der Fragestellung wird in Kapitel 3 erfolgen, nachdem der theoretische Rahmen der Arbeit in Kapitel 2 ausgearbeitet ist.

1.3.2 Methode

Ausgangspunkt der Arbeit ist eine qualitative Dokumentenanalyse (Sekundärdaten) unterstützt durch die Hinzuziehung von einschlägiger Literatur. Mit der Dokumentenanalyse lässt sich Material berücksichtigen,

„das nicht erst vom Forscher durch die Datenerhebung geschaffen werden muss,, [und bei der die] „qualitative Interpretation des Dokumentes [...] einen entscheidenden Stellenwert [hat].“ (Mayring 2002, 47).

Grundsätzlich kommen für eine Dokumentenanalyse alle schriftliche Texte in Frage, die einen Vorgang oder Sachverhalt aufzeigen oder belegen (vgl. Wolff 2000, 500ff). Die genaue Festlegung und Auswahl der zu analysierenden Dokumente wird erst in Kapitel 3 vorgenommen. An dieser Stelle lässt sich aber bereits festhalten, dass die Arbeit öffentlich zugängliche Veröffent-

lichungen zweier „*Best-Practice*“-Krankenhäuser untersuchen wird und zwar vor allem die im Internet zugänglichen Jahresberichte und jährlich publizierte Vielfalts- und Gleichstellungsberichte. Jahresberichte und ähnliche Organisationspublikationen bilden häufig die Datenbasis in wissenschaftlichen Arbeiten, da sie Informationen über Organisationsziele und –ergebnisse für Stakeholder enthalten und darüber hinaus auch Hinweise darüber liefern können, wie eine Organisation welche Information mitteilen und preisgeben will⁶. Dias und Fonseca (2010) sagen dazu:

„*The attempt to understand the communication strategies of organizations allows us to realize what they consider more important, and what they wish to disclose and omit* „,

Ferner werden Jahresberichte und Organisationspublikationen häufig als Instrument eingesetzt, um Personal zu gewinnen, Mitarbeiter zu motivieren, das Ansehen des Unternehmens in der Gesellschaft zu verbessern usw. (ebd.). Insofern eignet sich eine Datenanalyse für die Beantwortung der unter Punkt 1.3.1 genannten Fragen zur Motivation, Zielsetzung und zu den Vorgehensweisen der englischen Krankenhäusern bezüglich der Entwicklung und Umsetzung von Diversity-Management.

Ergänzt wird die Dokumentenanalyse durch eine Analyse der Ergebnisse aus den nationalen, jährlich durchgeführten Mitarbeiterbefragungen des Krankenhauspersonals – den *NHS National Staff Surveys*.

Bevor eine Auswertung der ausgewählten Dokumente vorgenommen wird, werden sie auf ihre Güte / Aussagekraft geprüft. Mayring (2002, 48) nennt sechs Kriterien, die für den Erkenntniswert eines Dokumentes ausschlaggebend sein können:

1. *Art des Dokumentes* (Mayring gibt hier zu denken, dass Urkunden und Akten als Informationsquelle „gesicherter“ sind als beispielsweise Zeitungsberichte)
2. *Physische Charakteristika* wie Zustand, Aussehen
3. *Interne Charakteristika*, d.h. Inhalt des Dokumentes
4. *Intendiertheit* d.h. Ziel und Zweck des Dokumentes. Beispielsweise könnte ein Dokument erstellt werden, mit dem Ziel, die Zielgruppe zu täuschen – entsprechend müsste diese Tatsache bei der Auswertung des Inhalts berücksichtigt werden⁷.
5. *Nähe des Dokumentes zum Gegenstand*: Mayring nennt hierzu sowohl die zeitliche und räumliche Nähe als auch die soziale Nähe

⁶ Prior (2008) spricht in diesem Zusammenhang von „*Studying Documents in Action*“, nämlich wie Organisationen mit ihren Strategien und Informationen umgehen

⁷ Lamnek (1995, 193-194) macht darauf aufmerksam, dass - während die Dokumentenanalyse eine Möglichkeit bietet, feststehende Fakten und Ereignisse zu erheben - sie nicht in der Lage ist, die Einstellungen der hinter den Dokumenten stehenden Untersuchungspersonen zu ermitteln. Diese seien mit Hilfe anderer qualitativen Techniken wie Interviews besser ermittelbar.

6. *Herkunft des Dokumentes*: hier sind Fragen zu beantworten wie „wo stammt es her“, „wer trägt die Verantwortung für den Inhalt“, „wie wurde es überliefert“.

Mayring schlägt einen vier-stufigen Ablauf der Analyse vor, der die o.g. Kriterien berücksichtigt:

1. Fragestellung formulieren
2. Ausgangsmaterial definieren und sammeln
3. Aussagewertes der Dokumente nach oben genannten Kriterien einschätzen
4. Interpretation im Sinne der Fragestellung durchführen (ebd. 48-49).

Die Auswahl der zu untersuchenden Krankenhäuser, die genaue Formulierung der Fragestellung, die Auswahl der Dokumente und Einschätzung deren Aussagewerts usw. werden erst in Kapitel 3 durchgeführt, nachdem der theoretische Rahmen der Arbeit in Kapitel 2 festgelegt ist d.h. erst zu diesem Zeitpunkt wird mit der vier-stufigen Analyseablauf nach Mayring begonnen.

1.3.3 Aufbau der Arbeit

Die Arbeit ist in zwölf Kapiteln untergliedert. In den ersten drei Kapiteln werden die Eckpfeiler der Arbeit gesteckt: Nach dem vorliegenden, einleitenden Kapitel 1, werden in **Kapitel 2** die theoretischen Rahmen der Arbeit festgelegt. Zunächst werden die Theorien zu Diversity und Diversity-Management grob umrissen. Da es bereits ausführliche Abhandlungen zur Thematik in zahlreichen wissenschaftlichen Arbeiten gibt, kann die hier vorgelegte Arbeit auf eine detaillierte Auseinandersetzung verzichten – allerdings wird der Reifegrad des Diversity-Managements in den NHS-Krankenhäusern später in der Arbeit von Bedeutung sein, so dass Kapitel 2 besonders auf die unterschiedlichen Ansätze aus Blickwinkel eines Reifegrades von Diversity-Management eingeht. Ferner wird in der einschlägigen Literatur geprüft, in wie weit sich Managementtheorien aus der Wirtschaft auf das Krankenhauswesen übertragen lassen. Dies leitet zu einer Auseinandersetzung mit der Systemtheorie über, bei der untersucht wird, wie ein systemtheoretischer Zugang unterstützen kann, damit Krankenhausbesonderheiten bei der Auseinandersetzung mit Diversity-Management berücksichtigt werden können.

Vor dem systemtheoretischen Hintergrund werden im **3. Kapitel** der Umfang und die Grenzen des Vorhabens besprochen. Dabei wird das englische Krankenhauswesen innerhalb des Gesamtsystems NHS positioniert und der Fokus auf das Krankenhauspersonal gerichtet. Nachdem die zwei Beispiel-Krankenhäuser vorgestellt und die Auswahl dieser NHS-Krankenhäuser begründet ist, wird mit Hilfe der aus Kapitel 2 und 3 gewonnenen Kenntnisse die Konkretisierung der Fragestellung möglich. Es folgt danach eine Kurzübersicht der Dokumente und eine Be-

wertung des Aussagewertes in Anlehnung an Mayrings Kriterien zur Prüfung des Erkenntniswertes.

Kapitel 4 und 5 befassen sich mit den Rahmenbedingungen für NHS-Krankenhäuser in England, um Diversity-Management im Kontext des Krankenhauswesens in der englischen Gesellschaft zu verstehen. **Kapitel 4** geht der Frage nach, warum man in England das Thema Diversity-Management in Zusammenhang mit den NHS-Krankenhäusern diskutiert. Auch wenn viele unterschiedliche Merkmale für eine Betrachtung von Vielfalt des Personals von Interesse sind, ist es vor allem die ethnische Vielfalt und der Umgang in der Gesellschaft mit Rassismus und Diskriminierung, die die Politik gegen Ausgrenzung und für Gleichstellung in Großbritannien maßgeblich geprägt haben. Aus diesem Grund werden sowohl die gesellschaftlichen als auch die politischen Reaktionen der Einwanderungsströme untersucht. Die demographischen Strukturen der Bevölkerung und vor allem der Erwerbsfähigen- und Erwerbstätigenzahlen, sowie ihre Bedeutung für Personal am Gesundheitsmarkt, werden anschließend analysiert. Das Kapitel schließt mit den wichtigsten Eckpunkten der britischen Antidiskriminierungs- und Gleichstellungsgesetze der letzten fünfzig Jahre.

In **Kapitel 5** werden vor dem Hintergrund der politischen Entwicklungen in England die wechselnden Machtstrukturen in den NHS-Krankenhäusern dargestellt. Die Krankenhausreformen und ihre Auswirkungen auf die Machtstrukturen innerhalb der Krankenhäuser liefern wichtige Hinweise über die Entstehung und Entwicklung von Krankenhauskultur. Die Organisationskultur und Sub-Kulturen innerhalb der Krankenhäuser, sowie ihre mögliche Auswirkungen auf die Umsetzung eines Diversity-Management Konzeptes sind Themen, mit denen sich **Kapitel 6** befasst.

Kapitel 7 stellt die zentralgesteuerten NHS-Initiativen und –Richtlinien zum Umgang mit Diversity vor, die als Antwort auf die gesetzlichen Vorgaben und die neuesten Entwicklungen des NHS entwickelt wurden und die den einzelnen Krankenhausorganisationen bei der Entwicklung ihrer lokalen Diversity-Strategien helfen sollen.

In den Kapiteln 8 bis 9 erfolgt die Analyse und Interpretation der Dokumente, die im Kapitel 3 vorgestellt wurden. Es werden das Konzept, die Umsetzung und die berichteten Ergebnisse des Diversity-Managements der zwei Beispiel-Krankenhausorganisationen untersucht. **Kapitel 8** analysiert die Diversity-Ziele, -Strategie und Vorgehensweise der zwei Beispiel-Krankenhäuser. **Kapitel 9** untersucht die bisherigen, selbsternannten Ergebnisse aus der Umsetzung der Diversity-Management Strategie und zieht ferner Erkenntnisse aus den jährlich durchgeführten Mitarbeiterbefragungen des NHS hinzu. Ferner wird der Grad der Zielerreichung in Bezug auf die Ziele von King's, von Bradford, und der NHS-Ziele analysiert.

In **Kapitel 10** werden zunächst die Strategien der zwei Krankenhausorganisationen auf ihren Reifegrad überprüft, die Grenzen der Ansätze diskutiert, um dann der Frage nachzugehen, ob man die Strategien aus einer systemtheoretischen Sicht besser hätte gestalten können. Das **11. Kapitel** nimmt die Ergebnisse der vorangegangenen Kapitel auf und diskutiert, in wie weit neue Ansätze sinnvoller wären, um den Umgang mit personeller Vielfalt in Krankenhausorganisationen effektiver zu gestalten.

Die Arbeit schließt mit **Kapitel 12**, das eine Zusammenfassung der Erkenntnisse umfasst und einen Ausblick für deutsche Krankenhäuser gibt.

2 THEORETISCHER RAHMEN

2.1 Personelle Vielfalt aus Sicht einer Organisation

Trotz zahlreicher Abhandlungen zu dem Thema Diversity-Management in den letzten 30 Jahren, sucht man vergeblich nach einer einheitlichen Definition der Begriffe „Diversity“ und „Diversity-management“ (vgl. Hansen 2006; Becker M. 2006; Vedder 2003 und 2006). Oft wird Diversity mit (personeller) Vielfalt, Diversität, Andersartigkeit, Heterogenität oder Unterschiedlichkeit übersetzt (vgl. Becker M. 2006; Aretz/Hansen 2002, 48; Ohms/Schenk 2003, 2; Sepehri 2002, 77). Dabei kann sich Diversity auf „*any mixture of items characterized by differences and similarities*“ beziehen (vgl. Thomas 1993, 246; vgl. McGrath et al.1995).

So verstanden, als deskriptiver Ausdruck für das Vorhandensein von Unterscheidungsmerkmalen bzw. Gemeinsamkeiten unter Gruppenmitgliedern, ist Diversity zunächst wertneutral, frei von positiven und negativen Konnotationen (vgl. Schroeder 2006; Omanović 2006). Erst in gesellschaftspolitischen oder betriebswirtschaftlichen Zusammenhängen wird Diversity zum normativen Begriff, bezogen auf die Verteilung bestimmter Charakteristiken wie Ethnizität, Geschlecht und Alter innerhalb einer Gesellschaft, Unternehmen und Organisation, Personen-Gruppe o.ä (vgl. Omanović 2006; Schroeder 2006). Der Begriff Diversity erhält damit eine positive Wertung, die auf das Verständnis für die Verschiedenartigkeiten und Gemeinsamkeiten von Menschen beruht und eine Philosophie umfasst, die für einen respektvollen Umgang mit Vielfalt als etwas grundsätzlich Erstrebenswertes plädiert (vgl. Ohms/Schenk 2003; Schroeder 2006).

Auch wenn der Begriff Diversity alle denkbaren Unterschiede und Gemeinsamkeiten umfassen kann, sind für Organisationen nur die Merkmale von Interesse, die einen Einfluss – positiv wie negativ, direkt wie indirekt – auf den Betrieb haben und dadurch steuerungsrelevant sein könnten. Speziell im Hinblick auf eine Belegschaft wird der Begriff *Workforce* bzw. *Workplace Diversity* in der englischsprachigen Literatur verwendet (vgl. Gordon 2002; Thomas 1992; Hays-Thomas 2004), die Hays-Thomas folgendermaßen definiert:

„differences among people that are likely to affect their acceptance, work performance, satisfaction, or progress in an organization.“ (Hays-Thomas 2004).

Neben der Vielfalt der Belegschaftsmitglieder kann auch die Vielfalt verschiedener weiterer Personengruppen für Organisationen relevant sein (vgl. Aretz/Hansen 2002) wie etwa die Vielfalt der Kunden (Krell 2008, 64 spricht hier von „*Diversity Marketing*“), der Lieferanten, der Geldgeber und aller anderen „Stake Holder“ im Organisationsumfeld (vgl. Vedder 2006) usw. Da sich die vorliegende Arbeit für den Umgang mit personeller Vielfalt in Krankenhäusern

interessiert, eignet sich die Definition von Hays-Thomas, um die Diversity zu beschreiben, die im Mittelpunkt dieser Arbeit stehen wird. Es ist also *Workforce Diversity*, die im weiteren Verlauf der Dissertation mit dem Ausdruck Diversity gemeint ist, es sei denn, es ist explizit anders spezifiziert.

Für Organisationen kann also Diversity von Interesse sein, wenn sie, wie Hays-Thomas definiert, eine Auswirkung auf die Akzeptanz, Leistungsfähigkeit, Zufriedenheit und das Weiterkommen der Belegschaftsmitglieder aufweist. Die Identifizierung relevanter Unterschiede erfordert aber eine Reduzierung der Vielfaltskomplexität, denn Unterschiedlichkeiten einer Personengruppe können zahlreiche Ausprägungen aufweisen und Individuen können gleichzeitig einer Vielzahl an Diversity-Merkmalgruppen - auch Vielfaltsdimensionen genannt - zugeordnet werden (vgl. Krell 2004).

Zum Zweck der Komplexitätsreduzierung werden Unterschiedlichkeiten bzw. Gemeinsamkeiten kategorisiert, wobei häufig in zwei Hauptkategorien oder Vielfaltsdimensionen unterteilt wird: wahrnehmbare/nicht wahrnehmbare bzw. sichtbare/nicht sichtbare Merkmale, auch primäre/sekundäre Merkmale genannt (vgl. Vedder 2006; Watrinet 2007, 11-12; Krell 2008). Merkmale, wie Alter, Geschlecht, ethnische Herkunft, körperliche Behinderung usw. gelten nach dieser Unterteilung als wahrnehmbare, sichtbare und primäre Unterschiede, während andere Merkmale wie etwa kulturelle Werthaltungen, Kenntnisse und Fähigkeiten, religiöse Einstellungen zu den unsichtbaren, nichtwahrnehmbaren, sekundären Unterschieden zählen (vgl. Wagner/Sepehri 1999).

Eine solche Unterteilung ist allerdings nicht unproblematisch wie beispielsweise die Vielfaltsdimension Religion zeigt, das sowohl sichtbar (etwa durch Priesterrobe, Turban der Sikhs usw.) als auch unsichtbar (innere Überzeugung) sein kann. Dementsprechend uneinheitlich ist die Kategorisierung der Merkmale in der Literatur (vgl. Becker M. 2006, 7-9; Krell 2008, 64; Stuber 2004, 17-19).

Länderspezifische Schwerpunkte sind inzwischen in der Diversity-Theorie und -Praxis erkennbar. So konzentriert sich die deutschen Diversity-Diskussion meist auf die Merkmale Ethnizität / Migrationshintergrund (im Sinne von kultureller Vielfalt) und Geschlecht / Gender, teilweise auch auf Alter, Behinderung sowie familiäre Situation, während in der US-amerikanischen Diversity-Diskussion die „big 8“ Diversity-Dimensionen *Race* („Rasse“), Gender, Nationalität, Funktion innerhalb der Organisation, sexuelle Orientierung, Religion, Alter, psychische/physische Fähigkeiten) häufig genannt werden (vgl. Krell 2008, 64).

Manche Definitionen von Diversity umfassen weitere personbezogene Eigenschaften, wie beispielsweise soziale Schichtzugehörigkeit, Bildungsstand, Einkommen oder Berufsstatus, wie

z.B. Hays-Thomas (2004, 9), die auf die unterschiedliche Bewertung des Machtfaktors bei der Betrachtung von Unterschieden am Arbeitsplatz hinweist. Thomas (1991) nennt neben Geschlecht oder ethnischen Herkunft auch Alter, familiären und beruflichen Hintergrund, Bildung, Funktion und Persönlichkeit sowie Lebensstil, sexuelle Präferenz, Betriebszugehörigkeit und Vergütungsform (tariflich/außertariflich) und zeigt auf, wie diese Vielfaltsdimensionen sowohl zur Wahrnehmung von Unterschiedlichkeiten als von Gemeinsamkeiten unter den Betroffenen führen können (vgl. Thomas 1991, 10ff).

Ely und Thomas sprechen von Diversity in Hinblick auf demografischen Variablen wie *Race*, Ethnizität, Geschlecht, soziale Klassenzugehörigkeit, Religion, Nationalität und sexuelle Identität als Basis der kulturellen Identität, verstanden als dynamisches, komplexes, soziales Konstrukt (vgl. Ely/Thomas 2001). Somit bezieht sich Diversity auf

„einen momentan zu beobachtenden Zustand, der sich verändern kann und wird“ (Watrinet 2007, 10).

Hier wird klar, dass die Komplexität von Diversity sinnvollerweise unter Berücksichtigung des kulturellen Kontextes betrachtet werden soll (vgl. Sepehri 2002, 17), da die Auswirkungen der Vielfalt vom kollektiven Umgang mit dieser Vielfalt und der kollektiver Bewertung einzelner Vielfaltskategorien abhängt (vgl. Bissels et al. 2001 zitiert in Watrinet 2007, 9). Auch Kochan gibt zu denken, dass es von verschiedenen Aspekten der Organisationsstrategie, -kultur und Personalpolitik abhängen kann, in wie weit sich Diversity positive oder negative Einflüsse auf betriebliche Leistungen hat (vgl. Kochan 2003, 6).

Viele Autoren haben sich detailliert mit der Entwicklung der Diversity-Theorien und ihrer Definitionen befasst (wie z.B. Krell/Wächter, 2006; Aretz/Hansen 2002; Becker/Seidel 2006; Watrinet 2007; Köppel et al. 2007), so dass an dieser Stelle von einer ausführlichen Abhandlung abgesehen werden kann. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die hier vorgelegte Arbeit unter dem Begriff „Diversity“ eine Philosophie versteht, die für einen respektvollen Umgang mit Vielfalt als etwas Positives plädiert (vgl. Ohms/Schenk 2003) und zwar im Bezug Unterschiede und Gemeinsamkeiten des Personals von Krankenhäusern im Sinne von *Workforce Diversity*.

Antworten auf die Fragen, wie Organisationen mit der Vielfalt in ihren Belegschaften umgehen sollen und warum sie sich damit beschäftigen sollen, liefern Theorien zu Diversity-Management als Führungsinstrument. Auch hier existieren zahlreiche Zusammenfassungen über Entwicklung und Inhalte der verschiedenen Ansätze. Da aber die Entwicklung und der Reifegrad des Diversity-Management Systems im NHS und speziell in den NHS-

Krankenhäusern in der Diskussion betrachtet werden, ist ein Umriss der Theorien im folgenden Abschnitt notwendig.

2.2 Diversity-Management als Gestaltungsinstrument

2.2.1 Diversity als gestaltbare Ressource

Betrachtet man Diversity als das zu gestaltendes „Rohmaterial“, so kann Diversity-Management als Mittel zur zweckbestimmten Gestaltung desselben verstanden werden (vgl. Becker M. 2006). Diversity-Management stellt die Gestaltungsebene dar, auf der Organisationen versuchen ihre personelle Vielfalt bewusst zu lenken (ebd.). Inhalte und Umsetzungsformen eines Diversity-Managements unterscheiden sich je nach Motivation und Zielsetzung des Ansatzes und werden im nachfolgenden Abschnitt kurz geschildert.

Grundsätzlich gehen aber alle Ansätze davon aus, dass Organisationen gezielt eingesetzte Instrumente benötigen, um effektiv mit personeller Vielfalt umzugehen - wie auch immer diese Effektivität definiert wird – oder nach Thomas (1991, 10) einen umfassenden Managementprozess brauchen, um eine Arbeitsumgebung zu schaffen, die für alle Beschäftigte geeignet ist. Es geht dabei um die Nutzung potenzieller positiver Einflüsse von personeller Vielfalt, bei gleichzeitigem Verhindern von möglichen negativen Einflüssen:

...„maximizing the ability of all employees to contribute to organizational goals [...] unhindered by group identities such as gender, race, nationality, age, and departmental affiliation“ (Cox 1993, 11).

Die Motivation für Organisationen, sich um personelle Vielfalt zu kümmern, kann sich stark unterscheiden. Thomas und Ely (1996) haben hierzu vier Paradigmen ermittelt, die inzwischen als klassische Kategorisierung bezeichnet werden können (vgl. Becker M 2006). Sie bieten eine Erklärung für die Art und Weise, wie und warum Unternehmen mit personeller Vielfalt umgehen: der Resistenz-Ansatz („*resistance paradigm*“), der Fairness-Ansatz („*discrimination and fairness paradigm*“), der Marktzutrittsansatz („*access and legitimacy paradigm*“ sowie der Lernen-und-Effektivitätsansatz („*learning and effectiveness paradigm*“) (vgl. Thomas/Ely 1996).

2.2.2 Resistenz

Unternehmen, die in Hinblick auf personelle Vielfalt nach dem Resistenz-Ansatz handeln, ignorieren die Tatsache, dass es Diversity gibt oder aber nehmen Unterschiede und Andersartigs-

ein als Bedrohung wahr (vgl. Vedder 2006, 18ff). Ihr Ziel ist es, den Status-quo zu behalten. In den meisten Fällen bedeutet dies den Schutz einer bestehenden Homogenität (ebd.). Typische Reaktionen auf Vielfalt können von einer Tolerierung der Unterschiede bis hin zur Exklusion und Ausgrenzung der als Bedrohung empfundenen Personen reichen⁸.

2.2.3 Das Fairness-Paradigma

Der „*discrimination-and-fairness*“ Ansatz wird meist als Antwort auf Veränderung der gesellschaftspolitischen Situation der USA Ende der 1970er Jahre gesehen (vgl. Ashkanasy et. al. 2002 zitiert in Omanović 2006) und umfasst Aspekte der sozialen Verantwortung eines Unternehmens (vgl. Mustafa/Tatli 2008, 7). Der Druck der Bürgerrechtsbewegung, die Verabschiedung der Civil Rights Act und die Einführung von *Affirmative Action*, veränderten die rechtliche Lage von US-amerikanischen Minderheiten und Benachteiligten in den 1950er, 1960er und 1970er Jahren maßgeblich⁹. In den darauf folgenden Jahren sahen sich immer mehr Organisationen gezwungen, die geforderten Antidiskriminierungs- und Gleichstellungspolitik in ihre Organisationspolitik aufzunehmen.

In diesem Zusammenhang hat Diversity-Management zum Ziel, die gleiche und faire Behandlung aller Beschäftigte sicherzustellen. Die Gleichstellung aller Beschäftigte führt zu einer möglichst homogenen Arbeitsweise, um negative Einflüsse einer personellen Vielfalt zu minimieren:

„It is not desirable for diversification of the workforce to influence the organization's work or culture. The company should operate as if every person were of the same race, gender, and nationality“ (Thomas/Ely 1996, 81).

Organisationen, die mit diesem Ansatz arbeiten, verfolgen eine konsequente Antidiskriminierungspolitik und fördern die demografische Repräsentierung der Gesellschaft in der Organisation (vgl. Vedder 2006). Der Fairness-Ansatz ist heute vor allem in öffentlichen Sektor zu finden (vgl. Krell 2008; Mustafa/Tatli 2008, 7).

Der Ansatz ist nicht ohne Kritik: Becker M. (2006) spricht hier von einer “Nivellierung der bestehenden Unterschiede”, die den Beschäftigten die Möglichkeit nimmt, ihre Individualität in die Arbeitsprozesse und Organisationsstrategie einzubringen. Eine wirklich offene Haltung

⁸ Siehe Vedder, 2006, 15-18. Vedder beschreibt die 8 Reaktionsmuster auf Diversity-Herausforderungen nach Roosevelt Thomas: 1 = Exklusion, 2 = Verleugnung, 3 = Unterdrückung, 4 = Isolierung, 5 = Assimilation, 6 = Tolerierung, 7 = Aufbau vom Beziehungen, 8 = Förderung wechselseitiger Adaption. Die ersten 6 Verhaltensmuster oder Reaktionstypen lassen sich laut Vedder alle im Resistenz-Ansatz von David Thomas und Robin Ely wieder finden.

⁹ Ausführliche Informationen zur Bürgerrechtsentwicklung der Vereinigten Staaten geben Moosbrugger, D, 2004 in Die amerikanische Bürgerrechtsbewegung, ibidem Verlag sowie

gegenüber Unterschiedlichkeiten entwickelt sich in diesen Organisationen aber nicht (vgl. Watrinet 2007, 44; Becker M. 2006).

Hansen meint dazu, dass die Machtverhältnisse innerhalb der Organisationsstrukturen verschleiert werden (vgl. Hansen 2006). Beschäftigte aus Minderheitsgruppen erhalten zweideutige Signale,

„in denen diese Zugehörigkeit einerseits als unproblematisch dargestellt wird, andererseits aber mehr oder weniger subtil Anpassungsleistungen gefordert werden“ (Hansen 2006).

2.2.4 Das Marktzutritt-Paradigma

Das dritte von Thomas und Ely identifizierte Paradigma ist der *„access and legitimacy paradigm“* (vgl. Thomas/Ely 1996, 81). Im Gegensatz zum Fairness-Ansatz betont der Marktzutritt-Ansatz ökonomische, marktorientierte Motive anstatt moralische, rechtliche Beweggründe (vgl. Watrinet 2007, 44), bei dem weniger die Soziodemographie als die spezifische Marktdemographie in den Mittelpunkt gestellt wird (vgl. Hansen 2006). Dahinter steht die Leitidee, dass wer seine Kunden optimal betreuen und bedienen will, sie auch verstehen muss, so dass die Belegschaftsstrukturen möglichst zum Spiegelbild der Kundengruppen aufgebaut werden sollen (vgl. Hansen 2006; Stuber 2004, 73ff).

Eins der bekanntesten Beispiele für die Anwendung dieses Ansatzes beschreibt Capparell (2007) in ihrem Artikel *„How Pepsi Opened the Door to Diversity“*, der die Pionierarbeit des amerikanischen Unternehmens Pepsi untersucht. Das Unternehmen stellte Ende der 1940er Jahre eine Gruppe von afroamerikanischen Handelsvertretern ein, um Zugang zu dem afroamerikanischen Markt zu bekommen, gut dreißig Jahre bevor Thomas und Ely den Marktzutrittsansatz identifizierten.

Im Sinne vom *„access and legitimacy“* Paradigma liefert das US-Versicherungsunternehmen Chubb folgende Definition von Diversity:

“Diversity is about recognizing, respecting and valuing differences based on ethnicity, gender, color, age, race, religion, disability, national origin and sexual orientation. It also includes an infinite range of individual unique characteristics and experiences,.... If we are to form lasting business relationships with our customers and become a true global leader in the industry, we must under-

stand our customers' diverse cultures and decisional processes, not merely their languages. To do so, we must begin with a diverse workplace.”

(Chubb zitiert in Bendick/Eager/Lanier 2010).

Dieser Ansatz ist ebenfalls nicht ohne Kritik. Mitglieder von Minderheiten werden nicht wirklich akzeptiert und integriert sondern lediglich funktionalisiert (vgl. Hansen 2006).

Bendick, Egan und Larnier warnen sogar ausdrücklich vor einer Anpassung der Belegschaft an die demographischen Charakteristiken des Marktes, da dies leicht zu diskriminierenden Arbeitspraktiken, Stereotypisieren und Segregation in der Arbeitsaufteilung führen kann und den Weg ebnet für beschäftigungsbezogene Ungleichheiten. Stattdessen plädieren sie für eine Unternehmenspolitik der „Diversity mit Inklusion“ (vgl. Bendick/Elan/Larnier 2010).

2.2.5 Lernen-und-Effektivität-Paradigma

Der Vierte der von Thomas und Ely (1996) identifizierten Ansätze, der Lernen-und-Effektivitäts-ansatz, hat ein ganzheitliches Verständnis von Diversity-Management. Es umfasst sowohl die rechtlichen, moralischen Zielsetzungen des Fairness-Ansatzes als auch den angestrebten Nutzen von kulturellen Unterschieden des Marktzutrittsansatzes, verbindet diese aber in einer langfristig angelegten Organisationsstrategie (vgl. Cox 1993, 229; vgl. Sepehri 2002, 150ff).

Manche Autoren sprechen hier von einer Geisteshaltung „Offenheit“ gegenüber Unterschieden, mit der die Organisation aus einer Wertschätzung von Vielfalt (*valuing diversity*) lernt und langfristig einen echten Mehrwert erzielen kann (vgl. Stuber 2004, 19; Vedder 2006).

Die unterschiedlichen Perspektiven, die eine vielfältige Belegschaft mit sich bringt, fließen in die Arbeitsgestaltung, Entscheidungsfindungs- und Problemlösungsprozesse ein. Die Freiheit Arbeitsprozesse und Strategien aus unterschiedlichen Blickwinkeln zu betrachten und zu hinterfragen, soll den Mitarbeitern eine Wertschätzung vermitteln, die zur Innovation durch Beteiligung führt (vgl. Thomas/Ely 1996).

„Diversity¹⁰ beruht auf der Verschiedenartigkeit und Gleichheit von Menschen, wobei es darum geht, unterschiedliche Merkmale zu respektieren und zum Nutzen des Unternehmens/der Verwaltung/der Einrichtung und der Beschäftigten zu akzeptieren. Ziel ist, die vielfältigen Bedürfnisse und Interessenslagen der Beschäftigten zu erkennen und zu

¹⁰ In ihrem Grundsatzreferat verwenden Ohms und Schenk zunächst den Begriff Diversity im Sinne von dem Umgang mit Diversity d.h. synonym für Diversity-Management

managen, ohne sie jedoch auf die Gruppenzugehörigkeit festzuschreiben.“ (Ohms/Schenk 2003)

Diese langfristig angelegte Organisationsstrategie wird durch den zu erwarteten erhöhten Betriebserfolg legitimiert. Mit diesem Ansatz wird Diversity-Management, das auf dem ersten Blick dem Organisationsbereich des Personalmanagement / des Human Resource Managements (HRM) zuzuordnen wäre, zu einem Instrument, das auf tiefgreifender und umfassender Weise in das Organisationsgeschehens eingreift und deutlich mehr Bedeutung bekommt als herkömmliches Personalmanagement (vgl. Watrinet 2007, 14; Vedder 2006).

„Als Ziel wird eine Organisationskultur angestrebt, in der alle Mitglieder ihre besonderen Fähigkeiten einbringen und sich mit ihren spezifischen Bedürfnissen wiederfinden können. „ (Vedder 2006).

Eine Änderung der Organisationskultur im Sinne von Diversity bedeutet diskriminierende, ausgrenzende Einstellungen durch inklusive, respektvolle und offene Einstellungen zu ersetzen und Vielfalt erkennen, anerkennen, wertschätzen und letztendlich einsetzen zu können (vgl. Stuber 2004, 20). Auch wenn HRM als wichtiger, strategischer Partner in der Umsetzung von Diversity-Management betrachtet wird (vgl. Jablonski 2006), gilt es bei diesem Ansatz umso mehr die Unterstützung des Top-Managements zu gewinnen, als Voraussetzung für den Erfolg eines Diversity-Managements (vgl. Krell 2008; Kandola/Fullerton 1998, 75-76; Stuber 2004, 161), da es weniger darum geht, die Vielfalt zu managen, sondern die Einstellungen, Werte und das Verhalten einer vielfältigen Belegschaft zu steuern (vgl. Vedder 2006).

2.2.6 Diversity-Management als Prozess

Diversity-Management – vor allem im Sinne des Lernen-und-Effektivitätsansatzes - wird häufig mit Hilfe eines Prozessmodells dargestellt, in Anlehnung an den Plan-Do-Check-Act-Kreis von Deming bzw. an einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess¹¹. Kandola und Fullerton (1998, 68-95) identifizierten 11 Modelle in der Literatur der 1990er Jahren, zwar unterschiedlich aber mit Übereinstimmungen im Kern:

1. eine Analyse /ein Audit des Ist-Zustandes: Kultur, Einstellungen, Systeme, Verfahren
2. Identifizierung der aktuellen Hindernisse für Diversity-Management
3. Implementierung einer Strategie, um die Barrieren zu beseitigen

¹¹ Vgl. Deming 1982: Deming verstand das Prinzip der Kontinuierlichen Verbesserung als einen dauerhaften Prozess verankert in der Unternehmensphilosophie. Mit dem sog. Deming-Kreis (Plan-Do-Check-Act-Cycle) veranschaulichte er den Kreislauf, der regelmäßig durchlaufen werden soll, um kontinuierliche Verbesserungsmöglichkeiten zu planen, umzusetzen, zu überprüfen und aus den Ergebnissen zu lernen.

4. Kontinuierliche Evaluation des Diversity-Management-Prozesses (vgl. Jamieson/O'Mara 1991; Harrington 1993; Thiederman 1994; Bartz et al. 1990; Hammond/Kleiner 1992).

Das strategische Modell von Kandola und Fullerton, das sie empirisch belegen konnten, umfasst die folgenden Elemente, die sie als notwendig für die erfolgreiche Umsetzung von Diversity-Management als strategisches Instrument erachten (vgl. Kandola/Fullerton 1998, 92):

- klare Vision
- Unterstützung durch das Top-Management
- Analyse der Bedürfnisse
- Zielsetzung
- Kommunikation (intern wie extern)
- Festlegung von Verantwortlichkeiten/Rechenschaftspflichten
- Koordination der Maßnahmen
- Evaluierung der Ergebnisse.

Kandola und Fullerton betonen die Rolle der Kommunikation in der Einführung einer Diversity-Management-Initiative. Vor allem das Bekenntnis der Organisation zu Vielfalt sollte klar und deutlich nach außen kommuniziert werden (vgl. Kandola/Fullerton 1998, 83).

Das Diversity-Modell von Kandola und Fullerton dient als Basis für das theoretische Diversity-Konzept des NHS (vgl. Johns 2006, 306), wie später deutlich wird. Verschiedene Instrumente werden für die Implementierung und Weiterführung des Prozesses genannt. Um positive Effekte zu erzielen, soll eine langfristig angelegte Anbindung von Diversity an das Kerngeschäft angestrebt werden. Maßnahmen erstrecken sich von der Personalpolitik, der Kommunikationspolitik bis hin zur Marketingstrategie und Finanzpolitik. Geläufig genannte Maßnahmen zur Zielerreichung umfassen u.a.:

- Schaffung einer Infrastruktur für Diversity-Management (Diversity-Beauftragte/ -Abteilung),
- Audits der Kernprozesse, Unternehmensrichtlinien und Hauptabteilungen im Hinblick auf Diversity-gerechte Ausrichtung bzw. existierende Stereotypisierung und Barrieren, „Diversity Health Checks“,
- Trainings, Sensibilisierung und Wahrnehmungsseminare,
- Verankerung von Diversity in der Unternehmenskultur und im Leitbild,
- gemischte Arbeitsgruppen und Teamstrukturen
- Ist-Analyse und Evaluation der Maßnahmen des Diversity-Management (vgl. Stuber 2004, 138, 158ff; Krell 2008, 74; Kandola/Fullerton 1998, 70-95).

Zu den in den USA am häufigsten eingesetzten Diversity-Management-Maßnahmen gehören Werbeinitiativen im strategischen Bereich der Personalbeschaffung, um gezielt bestimmte Minderheiten anzusprechen, im strategischen Bereich der Mitarbeiterbindung die Bildung von hausinternen bzw. die Einbeziehung lokaler Interessensgruppen für Minderheiten, in den Bereichen Mitarbeiterentwicklung und Training der Einsatz von Mentoring-Programmen sowie Sensibilisierungsmaßnahmen u.v.m.

Während der Zusammenhang zwischen den Konzepten von Chancengleichheit (*equality*) und dem gezielten Umgang mit Vielfalt (*diversity*) in der Literatur allgemein anerkannt wird, wird die Reichweite des gegenseitigen Einflusses und der gemeinsamen Betrachtung der beiden Ansätze kontrovers diskutiert. Riley et al. vertreten die Meinung, dass, während Diversity-Management in der Praxis viele Prinzipien und Praktiken aus Chancengleichheitsstrategien umfasst, das Grundkonzept etwas ganz anderes ist. Denn versucht man eine Belegschaft mit bestimmten Vielfaltsdimensionen aufzubauen, die nicht der Vielfaltsdimensionen auf dem Arbeitsmarkt entsprechen, stehen die zwei Konzepte sogar in Widerspruch zueinander (vgl. Riley et al. 2008, 6). Beispielsweise könnte man, um einen Marktzutritt in Asien zu erleichtern, gezielt junge, asiatische Männer anwerben, obwohl diese Gruppe keine besondere Benachteiligung auf dem Arbeitsmarkt erfährt, im Gegensatz zu älteren, afrikanischen Frauen.

Andere Autoren differenzieren zwischen extern initiiertem Chancengleichheit und intern initiierte Diversity-Strategie (z.B. Carnevale/Stone 1994). Dabei können die Konzepte auf Grund der negativen bzw. positiven Assoziationen voneinander getrennt werden: gesetzliche Eingriffe gegen Diskriminierung und Benachteiligung einerseits und andererseits die positive Idee des proaktiven Handelns und wertschätzenden Ansatzes im Rahmen von Diversity-Management (vgl. Stevens 1995). Anstatt negativ besetzter Anti-Diskriminierungsmaßnahmen zu betreiben, sehen viele Befürworter des *Diversity*-Ansatzes es als ausreichend an, die positive Betonung von Vielfalt und Gemeinsamkeiten zu vermitteln, da eine Offenheit für Vielfalt automatisch zu mehr Inklusion führt (vgl. Baxter 2001; Kandola/Fullerton 1998, 125).

Auch sind sich Fachleute uneins darüber, ob Diversity die logische Weiterentwicklung der Gleichberechtigungs- und Chancengleichheitspolitik ist - Kandola und Fullerton etwa sind der Meinung, dass Diversity als Ergebnis eines Überdenkens der bisherigen Konzepte von Chancengleichheit ist (vgl. Kandola/Fullerton 1998, 11), während für andere Autoren Diversity am Ende eines Entwicklungsprozesses steht (vgl. Wrench 2003; Sepehri 2002). In diesem Zusammenhang wird häufig vom Reifegrad gesprochen, wobei die vier von Thomas und Ely identifizierten Paradigmen als Phasen eines Reifeprozesses verstanden werden (vgl. auch Vedder 2006, 18). Demnach können sich Organisationen im Umgang mit Vielfalt aus der ersten Phase, die

der Resistenz, zu einer Politik der Gleichstellung entwickeln. Darauf aufbauend entsteht die Phase der gezielten Nutzung von Vielfalt im Sinne von Marktzutrittschancen, um zum höchsten Reifegrad des integrativen und ganzheitlichen Diversity-Managements als strategisches Steuerungsinstrument zu gelangen (siehe Abb. 2-1).

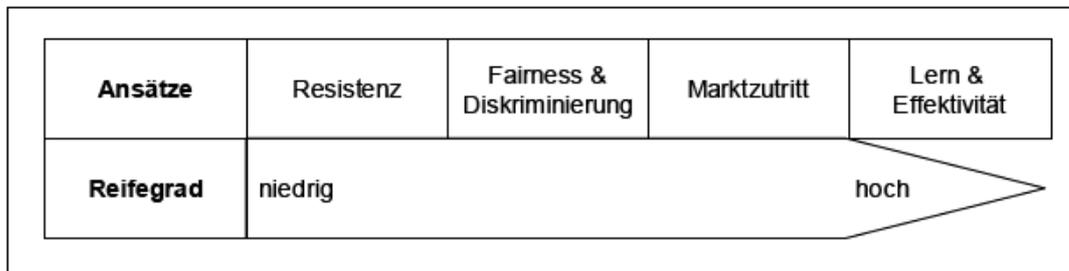


Abbildung 2-1 Reifegrad der Verständnisansätze des Diversity-Managements
 Quelle: Watrinet 2007, 41

In Anlehnung an Sepehri (2002) betonen u.a. Vedder (2006, 18) und Watrinet (2007, 45) die Rolle der Unternehmenskultur in der Entwicklung von Diversity-Management und verknüpfen die vier Ansätze mit vier Typen von Organisationskultur: Während Organisationen in der Resistenz-Phase eine Monokultur pflegen, lassen Organisationen in der Fairness-Phase zumindest weitere homogenen Gruppen zu und streben nach der Gleichbehandlung dieser Gruppen. Da Organisationen in der Marktzutrittsphase Unterschiede als wichtig für den Marktzutritt erachten, weisen diese Organisationen einen hohen Grad an multikultureller Organisationskultur auf. In der letzten Phase mit Übernahme eines Lernen-und-Effektivität-Ansatzes wird die vollkommene multikulturelle Organisationskultur erreicht.

Allerdings durchlaufen nicht alle Organisationen mit Diversity-Management alle Phasen des Reifeprozesses. Der Grund hierfür liegt in der jeweiligen Motivation begründet, so vermutet Sepehri (vgl. Sepehri 2002). Unternehmen mit weniger Vielfalt in der Belegschaft neigen eher dazu, wirtschaftliche Motive und ein ergebnisorientiertes Verständnis von Diversity-Management zu haben. Der Fairness-Ansatz kommt eher zum Einsatz in Unternehmen und Organisationen mit einem hohen Grad an Vielfalt oder in Ländern, die entsprechende sozio-politischen Hintergründe aufweisen: so stellen Köppel et al. fest, dass Deutsche die Kundenorientierung höher bewerten als US-amerikanische und britische Unternehmen, die eher auf Konfliktreduzierung und Mitarbeiterzufriedenheit fokussieren (vgl. Köppel et al. 2007, 11). Der Schwerpunkt der einzelnen Organisationen entscheidet, welche Phasen durchlaufen werden.

Wrench untersuchte dazu Daten aus Fallstudien in Bezug auf ethnische Vielfalt und Chancengleichheit von Einwanderern¹² und identifizierte sechs grobe Kategorien oder Ebenen von Maßnahmen und Aktivitäten, mit denen Diskriminierung bekämpft und Inklusion ethnischer Vielfalt gefördert werden sollen. Wrench (2003) erkennt darin eine gewisse logische Reihenfolge der Durchführung, wobei er Diversity-Management im engeren Sinn am Ende einer Sequenz von Aktivitäten aus sechs Handlungsebenen sieht:

1. Schulung von Einwanderern: etwa in Kooperation z.B. zwischen potenziellen Arbeitgebern und lokalen Arbeitsagenturen, um die Integrationschancen zu verbessern.
2. Einführung kultureller Zugeständnisse: z.B. Berücksichtigung kultureller oder religiöser Bedürfnisse: Organisationen beachten die Wünsche kultureller Minderheiten in der Belegschaft und schaffen Möglichkeiten, damit der Arbeitsalltag diesen Bedürfnissen gerecht wird
3. Hinterfragung rassistischer Einstellungen und Vorurteile: Durch Information und Kampagnen werden Vorurteile in der Bevölkerung abgebaut und rassistische Einstellungen bekämpft. Wrench nennt hier als Beispiel die Kampagne der BDA zusammen mit dem DGB 1997 „Zusammenleben mit Ausländern“.
4. Bekämpfung von Diskriminierung: Maßnahmen zielen darauf ab, das Verhalten der Beschäftigten innerhalb einer Organisation zu ändern. Genannt werden Instrumente etwa um Personalbeschaffung und Beförderung fairer zu gestalten, Mobbing zu bekämpfen usw.
5. Politik der Chancengleichheit mit Hilfe von positiven Maßnahmen („*positive action*“): hier werden Targets und Zielsetzung in Zusammenhang mit Chancengleichheit genannt, um strukturell gewachsene Diskriminierung („*past-in-present discrimination*“) abzubauen.
6. Implementierung von Diversity-Management: die letzte Ebene der Maßnahmen und auch gleich die ehrgeizigste kann viele Elemente der oberen 5 Kategorien beinhalten, fügt allerdings die Diversity-Philosophie hinzu, so dass im ersten Schritt Vielfalt wertgeschätzt und später zum Vorteil der Organisation eingesetzt werden kann.

Nach diesem Modell kann man erst mit wirtschaftlichen Vorteilen rechnen, nachdem die anderen fünf Phasen abgearbeitet sind, die von moralischer bzw. rechtlicher Natur sind. Wrench (ebd.) stellt fest, dass obwohl viele Organisationen behaupten, Diversity-Management durchzuführen, sie meistens den Begriff sehr locker definieren, ihre Maßnahmen eigentlich in einer der

¹² Die Daten stammten aus zwei verschiedenen Studien aus den 1990er Jahren: zum Einen waren es Aktivitäten gegen Rassismus am Arbeitsplatz in 15 Europäischen Ländern behandelten (Wrench 1997) und zum Anderen waren es Erfahrungen aus dem Bereich sozialer Kohäsion und Umgang mit Diversity in europäischen Unternehmen (vgl. Stewart und Lindburgh, 1997).

anderen Kategorien gehören und sie die letzte Phase des Diversity-Managements noch lang nicht erreicht haben. Ferner mahnt Wrench (2005) an, dass britische Unternehmen Chancengleichheit immer mehr durch Diversity-Management ersetzen, so dass die Zielsetzungen wie Chancengleichheit bzw. Abbau von Exklusion oder institutionellem Rassismus verwässert werden¹³.

Die Kritik der letzten Jahre an Diversity-Management liegt darin begründet, so Wrench, dass viele Organisationen den Begriff Diversity-Management benutzen aber tatsächlich nur Maßnahmen aus Kategorie 2 oder 4 anwenden (vgl. Wrench 2003). Den Trend, Antidiskriminierung im Rahmen von einer Diversity-Management-Strategie zu behandeln, beobachtet Wrench in zahlreichen Organisationen verschiedener EU-Mitgliedsstaaten. Richtlinien zur Bekämpfung von Rassismus am Arbeitsplatz sind Maßnahmen für das Diversity-Mainstreaming gewichen, obgleich nach näherem Hinschauen die Maßnahmen und Instrumente häufig inhaltlich fast identisch sind.

2.2.7 Diversity-Management: Überzeugung oder institutionelle Isomorphie ?

Neben den von Thomas und Ely identifizierten Handlungserklärungen wurde auch institutionelle Isomorphie als Beweggrund in Hinblick auf einen gezielten Umgang mit Vielfalt erkannt (vgl. Lederle 2007). Diese aus der neoinstitutionellen Schule stammende Theorie besagt, dass sich Organisationen, die mit ähnlichen Umweltbedingungen konfrontiert sind, dazu tendieren, sich anzugleichen und zwar entweder durch Zwang (*coercive isomorphism*), Imitation (*mimetic isomorphism*) oder normativen Druck (*normative isomorphism*) (vgl. DiMaggio/Powell 1983). Der Zwang entsteht vor allem durch externe Einflüsse wie gesetzliche, staatliche Vorgaben (z.B. Gleichstellungs- und Antidiskriminierungsgesetze); Imitation entsteht durch die Beobachtung von anderen Anbietern oder Konkurrenten und geschieht z.B. durch eine Übernahme von „best practices“; der normative Druck kann beispielsweise über Berufsverbände stammen, die Problemlösungsmuster entwickeln (im Organisationsfeld „Gesundheitswesen“ durch ärztliche Professionsvereinigungen) (vgl. Hasse/Krücken 1999, 26).

Der Grund für Organisationen, sich anzupassen, kann sich aus einem oder mehreren dieser Faktoren zusammensetzen (vgl. DiMaggio/Powell 1983). Auch Lederle stellt auf Grund ihrer empirischen Untersuchung¹⁴ von deutschen Unternehmen fest, dass der entscheidende Auslöser für die Einführung von Diversity-Management nicht Effizienzüberlegungen war, sondern vielmehr auf Zwang, Imitation und normativem Druck beruhte.

¹³ Der Artikel von Wrench setzt sich spezifisch mit „racial exclusion“ und Diversity auseinander.

¹⁴ Lederle untersuchte 16 deutsche Großunternehmen mit jeweils mehr als 500 Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, Umsatz über 500 Mio Euro aus verschiedenen Branchen, mit Experteninterviews aus dem Jahr 2004 (vgl. Lederle 2007)

In einer groß angelegten Untersuchung¹⁵ von Süß/ Kleiner (2006) wurden Hinweise auf vor allem mimetische Prozesse bei deutschen Unternehmen mit ausländischen (vorwiegend US-amerikanischen) Muttergesellschaften gefunden. Aber da es sich um eine Befragung der teilnehmenden Unternehmen handelte, könnte auch ein normativer Druck, ausgehend von den Muttergesellschaften, mitgewirkt haben, da der wahre Grund für Diversity-Management nicht immer offen nach außen kommuniziert wird (vgl. Lederle 2007). Dass auf Weisung des Staates, der Muttergesellschaft oder im Hinblick auf „die anderen“ gehandelt wird, wird nur im organisationsinternen Diskurs besprochen (ebd.). Eine Nicht-Anpassung kann auch mit Kosten verknüpft sein. Lederle nennt hier unter anderen: soziale Kosten durch entzogene Legitimität, da die Erwartungen von Interessengruppen, Mitarbeitern, Medien und Mitbewerbern nicht erfüllt werden; ökonomische Nachteile durch schlechtere Ratings von Analysten, Investmentgesellschaften und Geldgebern oder aber durch die schlechtere Verhandlungssituation bei Diskriminierungsklagen.

So kann es vorkommen, dass, beispielsweise, Tochtergesellschaften die Konzepte des Mutterkonzerns „blind“ übernehmen, ohne die zugrunde liegenden Theorien und Zielsetzungen zu hinterfragen. Watrinet (2007, 27) gibt hier zu denken, dass eingeführte Managementkonzepte langfristig glaubhaft und authentisch sein müssen, damit sie sowohl von den Kunden, den Mitarbeitern und dem Organisationsumfeld akzeptiert werden. Organisationen, die nur auf Grund des Anpassungsdrucks agieren, werden unglaubwürdig wirken, wenn Diversity-Management nur oberflächlich bleibt:

„Für den erfolgreichen Umgang mit der zunehmenden Heterogenität werden Lippen- und symbolische Bekenntnisse nicht ausreichen. Der interne Umgang mit der Diversity muss dem Außenimage entsprechen und umgekehrt.“ (Watrinet 2007, 27)

2.3 zugeschriebene Vorteile von Diversity-Management

2.3.1 Der “Business-Case” für Diversity-Management

Unternehmen und Organisationen, die Diversity-Management einführen möchten, fassen die zu erwartenden betrieblichen Vorteile häufig in einem „Business-Case“ zusammen (vgl. Sepehri 2002). Allerdings basiert der Business-Case nur in seltenen Fällen tatsächlich auf einer betriebswirtschaftlichen Kosten-Nutzen-Analyse. Stattdessen wird der Nutzen eines gezielt eingesetzten Diversity-Managements oft in Form von „Argumenten“, aus einem kollektiven

¹⁵ Die Studie von Süß und Kleiner umfasste die Befragung von 160 deutschen börsennotierten Unternehmen im Jahr 2005

Glaube an Diversity-Vorteilen heraus, angegeben (vgl. Süß/Kleiner 2006). Hier werden sowohl ökonomische, rechtliche als auch ethisch-moralische Vorteile genannt (vgl. Krell 2008, 67 und 71), wobei die „moralische Notwendigkeit“ von Vielfalt mit „ökonomischem Kalkül“ verknüpft werden (vgl. Sepehri 2002). Die Argumente für Vielfalt umfassen typischerweise: das Kostenargument, das Marketingargument, das Personalmarketingargument, das Personalstrukturen Argument, das Flexibilitäts-/Kreativitäts-/Problemlösungs-argument usw. (u.a. vgl. Krell 2004; Kochan 2003; Sepehri 2002; Stuber 2004; Jayne/Dipboye 2004; Watrinet 2007, 28ff). Sie werden auf folgende Annahmen begründet:

2.3.2 Personalbeschaffung:

Diversity-Management soll Organisationen helfen, einen besseren Zugang zu neuem Personal zu bekommen. Dies geschieht auf zwei Weisen: die Organisation ist nicht mehr fixiert auf den bisherigen „Normkandidaten“. Durch den erweiterten Blick für Vielfalt zieht sie potenzielle Beschäftigte aus einem erweiterten Bewerberpool in Betracht, so dass jetzt talentierte Kandidaten und Kandidatinnen aus Minderheitengruppen identifiziert werden. Ferner spielt das Image einer Organisation bei steigender Konkurrenz und Personal- bzw. Fachkräftemangel eine bedeutende Rolle beim Anwerben von Kandidaten und Kandidatinnen. Das „*Talent-Argument*“ besagt, dass eine Organisation, die ein offenes, inklusives und Vielfaltbejahendes Image nach außen kommuniziert, für talentierte Arbeitssuchende interessant wird, was besonders in Zeiten von Fachkräftemangel zum Tragen kommt. Laut Köppel und Kollegen (2007, 3) wirkt Diversity-Management bei entsprechender Organisationskommunikation wie ein Aushängeschild für eine Politik der Offenheit und sozialen Verantwortung. Dies kann dazu beitragen, dass ein Unternehmer den Ruf als Arbeitgeber erster Wahl genießt.

2.3.3 Inklusion, Wohlbefinden und Personalbindung

Der Nutzen in diesen Zusammenhängen umfasst das Einsparen von Kosten, die aufgrund mangelnder Integration entstehen (vgl. Gilbert/Ivancevich 2000; Robinson/Dechant 1997). Mangelnde Einbindung, schlechte Aufstiegschancen und fehlende Chancengleichheit für Minderheiten im Unternehmen können zu steigenden Fluktuationsraten und damit verbundenem Verlust von Wissen, Fähigkeiten und Potenzialen führen (vgl. Watrinet 2007, 28).

Motivationsverlust und schlechte Mitarbeiterzufriedenheit können negative Auswirkungen auf die Leistung und Produktivität der betroffenen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen haben (vgl. Vedder 2006). Je höher die Heterogenität der Belegschaft und je stärker die empfundene Exklusion, umso größer ist die Gefahr der Leistungseinbußen und damit verbundener Kosten für die Organisation (vgl. Vedder 2006).

2.3.4 Kundenorientierung

In Bezug auf Marketingvorteile soll der Aufbau der Belegschaft als Spiegelbild des Marktes helfen, kundenorientierter zu arbeiten. So werden die speziellen Bedürfnisse und Wünsche der unterschiedlichen Kundengruppen besser erkannt, verstanden und bedient, als von einer homogenen Belegschaft. Beschäftigte einer Organisation, die eine offene Kultur für Vielfalt pflegt, reagieren möglicherweise sensibler auf die unterschiedlichen Wünsche der verschiedenen Kundengruppen, da sie diese besser erkennen und verstehen.

2.3.5 Innovation und Kreativität

Monokulturen sollen schlechter in der Lage sein, flexibel auf Veränderungen zu reagieren (vgl. Steinmann/Schreyögg 2002, 640 ff), so dass mehr Heterogenität zu mehr Flexibilität führen soll. Homogene Gruppen lösen Probleme zwar schneller und sind weniger konfliktreich, aber heterogene Gruppen sind kreativer und finden die besseren, innovativen Lösungen (vgl. Kochan 2003; Jayne/Dipboye 2004; Krell 2004).

Ferner wird Potenzial vergeudet, wenn Mitglieder der Belegschaft zur Anpassung und Konformität gezwungen werden. Diversity-Management soll den Beschäftigten mehr Entfaltungsfreiheit schaffen, die das Potenzial zum Vorteil der Organisation zugutekommen lässt (vgl. Stuber 2004, 73ff). Ein Arbeitsklima, in dem Offenheit und Wertschätzung gegenüber Unterschiedlichkeiten herrscht, soll ferner zu einer besseren Kooperation führen und letztendlich ein produktives Arbeitsumfeld als Basis des Erfolges fördern (vgl. Stuber 2004, 73ff).

2.3.6 Moralische und gesetzliche Pflichterfüllung

Diversity-Management kann eingesetzt werden, um einen gesetzlich und gesellschaftlich geforderten Abbau von Diskriminierung und den Aufbau von Chancengleichheit zu erreichen. Allerdings werden diese Bereiche selten als Argument in einem Business Case genannt, sondern sind implizit durch Diversity-Management abgedeckt (vgl. Jayne/Dipboye 2004). Dies kann daran liegen, dass Unternehmen Diversity als Konzept „*more palatable*“ – also „leichter verdaulich“ - finden, als sich mit sozialpolitisch brisanten Themen wie Ausländerfeindlichkeit und Frauendiskriminierung direkt und offen auseinanderzusetzen (ebd.; vgl. Stevens 1995).

Das Gleichstellungsargument kann aber auch in Zusammenhang mit einer Kostenvermeidungsstrategie gebracht werden, da durch erfolgreiche Klagen von diskriminierten Beschäftigten oder Bewerber/Bewerberinnen hohe Bußgelder auferlegt werden können (vgl. Steppan 1999, 29 zitiert in Krell 2008).

2.3.7 Marketingvorteile

Die Belegschaft als Spiegelbild des Marktes. Bei wachsender Konkurrenz steigt auch die Notwendigkeit, kundenorientiert zu arbeiten. Die Vielfalt unter den Kunden sollte durch die Zusammensetzung der Belegschaft reflektiert sein (vgl. Kochan 2003, 5; Stuber 2004, 73-74; Jayne/Dipboye, 2004, 410). So werden die speziellen Bedürfnisse und Wünsche der unterschiedlichen Kundengruppen besser erkannt, verstanden und bedient.

In ihren Empfehlungen für kleine und mittlere Unternehmen macht das Berufsbildungswerk des DGB auf die Verbindung zwischen der Umsetzung gesetzlich vorgeschriebener Maßnahmen und den Imagevorteilen durch mehr Transparenz aufmerksam:

„Maßnahmen des Diversity Management helfen einem Unternehmen dabei, den vorgegebenen gesetzlichen Rahmenbedingungen zu entsprechen. Darüber hinaus macht es als verantwortungsbewusste Organisation sein Handeln gegenüber Interessengruppen und dem gesellschaftlichen Umfeld transparent.“

(Bfw 2007, 29).

2.4 Relativierung der Argumente

2.4.1 Messbarkeit der Diversity-Effekte

Grundsätzlich existieren - trotz globaler Verbreitung des Glaubens an Diversity-Management - weiterhin extrem wenig Methoden und Instrumente zur Messung der Wirksamkeit von Diversity-Management (vgl. Hansen 2003). Trotz Milliardenumsatz gilt die wissenschaftliche Erforschung des Diversity-Management noch als uneinheitlich und defizitär (vgl. Becker M. 2006). Schwerpunkt in den letzten Jahren waren die ökonomischen Aspekte des Diversity-Managements und die Zusammenhänge zwischen Diversity und Unternehmenserfolg, vor allem auf Druck der Wirtschaft (vgl. Becker M. 2006).

Eine relativ aufwendige Methode ist die Verwendung einer „Diversity Scorecard“ – ein Ziel- und Kennzahlensystem in Anlehnung an der Balanced Score Card (BSC) von Kaplan und Norton (vgl. Kaplan/Norton 2004). Die BSC ist ein Management-Instrument zur Lenkung und Messung der Aktivitäten und strategischer Ausrichtung einer Organisation. Sie liefert den Führungskräften einen umfassenden Überblick über die Leistung der Organisation und umfasst – neben Zielen und Kennzahlen aus der finanziellen Perspektive - auch menschliche und soziale Aspekte und kann so als einheitliches Führungsinstrument betrachtet werden (vgl. Baetge 2006, 6). Die Diversity Score Card betrachtet die Finanzperspektive, Kundenperspektive, Interne Geschäftsprozesse und Lern- und Entwicklungsperspektive einer Organisation in Bezug

auf Diversity (vgl. Becker M. 2006). Rieger stellt den Sinn einer speziell zur Messung von Diversity-Maßnahmen entwickelten BSC in Frage, denn bei einem integrativen Ansatz sind die Maßnahmen als Teil der Gesamtunternehmensstrategie zu betrachten und somit anhand einer gewöhnlichen BSC mitzuerfassen (vgl. Rieger 2006). Ausschlaggebend für eine erfolgreiche Nutzung einer BSC – wie bei vielen Messinstrumenten – ist die sorgfältige Ausarbeitung und Erhebung von Kennzahlen, was allerdings als extrem zeit- und ressourcenintensiv gilt und so- gar dann bleiben Ergebnisse noch schwer nachweisbar (vgl. Neely et al. 2004; An- gel/Rampersad 2005; Rampersad 2006, 141). Um die Verteilung von Vielfaltsdimensionen innerhalb von Arbeitsgruppen und Organisationshierarchien zu messen, kann der Grad der vor- handenen Vielfalt in Form eines Diversity-Index ausgedrückt werden (vgl. Süß/Kleiner 2006; Ottaviano/Peri 2004).

Einer Veröffentlichung der EU Kommission zum Geschäftsnutzen von Vielfalt für Arbeitgeber (vgl. EU-Kommission 2005, 27) zur Folge, setzen Unternehmen zwar selten umfassende Ver- fahren zur Zielsetzung, Messung und Bewertung ein, doch überwachen viele den Fortschritt mit Hilfe von im Unternehmen bereits vorhandenen Instrumenten und Indikatoren. Das können Statistiken und Instrumente aus dem Bereich Human Resource Management sein, die Infor- mationen zu Mitarbeiterfluktuation, Personalbeschaffung, Repräsentation ethnischer Gruppen und Geschlechterverteilung auf Hierarchieebenen und gemeldete Mobbing- und Diskriminie- rungsfälle liefern (vgl. Becker M 2006, 32).

„Diversity Audits“ und qualitative Daten aus Mitarbeiterbefragungen können Aufschluss über Organisationskultur und Exklusion aus informellen Netzwerken geben (ebd.). Diese Daten sol- len zur Messung des Fortschrittes, vor und nach Einsatz der Maßnahmen, erhoben werden (vgl. Jayne/Dipboye 2004). Trotzdem: laut Becker hat sich vor allem gerade der Mangel an Daten zum demographischen Aufbau der Belegschaft in der Vergangenheit hemmend auf eine Wir- kungsmessung des Diversity Management ausgewirkt (vgl. Becker M 2006).

2.4.2 Bisherige Bestätigungen oder Widerlegungen der Diversity-Argumente

Positive Imageeffekte durch Diversity-Management wurden in einer Studie der Webseiten von 25 umsatzstärksten US-Unternehmen mit einer Diversity-Strategie identifiziert (vgl. Dedeoglu et al. 2003, 13ff). Allerdings konnte nicht bestätigt werden, dass die größere personelle Vielfalt zu mehr Talent bei den Bewerbern/Bewerberinnen führt, denn Diversity bedeutet nicht zwangsläufig eine größere Auswahl oder höhere Qualität an Fähigkeiten (vgl. Jayne/Dipboye 2004). Um eine verbesserte Auswahl an Talenten zu erreichen, sehen Janye/Dipboye (ebd.) standardisierte Techniken aus dem Bereich Wirtschafts- und Organisationspsychologie, wie

Daten aus Interviews, Biographien, Assessment-Centers, Arbeitsproben usw. besser geeignet, um Vorhersagen bzgl. Arbeitsleistung zu machen, als eine Erhöhung der personellen Vielfalt einer Organisation.

Eine verbesserte Kundenorientierung durch Diversity wird als Argument für Diversity-Management scharf kritisiert. Der Aufbau der Belegschaft als Spiegelbild der Kundschaft wird vor allem in Bezug auf den Marktzutrittsansatz bemängelt. Thomas und Ely geben zu denken, dass möglicherweise nur Insellösungen für die einzelnen, speziellen Marktnischen entwickelt werden, wenn Beschäftigte gezielt nur für eine Nischenkundengruppe beschäftigt werden, ohne ihre Kenntnisse in das Gesamtunternehmensgeschehen zu integrieren (vgl. Thomas/Ely 1996, 83).

Ferner kann grundsätzlich nicht von Beschäftigten erwartet werden, dass sie ein Verständnis für die Kunden und ihre Bedürfnisse mit sich bringen, lediglich weil sie bestimmte Vielfaltsdimensionen mit ihnen teilen. Seidel kommt nach einer Analyse der Argumente von Diversity-Management und der Anforderungen einer Kundenorientierung zu dem Schluss, „*dass Mitarbeitervielfalt und deren Management keine hinreichende Bedingung für Kundenorientierung darstellen.*“ (Seidel 2006). Dies sei ohnehin nicht Anliegen des eher nach innen orientierten Diversity-Management-Ansatzes, so Seidel (ebd.).

Laut Jayne und Dipboye (2004) muss die Vielfalt für die spezifischen Herausforderungen der jeweiligen Geschäfte der einzelnen Organisationen zugeschnitten sein, damit das Kundenorientierungsargument plausibel wird. Becker vertritt sogar die Meinung, dass

„[e]rst in der konkreten Zuordnung zu idealtypisch konfigurierten Reifegraden von Unternehmen, kann konkret der Nutzen der Ressource Diversity untersucht werden“. (Becker A. 2006).

In Bezug auf Produktivitätseffekte durch mehr Heterogenität bezieht sich Vedder (2006) auf Neuberger (2002) und weist darauf hin, dass starke Kulturen dazu neigen, Differenzen und Heterogenität in kürzester Zeit wieder zu assimilieren, was zu einer erneuten Homogenität führen wird.

Im Widerspruch zum Motivations- und Produktivitätsargument fanden Kochan et al. auch keinen Grund zu der allgemeinen Annahme, dass Organisationen mit einer vielfältigen Belegschaft grundsätzlich bessere Leistungen in Bezug auf Rentabilität, Gewinn, Erlöse, Kosten und anderen finanziellen Kennzahlen erzielen (vgl. Kochan et al. 2003).

Ob Diversity eine positive Auswirkung auf der betrieblichen Leistung hat, hängt laut Richard unter anderem davon ab, ob sich die Organisation in einer Phase des Wachstum oder des

Rückgang befindet (vgl. Richard 2000). Organisationen, die eine Wachstumsstrategie verfolgten, erlebten eine Produktivitätssteigerung durch Diversity (bezogen auf ethnischer Herkunft). In Organisationen, die sich in einer Abbauphase befanden, konnten keine positiven Effekte festgestellt werden. Unternehmen, die sich in einer negativen oder null-Wachstumsphase befanden, erfuhren negative Auswirkungen durch (ethnische) Vielfalt (ebd.). Möglicherweise liegt dieser Effekt darin begründet, dass Vielfalt mehr Kosten durch einen erhöhten Kommunikations- und Koordinationsbedarf verursacht, während in negativen Wachstumsphasen die Betonung auf Kostensenkung liegt (vgl. Milliken/Martins 1996; Williams/O'Reilly 1998 in Jayne/Dipboye 2004). Diese Ergebnisse bestärken das Argument dafür, dass Diversity-Management mit der Geschäftsstrategie verknüpft werden soll (vgl. Cox/ Cox/ O'Neill 2001; Jayne/Dipboye 2004).

Studien haben gezeigt, dass Arbeitsgruppen effektiver arbeiten, wenn ihre Arbeit durch soziale Beziehung und gute Kommunikationswege unterstützt wird, denn sie fördern den Austausch von Informationen, verringern den Abstimmungsbedarf zwischen den Mitgliedern und schaffen Vertrauen (vgl. u. a. Weimann 1982; Abrahamson/Rosenkopf 1997 zitiert in Bodin et al. 2006; Badura et al. 2008). Vor allem homogene Arbeitsgruppen zeigen eine hohe Gruppenkohäsion und bilden starke soziale Netzwerke.

Weisen aber die Arbeitsgruppen einen hohen Grad an *Diversity* auf, leiden sie häufiger unter Kommunikationsbarrieren und haben eine niedrigere Gruppenkohäsion (z. B. Milliken/Martins 1996; Williams/O'Reilly 1998 zitiert in Jayne/Dipboye 2004). Auch eine Integration neuer Mitglieder in eine bestehende Gruppe wird erschwert, wenn durch ihre soziokulturelle Herkunft der „soziale Fit“¹⁶ nicht stimmt. Putnam stellte in seiner kontrovers diskutierten Veröffentlichung von Forschungsergebnissen eine Korrelation zwischen hoher ethnischer Diversity in einer Gesellschaft und abnehmendem gesellschaftlichen Vertrauen her. Demnach führt eine Zunahme der Diversity nicht nur zu einer Abnahme des Vertrauens zwischen den verschiedenen ethnischen Gruppen untereinander, sondern auch sogar innerhalb der existierenden heimischen Gruppen (vgl. Putnam 2007).

Gegenstand der Metaanalyse von Jans waren Ergebnisse aus 25 Studien zu organisationsdemografischer Diversity. Ziel war es festzustellen, ob Diversity-Effekte grundsätzlich auftreten und die behaupteten Wirkungszusammenhänge bestätigen und in welchem Verhältnis diese Effekte zueinander stehen d.h. ob eine hohe organisationsdemografische Diversity mehr Leistungsvoroder -nachteile für die Organisation mit sich bringt (vgl. Jans 2004, 42). Es zeigte sich, dass

¹⁶ Der „soziale Fit“ beschreibt inwieweit Mitglieder einer Gruppe auf zwischenmenschlicher Ebene zueinander passen (vgl. Badura et al 2008, 34).

„grundsätzliche Ideen und Wirkungsvermutungen durchaus Substanz aufweisen, diese Ideen aber im Prinzip ‚zu einfach‘ für die Komplexität sozialer Zusammenhänge in Organisationen sind“. (Jans ebd.)

Ähnliche Aussagen machen Jayne und Dipboye (2004), die den Erfolg von Diversity-Management als wahrscheinlich abhängig von situationsbezogenen Faktoren wie Organisationskultur sowie Organisationsstrategie und Umfeld ebenso wie von der Belegschaft selbst. Paradoxe Weise scheinen die Organisationen, die ohnehin eine offene Unternehmenskultur mit einer vielfältigen Organisationsdemografie vorweisen, am meisten von Diversity-Management-Maßnahmen zu profitieren (vgl. Elsass/Graves 1997 zitiert in Jayne/Dipboye 2004). Ähnlich berichten Hammond und Holton (1991), dass vor allem Organisationen, die strategische Veränderungen gut managen auch Diversity-bezogene Initiativen gut bewältigen (in Kandola/Fullerton 1998, 69).

Die Beziehung zwischen Organisationskultur und Diversity wird vor allem im inklusiven, strategisch ausgerichteten Lernen-und-Effektivitätsansatz unterstrichen, der eine Kultur anstrebt, in der die Fähigkeiten und Bedürfnisse aller Organisationsmitglieder berücksichtigt werden (vgl. Cox 1993, 229; Vedder 2006). Die Komplexität des Themenbereiches (vgl. Müller/Gelbrich 2004, 64) erfordert eine gesonderte Betrachtung, der im nachfolgenden Abschnitt Rechnung getragen wird.

2.4.3 Diversity-Management und Organisationskultur

Die Theorie von Diversity-Management als Gestaltungsinstrument für eine Organisation zielt auf eine Organisationskultur ab, in der alle Mitglieder ihre speziellen Fähigkeiten einsetzen können und dabei sowohl ihre Bedürfnisse, als auch die der Organisation berücksichtigt werden (vgl. Vedder 2006), wie bereits in Kapitel 2.2.5 gezeigt. Dies erfordert die Aufnahme der Diversity-Leitideen - die Wertschätzung von Unterschieden, die offene Begegnung von „andersartig“ sein, eine Wertschöpfung durch die Freisetzung von Potential - in die Organisationskultur. Was ist aber damit gemeint? Wie werden diese Leitideen in die Organisationskultur aufgenommen? Mit dem Begriff „Organisationskultur“ wird die Gesamtheit der Normen, Werte, Einstellungen und Überzeugungen einer Organisation gemeint, die sich auf die Wahrnehmung und die Verhaltensmuster der Organisationsmitglieder auswirken (vgl. Thomas 1993, 380ff). Diese „Kulturstandards“, wie Thomas (ebd.) sie beschreibt, dienen den Mitgliedern als Orientierungshilfe und entstehen als:

„emergent result of the continuing negotiations about values, meanings and properties between the members of an organisation and with its environment“

(Seel 2000 in Mannion et al. 2005, 23).

Die Normen werden von den Organisationsmitgliedern als selbstverständlich und verbindlich angesehen und beeinflussen ihr Wahrnehmen, Denken und Handeln (vgl. Thomas ebd.). Die Kulturstandards helfen, das eigene und fremde Verhalten abzugleichen und zu beurteilen und werden

„nach erfolgreicher Sozialisation vom Individuum innerhalb der eigenen Kultur nicht mehr bewusst erfahren...“ (Thomas 1993, 380).

Um als Basis für das Verhalten und das Handeln der Organisationsmitglieder zu dienen, braucht die Organisationskultur eine Beständigkeit, eine Weitergabe des Wertesystems an neue Mitglieder, damit die Stabilität des Unternehmens sichergestellt wird (vgl. Peters /Watermann 2003, 321ff). Im Festhalten von Überzeugungen, die aus dem Erfahrungsschatz der Organisation gewonnen und weitergegeben werden, sehen Peters und Watermann (ebd.) sogar den wichtigsten Erfolgsfaktor für ein Unternehmen. Die Treue zu den Grundprämissen und Kulturstandards muss allerdings einen angemessenen Freiraum für Wandel und Veränderungen zulassen. Die Unternehmenskultur muss also einerseits Wandlungsfähigkeit zeigen und andererseits den Beschäftigten eine Stabilität bieten (vgl. Ebers 1995).

Diese Anforderung ist in vielen Fällen mit einer Veränderung der bisher gelebten Werte und Normen verbunden. Hier stellt sich generell die Frage, ob und in wieweit sich eine Organisationskultur ändern lässt (vgl. Krell 2004)? Die Möglichkeit, die Kultur einer Organisation ändern zu können, wird in der Literatur seit Jahren unterschiedlich bewertet. Manche Autoren gehen davon aus, dass sich die Kultur einer Organisation gar nicht erst ändern oder steuern lässt (vgl. Meek 1982; Filby/Wilmott 1988; Martin/Siehl 1983). Weitere Autoren sind der Meinung, dass zumindest eine Einflussnahme oder Steuerung möglich ist, auch wenn sich grundsätzlich eine Organisationskultur nur sehr schwer verändern lässt (vgl. Krell 2004; Süß/Kleiner 2006).

Geht man also davon aus, dass sich die Organisationskultur zu einem bestimmten Grad verändern lässt, stellt sich die Frage des Wie. In der Literatur findet man eine große Übereinstimmung im Hinblick auf die Rolle der Organisationsführung (vgl. Schein 1995; Mannion et al. 2009; Bate 1994). Laut Schein ist die wesentliche Funktion von Führungskräften die Manipulation der Kultur (vgl. Schein 1995). Bate dagegen spricht sich gegen die Verwendung des Begriffes „Manipulation“ im Sinne eines Top-Down-Ansatzes aus, da es nicht funktionieren kann. Vielmehr müssen seiner Meinung nach die Führungskräfte die Bedingungen schaffen, in denen sich die erwünschte Kultur entwickeln kann:

‘Culture is not the property of an individual or group, but of a social system. It follows that all leaders can do is create the conditions for the potential energy and momentum already present in the system to be released, and then try to do something constructive with it. Their role is therefore not one of manipulation but facilitation, not because this is ethically more correct (which it certainly is), but because it cannot be otherwise’
(Bate 1994, Hervorhebung durch AF).

Führungskräfte haben eine doppelte Einflussnahme auf die Organisationskultur, durch ihre Einfluss auf die Organisationsziele, -strukturen und -prozesse und so auf das Verhalten und Wohlbefinden der Beschäftigten und ferner durch ihren Entscheidungs- und Kommunikationsstil (vgl. Badura et al. 2008, 34 ff). Somit kann die Führungsebene als das Organ der Organisation verstanden werden, das die Organisationskultur zum Ausdruck bringt (vgl. ebd. 132).

Organisationskultur kann also als eine Variable verstanden werden, die sich zwar gestalten lässt, die aber komplex und dynamisch ist und sowohl von internen als auch externen Einflüsse beeinflusst wird (vgl. Davies/Nutley/Mannion 2000; Mannion et al. 2005, 34ff). Veränderungen können weder schnell noch durch einfache Maßnahmen herbeigeführt werden. Vielmehr müssen Änderungen langfristig angelegt und auf oberster Managementebene unterstützt werden. Und ferner, wenn eine Änderung der Werte gelingt, geschieht dies

„nicht durch ein abstraktes System, sondern durch Vorgesetzte, die in der Regel der dominanten Gruppe in der jeweiligen Organisation angehören. Die daraus resultierenden machtpolitischen Einflussfaktoren [...] müssen bei der Einführung und Bewertung eines [Diversity-Management]-Systems berücksichtigt werden“ (Vedder 2006).

Davies et al. (2000) verstehen die Kultur einer Organisation als etwas, das sich aus ihren Bestandteilen entwickelt (d.h. sie ist dynamisch), sie dadurch etwas unvorhersehbar und evtl. schwer kontrollierbar ist, jedoch mit Charakteristiken ausgestattet, die sich in Bezug auf ihre Auswirkungen auf die Organisationsziele beschreiben und bewerten lassen (vgl. Davies et al. 2000): Sie kann als bedingt veränderbar verstanden werden, wobei sich Veränderungen einerseits relativ schnell durch ihre eigene Dynamik vollziehen können, etwa als Reaktion auf eine Krise und als daraus resultierender Korrektur der Normen, als auch zu längerfristigen Verschiebungen der Normen führen, durch eine allmähliche Akzeptanz von Managementmaßnahmen (vgl. Mannion et al. 2005, 34). Ebers gibt allerdings zur Gestaltbarkeit der Organisationskultur zu denken:

„[Es] bestehen erhebliche praktische Gestaltungsprobleme, aufgrund derer organisationskultureller Wandel nur begrenzt planbar und beschränkt beherrschbar ist „
(Ebers 1995, 1676).

Für Thomas stellt die Kultur ein Orientierungssystem dar, das

„aus spezifischen Symbolen gebildet und in der jeweiligen Gesellschaft usw. tradiert. Es beeinflusst das Wahrnehmen, Denken, Werten und Handeln aller ihrer Mitglieder und definiert somit deren Zugehörigkeit zur Gesellschaft. Kultur als Orientierungssystem strukturiert ein für die sich der Gesellschaft zugehörig fühlenden Individuen spezifisches Handlungsfeld und schafft damit die Voraussetzung zur Entwicklung eigenständiger Formen der Umweltbewältigung“
(Thomas 2003, 380).

Was bedeuten diese Erkenntnisse für den Diversity-Management-Ansatz? Personelle Vielfalt kann eine Vielfalt an Ansichten, Wertvorstellungen und Überzeugungen mit sich bringen. Diese können zum einen in den unterschiedlichen Kulturkreisen der Herkunftsländer oder aber beispielsweise durch die unterschiedlichen Kulturen der Altersgruppen, der Geschlechter, der sozialen Schichten usw. begründet liegen. Wenn „Kulturstandards“ helfen, das eigene und fremde Verhalten abzugleichen und zu beurteilen und eine Orientierung bieten (siehe oben), gewinnen solche standardisierten Normen und Wertvorstellungen für eine Organisation an Bedeutung, wenn die Beschäftigten eine Vielzahl an unterschiedlichen Ansichten und Überzeugungen mit sich bringen. Denn wenn Menschen unterschiedliche Auffassungen von richtigem und falschem bzw. akzeptablem und inakzeptablem Verhalten haben, wirken sich diese verunsichernd auf die Beteiligten aus, die sich in ihren Grundwerten bedroht und sich abgelehnt fühlen. Werden die Grundwerte als inkompatibel empfunden, kann dies eine konstruktive Zusammenarbeit behindern und sowohl das Wohlbefinden der Gruppenmitglieder als auch deren Leistung negativ beeinflussen (vgl. Messick/Mackie 1989 zitiert in Van der Zee et al. 2004).

Dauerhaft können unterschiedliche Grundwerte nur schwer nebeneinander bestehen (vgl. Judy/Milowiz 2007), so dass es früher oder später entweder zu einer offenen Konfrontation, zu einem klärenden Machtwort des Vorgesetzten oder zu einer Konsensfindung kommt (ebd.). Eine Konsensfindung setzt allerdings voraus, dass eine Offenheit für unterschiedliche Meinungen und Auffassungen gegeben ist. Wenn Vorurteile und Stereotypisierungen vorherrschen, wird der Stärkere dazu neigen, sich durchzusetzen, während der Schwächere sich zurückzieht. Eine Integration neuer Mitglieder in bestehende Netzwerke wird so erschwert bzw. unmöglich gemacht. Ist der Stärkere derjenige, der abweichende Wertvorstellungen mitbringt (dies wäre

etwa der Fall bei einem neuen Oberarzt aus einem anderen kulturellen Kreis), so können sich seine mitgebrachten Überzeugungen destabilisierend auf die Organisationskultur auswirken. Untergebene sehen sich in einem Dilemma zwischen den Erwartungen des Vorgesetzten und denen der restlichen Netzwerkmitglieder.

Pless und Maak (2004) sind der Meinung, dass die bisher schwachen Ergebnisse von Diversity Management daher stammen, dass der Fokus häufig auf die Diversity Politik, Systeme und Prozesse gesetzt wurde. Das Themenfeld Normen und Werte muss mehr Bedeutung bekommen. Der Erfolg von Diversity Management hängt davon ab, ob eine Kultur der Inklusion, Anerkennung, Vertrauen und Respekt aufgebaut wird – und hierfür wird es oft erforderlich sein, bestehende Denkweisen und hierarchische Strukturen zu prüfen, um die Barrieren zu einer inkludierenden Kultur zu identifizieren und zu beseitigen (ebd.).

Wenn die Einführung von Diversity-Management eine grundlegende Änderung in der vorherrschenden Organisationskultur erforderlich macht, so könnte dies nach den obigen Ausführungen eine große Herausforderung für die Organisationsleitung darstellen, und setzt eine langfristig angelegte Strategie voraus.

Kapitel 2 hat bisher sowohl theoretische Aspekte als auch einige empirische Ergebnisse zu Diversity-Management betrachtet. Gelten die Aussagen aber auch für Krankenhäuser oder stellen Krankenhäuser eine besondere Form von Organisation dar, die einen speziellen Management-Ansatz im Umgang mit Vielfalt erforderlich macht? Dieser Frage wird in dem nachfolgenden Abschnitt nachgegangen.

2.5 Übertragbarkeit von Management-Ansätzen aus der freien Wirtschaft auf öffentliche Krankenhäuser

In vielen europäischen Ländern sehen sich Krankenhausorganisationen zunehmend gezwungen, sich mit betriebswirtschaftlichen Managementkonzepten auseinanderzusetzen, um ihre Überlebenschancen am Markt zu verbessern (vgl. McKee et al. 2003). Speziell für die Bedürfnisse eines Krankenhausbetriebes liegen allerdings nur wenige allgemeine betriebswirtschaftliche Theorien und Ansätze vor (vgl. Offermanns 2005, 372).

Stattdessen greift man auf bestehende Konzepte aus Wirtschaft und Industrie zurück und versucht sie auf den Krankenhausbetrieb zu übertragen. So sind Begriffe wie Qualitätsmanagement, Balanced Scorecard und Benchmarking inzwischen auch in der Literatur zu Krankenhausmanagement zu finden (siehe u.a. Behrendt/König/Krystek 2009; Braun von Reinersdorff 2007; Schubert 2003).

Hier stellt sich die Frage, inwieweit Managementinstrumente wie etwa Diversity-Management, die in der Wirtschaft und Industrie eingesetzt werden, auf den Krankenhausbetrieb übertragbar sind. Manche Autoren betrachten die Verwendung von Konzepten aus Wirtschaft und Industrie im Krankenhauswesen als eher unproblematisch (vgl. u.a. Kleinke 1998; Jones 2000). Andere argumentieren, dass Krankenhäuser eine besondere Form von Organisationen darstellen, die sich nur schwer mit Wirtschaftsunternehmen und Industriebetrieben vergleichen lassen. Waldmann et al. (2003) weisen darauf hin, dass

„[a]ttempts to integrate business practices incrementally in healthcare systems often fail or at best produce modest, temporary improvements“.

(Waldmann et al. 2003)

Dabei ist die Betonung der Wertschöpfung durch Effizienz, Produktivität und hohe Qualität, wie dies allgemein in der Wirtschaft zu finden ist, *“decidedly foreign to and seldom seen in care delivery settings.“* (Arndt/Bigelow 2000).

Die Unterschiede zwischen den privaten Unternehmen und Organisationen des öffentlichen Wirtschaftssektors stellen ein Problem bei der Übertragung von Managementtheorien dar. In einem Vergleich von Managementpraktiken in den privaten und öffentlichen Wirtschaftssektoren ging Allison noch weiter und konstatiert, dass:

“the notion that there is any significant body of private management practices and skills that can be transferred directly to public management tasks in a way that produces significant improvements is wrong“

(Allison 1979, 472).

Die große Mehrheit der englischen Krankenhäuser (vgl. Davies 2009, 32ff) und ca. 70 Prozent der Krankenhäuser in Deutschland¹⁷ gehören dem öffentlichen oder gemeinnützigen Sektor an, so dass laut Allison kaum ein Krankenhaus in der Lage wäre, Ansätze aus der Wirtschaft problemlos zu übernehmen. Boyne (2002) widerlegt die Aussage Allisons zum Teil, in dem er Ähnlichkeiten vor allem in den Bereichen Umfeld (z.B. Stabilität, Komplexität), Ziele (z.B. Anzahl, Klarheit, Eindeutigkeit) und Struktur (Verwaltungsaufwand) nachweisen konnte¹⁸.

Eine Übertragbarkeit privatwirtschaftlicher Managementkonzepte auf Gesundheitseinrichtungen, ist demnach nicht unmöglich. Allerdings schlagen Arndt und Bigelow (2000.) vor, dass

¹⁷ Statistisches Bundesamt, Download am 3.5.2010 www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Gesundheit/Krankenhaeuser

¹⁸ Boyne untersuchte die Ergebnisse von 34 empirischen Studien zu den Unterschieden zwischen privaten Unternehmen und öffentlichen Organisationen und kam zum Ergebnis, dass von den 13 Ausgangshypothesen nur 3 Bestand hatten. Diese waren: öffentliche Organisationen waren bürokratischer, ihre Führungskräfte waren weniger materialistisch und zeigten weniger Einsatz /Engagement (commitment) als ihre Gegenüber in der privaten Wirtschaft.

man vorher Grundsatzfragen bzgl. Vision, Zweck, Ziele, Kultur und Anreize beantworten soll, bevor Lösungsansätze übernommen werden. Dieser Auffassung ist auch von Eiff (zitiert in Prettin 2007), der zu denken gibt, dass Führungsfachkräfte, die aus der Industrie stammen und die dort erlernten Instrumente in Kliniken anzuwenden versuchen, häufig scheitern, weil sie diese ohne Kenntnisse der Besonderheiten eines Krankenhausbetriebs umsetzen.

Für die vorliegende Dissertation wird also ein Zugang zum Themenbereich Diversity-Management in Krankenhäusern benötigt, der bei der Bewertung des Diversity-Management-Ansatzes des NHS und dessen Krankenhäuser die Besonderheiten und speziell die Kultur und das Umfeld der Organisation mitbetrachtet. Denn, wie von Jans (2004) festgehalten, sind soziale Zusammenhänge in Organisationen zu komplex, um Diversity-Effekte losgelöst vom Kontext zu verstehen. Vielmehr müssen Diversity und deren Management innerhalb des Organisationskontextes betrachtet werden.

2.6 Ein systemtheoretischer Zugang

2.6.1 Das Krankenhaus als komplexes soziales Expertensystem

Mit einer systemtheoretischen Betrachtungsweise lassen sich die Strukturen, Mitglieder, Ziele und Funktionen, sowie das Handeln und die Kommunikation in Organisationen aufzeigen, die in dynamischen Wechselwirkungen in Verbindung zueinander stehen (vgl. Endruweit 2004, 95). Krankenhäuser werden in der Fachliteratur häufig als eine besonders komplexe Form von sozialen Systemen betrachtet, die sich durch eine hohe Spezialisierung und Aufgabenteilung auszeichnen.

“..a hospital is a complex organization and not a simple entity. The goals of a human service organization, such as a large hospital, are multiple and conflicting [...] and may differ from those of individual departments, such as intensive care units and diagnostic laboratories. A hospital also brings together many professional groups each with its own specialized body of knowledge and own value base.” (McKee/Healy 2003, 7ff)

Genau die hohe Spezialisierung der einzelnen Fachkräfte führt dazu, dass sie den Expertenstatus erhalten und eine große Handlungsautonomie genießen (vgl. Hamn 1993; Schmidt-Rettig 2002). Ein weiteres typisches Merkmal von Krankenhäusern ist die Existenz von Subkulturen innerhalb der Organisationskultur (vgl. Scott /Hofmeyer 2003; Davies et al. 2000). Subkulturen können eine gemeinsame Ausrichtung teilen, oder aber in Konkurrenz zu einander stehen – sie können einander unterstützen, abweisen oder einfach nebeneinander bestehen (vgl. Scott Scott

/Hofmeyer 2003). Eine systemtheoretische Analyse bietet die Möglichkeit, diese und andere organisationsspezifische Einflussfaktoren wie Bürokratie, Machtstrukturen und Hierarchien, Abweichung von Organisationszielen usw. zu untersuchen (vgl. Müller-Jentsch 2003, 19ff).

Nach Luhmanns Verständnis von komplexen sozialen Systemen entwickelt sich ein Krankenhaus aufgrund eines bestimmten Problemfeldes in der Gesellschaft, um Problemlösungen auszuarbeiten und entsprechende Produkte oder Dienstleistungen anzubieten (vgl. Luhmann 2000). Für die Betrachtung von Organisationen als soziale Systeme in dieser Arbeit sind folgende Merkmale des systemtheoretischen Ansatzes besonders von Bedeutung:

- Jedes soziale System definiert sich durch seine Grenzziehung zur Umwelt. Nach systeminternen Kriterien wird die Leitdifferenz von Umwelt und System als Unterscheidung geschaffen. Durch Selektion und Eingrenzung wird Komplexität reduziert und eine strukturelle Stabilität erzeugt. Wechselseitige Erwartungen zwischen Umwelt und sozialem System werden so definierbar (vgl. Luhmann 1972, 31ff).
- Jedes soziale System gilt als autopoietisch d.h. es reproduziert die Elemente, aus denen es besteht, mit Hilfe der Elemente, aus denen es besteht (vgl. Willke 2000, 8).
- Durch die klare Abgrenzung zwischen System und Umwelt, wird Beides beobachtbar. Beobachten bedeutet für Luhmann das gleichzeitige unterscheiden und bezeichnen. Ein soziales System – etwa ein Krankenhaus - unterscheidet und bezeichnet für das eigene soziale System und asymmetrisiert die Differenz sozialer Systeme zur Umwelt (vgl. Luhmann 1998, 83).
- Ein beobachtetes soziales System „gründet sich mithin auf Instabilität. Es realisiert sich deshalb zwangsläufig als autopoietisches System. Es arbeitet mit einer zirkulär geschlossenen Grundstruktur, die von Moment zu Moment zerfällt, wenn dem nicht entgegengewirkt wird.“ (Luhmann 1993, 167).
- Ein soziales System reproduziert seine Identität und sein Verhältnis zur Umwelt durch die Reduktion möglicher Sinnformen. Dadurch werden soziale, sachliche, zeitliche und räumliche Sinndimensionen erschaffen. Abhängig von der Art und Komplexität des sozialen Systems differenzieren sich, bezogen auf die Sinndimensionen, Formen der Kommunikation mit unterschiedlichen sozialen Adressstellen (vgl. Stichweh 2000, 220ff zitiert in Hohm 2006, 15), unterschiedlichen Zeithorizonten der Vergangenheit und Zukunft (vgl. Hohm 2006, 15ff) usw. So gewinnt das System die Fähigkeit einen Bezug zu sich selbst in Abgrenzung zur Umwelt herzustellen (Selbstreferentialität).

Das soziale System bildet so den Rahmen für das soziale Handeln ihrer Mitglieder und ist gleichzeitig abhängig vom Handeln ihrer sozialen Akteure, um ihre Ziele zu erreichen (vgl. Ridgeway 2006). Die Organisationsstruktur nimmt Einfluss auf das Verhalten der Mitglieder, deren Beziehungen zueinander und zur Organisation für den Organisationserfolg mitbestimmend sind.

Die klare Abgrenzung der Organisation zu ihrer Umwelt besagt jedoch nicht, dass sie isoliert von ihr verstanden werden darf: das Geschehen innerhalb der Organisation lässt sich nur zusammen mit den Organisationsbeziehungen zu ihrer Umwelt erklären, die ihr Handeln (Problemlösungen entwickeln, Produkte oder Dienstleistungen anbieten) legitimiert. Vor allem stellt die Kommunikation das Konstitutionsmerkmal dar, mit dem sich Organisationen weiterentwickeln kann (vgl. Grossmann/Scala 2006, 31ff). Dabei entwickeln sich soziale Systeme mit einer Eigendynamik, ihr Verhalten lässt sich nicht, wie beispielsweise bei einer Maschine, vorhersagen. Sie entwickeln sich dabei als ganzes System d.h. Veränderungen in einem Teil des Systems wirken sich auf andere Teile des Systems aus.

Auf einen weiteren wichtigen Aspekt eines sozialen Systems macht Großmann aufmerksam. Auf Einflüsse und Interventionen von außen reagiert ein soziales System in einer Weise, *„die von den internen Mustern und jeweiligen Zuständen des Systems determiniert ist“*. Demnach ist es nicht möglich Veränderungen von außerhalb des Systems einzuführen. Vielmehr müssen sie *„von ihr selbst hervorgebracht werden“* (Grossmann/Scala 2006, 51).

Der systemtheoretische Ansatz wird zur Analyse von Krankenhaus-Trust sowohl in europäischem sowie in angloamerikanischem Raum verwendet (z.B. McKee et al. 2003; Voss 1997; Badura/Feuerstein/Schott 1993, 301ff; Körfer 2001; Stratmeyer 2002). In ihrer Untersuchung der Krankenhaussysteme der EU begründeten McKee und Kollegen ihre systemtheoretische Betrachtungsweise darin, dass sie einige Vorteile für eine Analyse komplexer Organisationen wie Krankenhäuser und das Verhalten deren Mitglieder im systemtheoretischen Ansatz identifizierten (vgl. McKee et al. 2003, 10 ff).

Unter anderen eignet sich der Ansatz dafür, besondere Charakteristiken von Krankenhäusern zu analysieren, wie die teils divergierenden Organisations- und Abteilungsziele, das Zusammenspiel unterschiedlicher Professionen und ihre spezialisierten Kenntnisse und Wertesysteme (vgl. ebd.). Dabei wird beobachtet, dass Experten im Krankenhaus im Sinne ihrer Fachexpertise zu handeln neigen, sie fühlen sich eher den Standards und Werten ihrer Profession gegenüber, als denen des Hauses verpflichtet, da es meist die Professionen sind, welche die Regeln für das berufliche Weiterkommen festlegen (vgl. Grossmann 1993; Greer 2008).

In Bezug auf deutsche Krankenhäuser hat Arnold die Besonderheiten des Expertensystems Krankenhaus diskutiert und identifizieren in den

„teilweise widerstrebenden Interessen der Fachabteilungen [...], die als dezentral agierendes Expertensystem aufgefasst werden können“

eine Herausforderung für das Krankenhausmanagement (vgl. Arnold 2001, XXI). Das Expertensystem muss einerseits die Entscheidungsautonomie der Fachexperten im Interesse der Organisationsziele einschränken, gleichzeitig aber muss die Autonomie der medizinischen Profession in den Behandlungsprozessen geschützt werden, weil nur sie über die notwendigen medizinischen Fachkenntnisse verfügen und weil sie größtenteils für den guten Ruf des Krankenhauses verantwortlich sind. (vgl. Schmidt-Rettig 2001, 60ff; Grossmann 1993, 300ff).

In Untersuchungen von englischen Krankenhäusern hat eine systemtheoretische Herangehensweise in der Literatur ebenfalls Anwendung gefunden (z.B. Iles/Sutherland 2001; Hignet 2003). Hignet sieht Nutzen im systemtheoretischen Ansatz, vor allem bei der Untersuchung von Beziehungen und Interaktionen zwischen einzelnen Elementen, um das Gesamtverhalten des Systems zu erklären:

“looking at relationships and interactions of discrete elements in the system and using these to explain the behaviour of the whole”
(Hignet 2003).

Die Organisationsstrukturen nimmt Bleicher (1991) ins Blickfeld und macht darauf aufmerksam, dass grundlegende machtpolitische sowie hierarchisch-strukturell bedingte Eigenschaften einer Organisation selbst unter der Annahme einer völligen Demokratisierung eines Betriebs nicht wegzuleugnen sind. Für Krankenhäuser, mit ihren Strukturen und Professionsdenken, dürften diese machtpolitischen und hierarchisch-strukturellen Eigenschaften besonders ausgeprägt sein.

Ein weiterer wichtiger Aspekt bei der Betrachtung von Krankenhäusern als soziale Systeme betrifft die Interaktion der Organisationen und deren Mitglieder mit ihrer Umwelt. Eine Krankenhaus-Organisation befindet sich in ständigem Austausch mit Akteuren außerhalb der Organisation und wird von ihnen maßgeblich beeinflusst. Besonders in den letzten Jahrzehnten üben externe Faktoren einen ständigen Veränderungsdruck auf Krankenhäuser in vielen europäischen Staaten aus (vgl. Wieseler/Haker 2003; Schubert 2003; McKee/Healy 2003):

„This means that a hospital must be considered within its environment and that this environment itself is an important focus of study. The way a hospital responds to policies and incentives depends on its role and function as well as the

beliefs and experiences of those who interact with it. For these reasons, knowledge is needed about the past history and trajectories of hospitals.“

(McKee/Healy 2003).

Bei der Betrachtung von Krankenhausorganisationen lässt sich festhalten, dass sie hoch komplexe soziale Systeme sind, die in der Regel sowohl von technik- als auch personal-intensiven Leistungen abhängen und dadurch einen sehr hohen Koordinationsbedarf aufweisen (vgl. Grossmann 1993). Die Beschäftigten, viele von ihnen mit Expertenstatus, müssen organisatorisch anspruchsvolle medizinisch-technische Prozesse täglich einwandfrei erledigen. Die Fokussierung auf die medizinisch-technischen Aufgaben führt aber dazu, dass andere Funktionen vergleichsweise vernachlässigt werden. Krankenhäuser weisen eine hohe Arbeitsteilung und eine starke, eine qualifikations- und verantwortungsbedingte Über- und Unterordnung auf.

Für eine Auseinandersetzung mit Diversity in einem Krankenhauskontext scheint ein systemtheoretischer Zugang geeignet, um eine Übertragbarkeit des aus der Wirtschaft stammenden Managementansatzes auf das Krankenhauswesen zu prüfen und die Besonderheiten von Krankenhäusern, ihre Kulturen, Strukturen und Umwelt ausreichend berücksichtigen zu können.

2.6.2 Diversity und deren Management aus systemtheoretischer Sicht

Was lässt sich über Diversity-Management aus systemtheoretischer Sicht sagen? Diversity-Management zielt darauf ab, das Verhalten einer vielfältigen Belegschaft zu beeinflussen und steuern. Die Rolle der Vorgesetzten und ihre machtpolitischen Einflussnahme bei der Einführung von Diversity-Management (vgl. Vedder 2006) wurde bereits angesprochen. Kaplan und Norton geben zu denken, dass Organisationen, die Diversity als immaterielle, einsetzbare Ressource einsetzen möchten, diese innerhalb des vorherrschenden Kontextes behandeln müssen:

“Intangible assets seldom create value by themselves. They do not have a value that can be isolated from the organizational context and strategy” (Kaplan/Norton 2004, 30).

Will man das Zusammenspiel zwischen Krankenhausbeschäftigten unter Berücksichtigung einer steigenden personellen Vielfalt betrachten, stoßen reine ökonomische Überlegungen schnell auf ihre Grenzen. Diversity als Ressource einer Organisation kann nicht allein innerhalb des menschlichen Handlungssystems thematisiert werden, etwa wie der Umgang mit Alter, mit körperlichen Behinderungen usw. (vgl. Aretz/Hansen 2002, 43ff). Vielmehr müssen sozial konstruierte Differenzen und Hierarchien, die sich in Organisationen reproduzieren und die zu Ausgrenzung und Unterdrückung führen, kritisch untersucht werden (vgl. Weheliye

2008). Mit Hilfe der systemtheoretischen Perspektive können solche Zusammenhänge analysiert werden, die von den meisten Diversity-Ansätzen ignoriert werden (vgl. Weheliye 2008).

Labucay (2006) dazu: Wenn Diversity-Management mehr als ein isoliertes Maßnahmenpaket sein will und den Anspruch erhebt ein ganzheitliches strategisches Führungsinstrument zu sein, ist eine Theoriegrundlage erforderlich, die ausreichend Eigenkomplexität ausweist, damit die Komplexität des Kontextes einer Organisation und der strategischen Steuerungsaufgaben des Managements erfasst werden (vgl. Labucay 2006). Aretz und Hansen argumentieren ebenfalls für einen systemtheoretischen Ansatz:

"Betrachtet man Organisationen als soziale Systeme, die für ihr Funktionieren auch auf Ressourcenzufuhr aus den Umweltsystemen angewiesen sind, dann sind in der gegenwärtigen Phase des Kapitalismus die Unternehmen dazu gezwungen, die Ressourcen aus diesen Umweltsystemen - kulturelle, gesellschaftliche, psychische und organische Systeme - weitaus effizienter und effektiver als bisher zu nutzen". (Aretz/Hansen 2002, 31ff)

In einer Überprüfung der Systemtheorie auf Eignung als Erklärungsansatz für zielgerichtetes Diversity-Management stellt Labucay fest, dass die Konzepte der Inklusion und Exklusion, der Selbstreferentialität und der Eigen- bzw. Umweltkomplexität wesentliche Faktoren für die Überprüfung von Diversity-Management darstellen (vgl. Labucay 2006¹⁹).

Tatli (2010) spricht sich für eine multi-ebene Theorie für die Analyse von Diversity-Management aus, denn es besteht immer noch eine erkennbare Tendenz in der Diversity-Literatur zu Dekontextualisierung, die den Diversity-Management-Prozess zu sehr von seinem sozioökonomischen und Organisations-Setting isoliert, ohne Berücksichtigung der Macht- und Diskriminierungsstrukturen, die im Diversity-Management-Prozess eingebettet sind (vgl. auch Zanoni et al. 2010).

Mit Hilfe von Bourdieus Konzepten der Felder (vgl. Bourdieu 1990), des Habitus (vgl. Bourdieu 1997), des Kapitals und der Strategien (vgl. Bourdieu 1997; Bourdieu 1990), lassen sich die drei Ebenen der sozialen Realität - Makro-, Meso- und Mikro-Ebenen - auf denen Diversity-Management situiert ist (siehe Tabelle 2-1), ausdifferenzieren (vgl. Tatli 2010).

Auf der Makro-Ebene sollen die treibenden Kräfte und die Natur der Diversity-Management-Praktiken identifiziert werden, zusammen mit möglichen Lücken zwischen Diskurs und prakti-

¹⁹ Labucay analysiert Diversity-Management aus Sicht der Systemtheorie aber auch aus Sicht der Postmoderne. Sie kommt zu dem Schluss, dass die Erklärungsbeiträge der systemtheoretischen und der postmodernen Organisationsforschung wesentliche Bezugspunkte zwischen den basistheoretischen Konzepten und der kontextorientierten Argumentation des Diversity-Management aufzeigen und sie für fruchtbare Anschlüsse nutzen lassen (Labucay, 2006).

scher Umsetzung (vgl. Tatli 2010). Tatli identifiziert drei Felder, in deren Netzwerk sich Diversity-Management auf gesellschaftlicher Ebene befindet: das kulturelle Feld bezieht sich auf geschichtliche und heutige Muster von Diskriminierung und Inklusion, Ausbeutung, Unterwerfung usw. in der Gesellschaft; das institutionelle Feld umfasst die institutionalisierten Strukturen von Diversity und Gleichbehandlung, in denen auch die Berufsverbände, Rechtsorgane, Gewerkschaften usw. angesiedelt sind; und das Geschäftsfeld als drittes Feld wirkt sich auf das Verständnis und die Akzeptanz für Vielfalt und umfasst die Lieferanten, die Kunden, die Beschäftigten, die Geldgeber usw. (vgl. Tatli 2010). Stabile, politische Rahmenvereinbarungen sind laut Baumann (2007, 30f) als Grundlage für die Arbeitsbedingungen sehr wichtig und können zur Entwicklung von Richtlinien auf Verbands- bzw. Einrichtungsebene verwendet werden.

Tabelle 2-1 Ebenen für die Untersuchung von Diversity-Management-Ansätzen

Ebenen	Konzepte	Operationalisierung	Komponente
Makro: gesellschaftliche Ebene	Feld	Im Netzwerk der Felder: - kulturelles Feld, - institutionelles Feld - Geschäftsfeld Interne Dynamik und Logik des Feldes: - Diskurs - Praxis	Kontext der sozialen Regulierung, Arbeitgeber-Arbeitnehmer-Beziehungen, Institutionen, Gesetzgebung, Geschäftsumfeld, Kultur, Arbeitsmarktdynamik Vorhandene Diskurse, strukturelle Tendenzen der Praxis
Meso: Organisationsebene	Sub-Feld der Organisation Organisations-Habitus	Diversity-Management-Strukturen, Aktivitäten, Richtlinien, Programme, Integration Geschichtliche Entwicklung der Organisation, Geschichte der Organisationsvielfalt, Vorkommnisse der Diskriminierung, Organisationskultur	Zielgerichtete Strukturen der Organisation, formelle Regeln und Prozeduren Informelles Verhaltens- und Interaktionskodex, Organisationsgedächtnis, -geschichte und -kultur
Mikro: Ebene des Individuums	Verschiedene Formen von Kapital und Strategien	soziales, ökonomisches, kulturelles und symbolisches Kapital; Strategien; Organisationsakteure	Dispositionen, geformt durch Erfahrungen, Ressourcen und Zwänge, Status, Macht, Strategien
(Quelle: Tatli 2010, eigene Übersetzung)			

Auf der Meso-Ebene lässt sich Diversity-Management sowohl im Organisationsunterfeld als auch im Organisationshabitus positionieren (vgl. Tatli 2010). Das Unterfeld umfasst die Diversity-Management-Strukturen, Organisationsdemographie, Richtlinien, Hierarchien usw., die den Umgang mit Vielfalt innerhalb der Organisation regeln. Diversity-Management kann ferner aus Sicht des Organisationshabitus betrachtet werden, das die Organisationskultur, - tradi-

tionen und -machtstrukturen umfasst und das das Verhalten und die Interaktionen innerhalb der Organisation steuert (ebd.).

Für die Analyse von Diversity-Management auf Mikro-Ebene setzt Tatli (ebd.) Bourdieus Konzepte von Kapital und Strategien ein, um die Ressourcen und Aktionen der Individuen zu erklären. Kulturelles Kapital umfasst den kulturellen und demographischen Hintergrund sowie Merkmale des Humankapitals wie Bildung, Training und Berufserfahrung, das Sozialkapital aus Beteiligungen in formellen oder informellen Gruppen und Netzwerken, und symbolisches Kapital, verstanden im Sinne des Organisationssettings bestehend aus z.B. dem Status der Einzelnen innerhalb der Hierarchie (ebd.). Die Akteure setzen dann Strategien ein, die Ressourcen an Kapital allokatieren, transformieren oder verteilen, mit dem Ziel, ihren Status und ihre Machtverhältnisse in der Organisation zu verbessern (ebd.) Die Vorteile dieses Modells sieht Tatli darin, dass Einflüsse aus multiplen Ebenen betrachtet werden können:

„Multi-level influences account for the Diversity-Management initiatives' success or failure, contingent upon macro, meso and micro levels of influence as well as the dynamic web of relations in which they are situated. [This model] allows explanations of interactions and interrelationships between the levels of individual, organization and society. “

(Tatli 2010).

2.6.3 Diversity-Management im „sozialen System Krankenhaus“

Aus den Erkenntnissen der letzten zwei Abschnitte ist klar geworden, dass eine systemtheoretische Betrachtung von Krankenhausorganisationen nützlich sein kann, um die Komplexität der Strukturen, Mitglieder, Ziele und Funktionen sowie des Handelns, Verhaltens und der Kommunikation in Krankenhäuser zu berücksichtigen.

Ferner ist bezüglich der Auseinandersetzung mit Diversity klar geworden, dass es nicht ausreicht, Diversity allein auf der Handlungsebene zu betrachten. Die Betrachtung des Verhaltens im Krankenhaus darf nicht isoliert von seinem gesellschaftlichen und Organisations-Setting geschehen, sondern sowohl unter Berücksichtigung der Macht- und Diskriminierungsstrukturen innerhalb des Diversity-Management-Prozesses (vgl. Zanoni et al. 2010), als auch unter Einbeziehung Diversity-relevanter Faktoren auf Makro-, Meso- und Mikro-Ebenen (vgl. Tatli 2010).

Was bedeuten diese Erkenntnisse für die Auseinandersetzung mit Diversity-Management im englischen NHS-Krankenhaus? Bezogen auf Tatlis Multi-Ebene-Rahmen für die Untersu-

chung von Diversity-Management (siehe Tabelle 2-1) lassen sich folgende Faktoren identifizieren, die sich auf den Umgang mit Vielfalt in den NHS-Krankenhäusern auswirken:

- auf der Makro-Ebene: englische Gesetzgebung insbesondere in Bezug auf Gleichstellung, Antidiskriminierung und Einwanderung; die Politik des NHS / des *Department of Health* als Institutionen des englischen Gesundheitswesens, insbesondere die Einstellungen zu personeller Vielfalt; das gesellschaftliche Umfeld des NHS und die dort befindlichen sozialen Normen insbesondere auch die der Professionen; die Arbeitsmarktdynamik in Bezug auf Health-Care-Professionals; finanzpolitische Entscheidungen im Gesundheitswesen und Bereitstellung von Ressourcen für die Umsetzung von Diversity-Management-Maßnahmen.
- auf der Meso-Ebene: zielgerichtete Strukturen der einzelnen NHS-Krankenhaus-Organisationen, die für den Umgang mit Vielfalt etabliert wurden; formelle Regeln und Prozeduren, die den Umgang mit personeller Vielfalt beeinflussen; informeller Verhaltens- und Interaktionskodex der Fachabteilungen und der Professionen; Traditionen, Erfahrungen und Kultur der einzelnen NHS-Krankenhäuser. Auf dieser Ebene lassen sich die Machtverhältnisse identifizieren, die den Managementpraktiken zugrunde liegen (vgl. Zannoni/Janssens 2004).
- auf der Mikro-Ebene: das Kapital des einzelnen Beschäftigten des Krankenhauses bestehend aus Bildung und Fähigkeiten, ihren sozialen Netzwerken, persönlichen kulturellen Ressourcen, finanziellem Status und Zugehörigkeit zu einer Berufsgruppe. Diese Formen des Kapitals lassen sich durch persönliche Strategien einsetzen, die das Individuum entwickelt, um seine Position innerhalb der Organisation verbessern zu können, z.B. die Zugehörigkeit in Netzwerken, Fachbereichen, Arbeitsgruppen aber auch durch die Abgrenzung von anderen Gruppen, etwa durch die Schaffung von einzigartigen Fähigkeiten oder Aneignung besonderer Fähigkeiten.

Diese Arbeit will sich vorwiegend mit der Meso-Ebene beschäftigen: nämlich, wie gehen NHS-Krankenhaus-Organisationen mit der Vielfalt ihrer Belegschaften um. Der Multi-Ebene Ansatz, der von Tatli vorgeschlagen wird, scheint aber gerade im Hinblick auf die Komplexität von Diversity und deren Management sinnvoll und kommt auch den Vorstellungen von McKee und Healy (2003) nach, die Krankenhäuser und deren Entwicklungen in Zusammenhang mit ihrer Umwelt und externen Einflussfaktoren zu analysieren.

Diese Sichtweise teilt auch Louis in Bezug auf englische Krankenhauskultur. Die Meinungen und Vorstellungen der Öffentlichkeit in Bezug auf den NHS und seine Krankenhäuser, die geltenden Stereotypen von Krankenhausakteuren (Ärzte, Krankenpflegepersonal usw.) beeinflussen das Krankenhauspersonal und ihre eigenen Vorstellungen und Stereotypen, so dass diese

Faktoren nur schwer voneinander zu isolieren sind (vgl. Louis in Preston et al. 1996). So wird diese Arbeit auch analysieren, in wie weit die Krankenhausorganisationen die Einflussfaktoren auf allen drei Ebenen - Makro, Meso und Mikro – berücksichtigen, wenn sie den Umgang mit Vielfalt in ihren Häusern zu beeinflussen versuchen.

3 UMFANG UND GRENZEN

3.1 Verortung der Krankenhäuser innerhalb des NHS

Die vorliegende Dissertation beschäftigt sich mit dem Personal der Krankenhäuser, die zum staatlichen Gesundheitssystem, dem NHS in England gehören. Häufig wird vom NHS gesprochen, um die Gesundheitssysteme in ganz Großbritannien oder im gesamten UK zu bezeichnen, obwohl nur das System in England den Namen ohne Länderzusatz verwendet. So existieren im UK neben dem NHS (für England) auch der „*NHS in Wales*“ und der „*NHS in Scotland*“ sowie im Nordirland der „*Health and Social Care in Northern Ireland*“. Die vier Systeme arbeiten unabhängig voneinander und berichten an die jeweiligen Regierungsinstanzen²⁰. Im Rahmen dieser Dissertation wird unter dem Begriff NHS das Gesundheitssystem Englands verstanden.

Die Krankenhäuser stellen nur ein Element eines komplexen Gesamtgebildes des NHS da. Auch wenn der Blick dieser Dissertation auf die Krankenhäuser konzentriert ist, ist es notwendig die Zusammenhänge der einzelnen Elemente des gesamten NHS zu verstehen und eine Verortung der Krankenhäuser im Gesamtsystem vorzunehmen – denn, wie bereits in Kapitel 2.6 und insbesondere in Tatlis Multi-Ebenen Modell gezeigt, ist es sinnvoll zu verstehen, innerhalb von welchen Strukturen sich die Organisationsmitglieder verhalten und handeln, und diese mitzuberücksichtigen, wenn Diversity-Management untersucht werden soll. Abbildung 3-1 zeigt eine vereinfachte Darstellung des NHS als Gesamtsystem.

Das NHS-Headquarter ist im Gesundheitsministerium - *Department of Health* – angesiedelt und für die Kontrolle der Ausgaben und Leistungen der nachgestellten Verwaltungseinheiten zuständig. Hier werden u.a. NHS-Standards (sowohl in Bezug auf die Patientenversorgung als auch auf die Personalpolitik und den Umgang mit Lieferanten und Partnern usw.) ausgearbeitet, deren Einhaltung überwacht und gegen deren Nichteinhaltung vorgegangen. Die Vorgaben und Richtlinien des britischen Gesundheitsministerium werden von den 10 regionalen Gesundheitsbehörden, den *Strategic Health Authorities* (SHAs) umgesetzt (vgl. Davies 2009, 24).

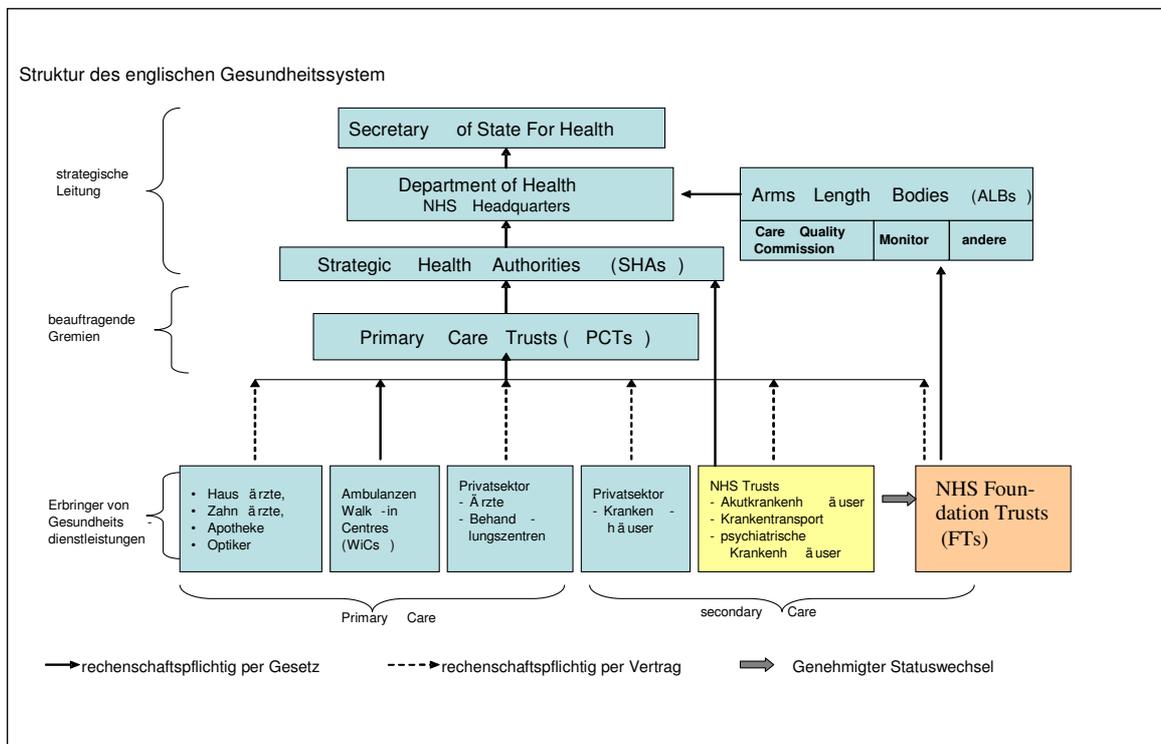
Die SHAs liefern selbst keine Gesundheitsleistungen sondern leiten, koordinieren und unterstützen die lokalen Gesundheitsversorgungsorganisationen, die *Primary Care Trusts* (PCTs). Die 152 PCTs in England sind für etwa 80% der NHS-Ausgaben verantwortlich (ca. £75,9 Milliarden im Jahr 2009 vgl. Thompson 2009, 9). Sie ermitteln den ambulanten und stationären

²⁰ d.h. an den *Scottish Government*, den *Welsh Assembly Government*, die *Northern Ireland Executive* und den *UK Government für England*. Die Webseiten der nationalen Gesundheitssysteme auf <http://www.wales.nhs.uk> (Wales), <http://www.show.scot.nhs.uk> (Schottland), <http://www.n-i.nhs.uk/> (Nordirland), <http://www.nhs.uk> (England).

Leistungsbedarf ihres Einzugsgebiets mit durchschnittlich 330.000 Einwohnern und beauftragen Anbieter auf dem Gesundheitsmarkt - z.B. die NHS-Krankenhäuser - mit der Erbringung entsprechender Gesundheitsdienstleistungen (vgl. Davies 2009, 40ff).

Abbildung 3-1 aktuelle Struktur des Englischen Gesundheitssystems

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Talbot-Smith und Pollock 2006



Momentan werden die NHS-Krankenhäuser von 164 Krankenhaus-Organisationen - sogenannte *Trusts* - der Akutversorgung geführt (vgl. Bundred 2010; Davies 2009, 26ff). Ein *Trust* kann ein oder mehrere Krankenhäuser in seiner Region betreiben (vgl. NAO 2009, 29).

Die Labour-Regierung (1997-2010) begann zur Jahrtausendwende eine riesige Reform des NHS einzuführen, beginnend mit dem *NHS Plan 2000* (vgl. DoH 2000a). Unter anderem sah der Plan vor, die *NHS Trusts* umzustrukturieren. Seit 2004 wird ein Wechsel von dem alten *NHS Hospital Trust* zur neuen Organisationsform des *NHS Foundation Trust* aller Krankenhausorganisationen bis Ende 2010 angestrebt (vgl. Davies 2009, 29).

Im Gegensatz zu den *NHS Hospital Trusts*, die an die *Strategic Health Authorities* berichten, sind die *NHS Foundation Trusts* der Regulierungsbehörde *Monitor* unterstellt. *Monitor* entscheidet darüber, ob der Übergang der Organisationsform vom *Hospital Trust* zu *Foundation-Trust* stattfinden darf. Mit der Erreichung des *Foundation-Trust*-Status gehen die Kontroll- und Supervisionszuständigkeiten von den *Strategic Health Authorities* an *Monitor* und die *Care Quality Commission* (CQC) über (siehe Abbildung 3-1, rechte Seite), die dem Gesundheitsministerium direkt unterstellt sind (vgl. Davies 2009 29). *Foundation Trusts* sind verpflichtet ihren Jahresbericht *Monitor* vorzulegen. Krankenhäuser mit *Foundation-Trust*-Status genießen

mehr Autonomie. Etwaige Gewinne dürfen in den eigenen Betrieb re-investiert werden. *Foundation Trusts* haben einen besseren Zugang zu privaten und öffentlichen Geldern, dürfen selbst entscheiden, wie sie die nationalen Standards und Zielsetzungen erreichen sowie Gehälter und Vergütungen vereinbaren, die von den nationalen NHS Vereinbarungen abweichen²¹ (vgl. Davies 2009, 29). Die von *Monitor* individuell zugeteilte Kreditlinie ermöglicht jedem *Foundation Trust* die Aufnahme von Krediten bei kommerziellen Banken oder beim DoH (vgl. Davies 2009, 177). *Monitor* vergibt für jeden *Foundation Trust* vierteljährliche und jährliche Finanzrisikobewertungen und einen Finanzrisikoprognose für das kommende Jahr. Dabei werden Liquidität, finanzielle Effizienz, Planerreicherung und Leistung bewertet (vgl. *Monitor* 2009).

Mit der Einführung der *Foundation Trusts* sollen Krankenhäuser mehr Wettbewerb eingehen können und so Anreize für Innovation und Unternehmergeist erhalten. Die ersten zehn NHS-Trusts erlangten den *Foundation Trust* Status bereits im April 2004. Von den 164 *Acute Trusts* hatten im März 2010 90 (55%) den *Foundation Trust*-Status erreicht, 74 strebten diesen Status noch an (vgl. *Monitor* 2010).

3.2 Fokussierung auf das Krankenhauspersonal

Wie in Kapitel 2.2 gezeigt, umfasst Diversity-Management häufig Maßnahmen, die sowohl nach innen gerichtet sind – im Sinne einer Mitarbeiterorientierung – als auch nach außen im Umgang mit den Kunden, Lieferanten und anderen Stake Holdern, indem etwa die speziellen Bedürfnisse bestimmter Zielgruppen von ihren „Repräsentanten“ im Betrieb erkannt und berücksichtigt werden (vgl. Stuber 2004, 73-74), in Geschäftsbeziehungen mit Kooperationspartnern und Investoren durch die Einhaltung geschäftsmoralischer Verpflichtungen (vgl. Steppan 1999, 30ff) und zum gesellschaftlichen Umfeld, etwa durch die bessere Akzeptanz der Organisationspolitik in der Öffentlichkeit (vgl. Stuber 2004, 236ff). Auch im Krankenhauskontext kann Diversity-Management eine kundenorientierte Ausrichtung haben, um beispielsweise die besonderen Bedürfnisse der kulturell-unterschiedlichen Patientengruppen besser zu berücksichtigen.

Die vorliegende Arbeit setzt sich aber vor allem mit dem Umgang der Vielfalt des Krankenhauspersonals im Sinne von „Workplace Diversity“ (siehe Hays-Thomas 2004 Kapitel 2.1) auseinander. In der Tat umfassen Diversity-Management-Konzepte der NHS-Organisationen auch kunden- bzw. patientenorientierte Maßnahmen, die im Verlauf dieser Arbeit punktuell miterwähnt werden, sie gehören allerdings nicht zum Untersuchungsgegenstand und werden nicht näher untersucht werden. Aber durch ein mitarbeiterorientiertes Diversity-Management

²¹ Trotz dieser Freiheit bei der Gestaltung der Gehälter ist die nationale NHS Vergütungssystem „Agenda for Change“ auch für die *Foundation Trusts* bindend. Die besonderen Vereinbarungen für Bezahlungen in *Foundation Trusts* ist in dem „Agenda for Health. Final Agreement 2004. December 2004, Leeds, UK“ geregelt.

sollen Faktoren wie Inklusion, Motivation und Fairness gefördert werden, die wiederum das Arbeitsklima und letztendlich auch die Qualität der Patientenversorgung und –sicherheit beeinflussen (vgl. BMA 2006; Paice/Smith 2009; Mistry/Latoo 2009). In einer Arbeitsumgebung, in der Beschäftigte demoralisiert, ausgegrenzt oder ohne Entfaltungsmöglichkeit arbeiten müssen, kann die Versorgungsqualität leiden:

„Ultimately if the culture [...] results in demoralized staff working, in a caring profession, it is the patients who will suffer“.

(Mistry/Latoo 2009).

Im Jahr 2008 beschäftigten die Akutkrankenhäuser ca. 35.000 Fachärzte, 35.000 Assistenzärzte und hatten einen Pflegepersonalstand von über 200.000 Beschäftigten (vgl. King's Fund 2009)²².

In der vorliegenden Arbeit liegt der Schwerpunkt auf dem Umgang mit den Beschäftigten, zum einen weil ein Management-Ansatz, der eine Gesamtbelegschaft dieser Größenordnung zu beeinflussen versucht, von besonderem Interesse ist, und zweitens weil die Krankenhausorganisationen diese Vielfalt selbst bis zu einem gewissen Grad bestimmen/verändern können (im Gegensatz zur Vielfalt der Patienten und Patientinnen).

3.3 Zwei Beispiel Krankenhausorganisationen

Die vorliegende Arbeit will explorativ die Vorgehensweisen in Krankenorganisationen²³ des NHS untersuchen. Aus diesem Grund werden zwei Krankenhausorganisationen als Beispiele ausgewählt, die eine führende Rolle in die Einführung und Weiterentwicklung von Diversity-Management innerhalb des NHS gespielt haben. Der Londoner *King's College Hospital NHS Foundation Trust* („King's“) und der *Bradford Teaching Hospitals NHS Foundation Trust* (BTH) in West Yorkshire im Norden Englands (siehe Abb. 3-2). Beide verwalten große, traditionsreiche Krankenhausorganisationen der Akutversorgung mit dem Status „NHS-Lehrkrankenhaus“. Zum BTH gehören der *Bradford Royal Infirmary* und das kleinere *St. Luke's Hospital*, das den *Royal Infirmary* in manchen Fachgebieten wie beispielsweise Nephrologie unterstützt (vgl. BTH 2009a, 6). Sowohl King's als auch BTH begannen bereits Anfang der 2000er Jahre mit der Entwicklung ihres Diversity-Managements und gehören zu den Best-Practice-Organisationen im NHS in Sache Diversity und Chancengleichheit und dienen als Vorbild für andere NHS-Organisationen. Die *Equality & Diversity Strategien* von King's und

²² Mit ca. 1,3 Millionen Beschäftigten ist der NHS der größte Arbeitgeber in England und einer der Größten weltweit (Davies 2009, 190). In 2007/8 £36.5 Milliarden wurden für die NHS-Beschäftigte ausgegeben, d.h. ca. 40% des Gesamt-NHS-Budgets von £90.4 Milliarden (King's Fund 2011).

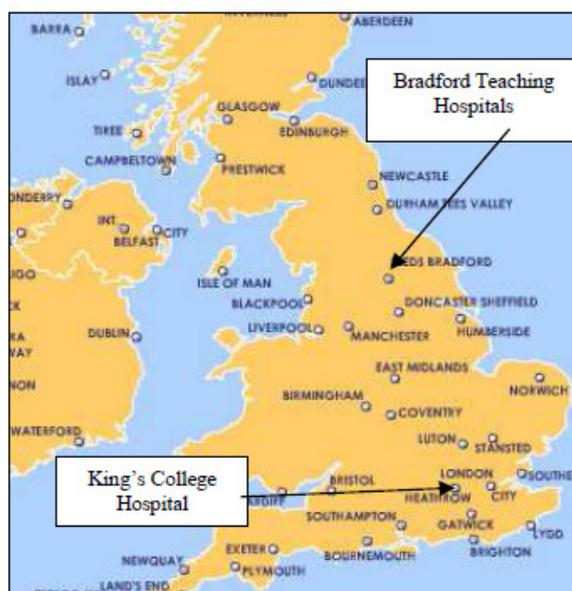
²³ Da ein „NHS Hospital Trust“ aus einem oder mehreren Krankenhäusern bestehen kann (siehe Kapitel 3.1, vgl. NAO 2009, 29), wird in der vorliegenden Arbeit der Begriff „Krankenhausorganisation“ verwendet, anstelle von „Krankenhaus“.

vor allem BTH werden oft als Beispiel für Best-Practices benannt (vgl. Khan 2005; Thrive 2005; RCN 2006; EOR 2003).

King's gehörte ab 2002 zu den Pilotorganisationen für Diversity-Management im NHS (vgl. King's 2003). BTH wird ebenfalls als Pionier auf dem Gebiet Chancengleichheit und Vielfalt angesehen (vgl. HO 2002, 6), hatte schon im Jahr 2004 eine Diversity-Strategie entwickelt und ist in der Vergangenheit von anderen Institutionen als gutes Beispiel für den ganzheitlichen Ansatz gelobt worden (vgl. BTH 2004, 4; Thrive 2005).

Bradford Teaching Hospitals Trust (BTH) gehörte zu den ersten zehn NHS-Trusts, die den *Foundation Trust*-Status schon im April 2004 erreichten, King's College Teaching Hospital erhielt den *Foundation Trust*-Status Ende 2006²⁴.

Abbildung 3-2 Lokation von King's und Bradford Krankenhausorganisationen



Auf Grund ihrer jeweiligen Größe bieten beide Krankenhausorganisationen eine komplexe Belegschaft, in der ein hoher Grad an beruflicher Vielfalt erwartet werden kann. Die Großstädte Bradford und London wie auch die zwei Krankenhausorganisationen selbst bieten sehr unterschiedliche demographische und geschichtliche Hintergründe. Ferner kam es im vergangenen Jahrzehnt zu Zusammenlegungen von NHS-Krankenhausorganisationen, von denen BTH und King's weitgehend verschont blieben, so dass man auf eine stabile Datenbasis in Form von z.B. Jahresberichten oder Mitarbeiterbefragungen über mehrere Jahren hinweg zurückgreifen kann. Diese Faktoren haben zu der Auswahl von BTH und King's für die vorliegende Arbeit geführt. Nur zwei Organisationen werden als Beispiel genommen, zu zeigen, wie die NHS-Theorie zu Diversity-Management in die Praxis umgesetzt wurde bzw. wird. Dadurch kann diese Dissertation keinen Anspruch auf Repräsentativität erheben. Trotzdem dürften die Vorgehensweisen

²⁴ Eine Liste aller genehmigten Foundation Trusts mit Datum der Genehmigung ist Online auf der Webseite der Regulierungsbehörde Monitor einsehbar <http://www.monitor-nhsft.gov.uk> Stand 30.12.2010

dieser zwei Organisationen auf Grund ihres Status als Vorbildstandorte einiges aussagen über die typisch angewandten Vorgehensweisen bzgl. Ansatz, Politik und Methoden bei der Entwicklung und Umsetzung von Diversity-Management-Konzepten in Krankenhausorganisationen des NHS.

3.4 Konkretisierung der Fragestellung

Die unter Punkt 1.3.1 genannten Fragen können jetzt nach der Festlegung des theoretischen Rahmens in Kapitel 2 und der Eingrenzung des Gegenstandes folgendermaßen ergänzt und konkretisiert werden:

1. Motivation: warum haben sich die zwei Beispiel Krankenhausorganisationen für Diversity-Management entschieden, welchem Ansatz (Fairness/Marktzutritt/Lernen- und Effektivität nach Thomas/Ely 1996) sind sie gefolgt? Und lässt sich erkennen, ob die Krankenhausorganisationen aus eigener Überzeugung oder aus institutioneller Isomorphie (nach Dimaggio/Powell 1983) handeln? Denn die Beweggründe für eine Implementierung von Diversity-Management können sich auf die Glaubwürdigkeit und Authentizität der Aussagen, Visionen und Leitlinien der Führung auswirken.
2. Reifegrad des Entwicklungsprozesses: Welche Aussagen lassen sich über den Reifegrad des eingeführten Diversity-Managements (nach Thomas/Ely, Sepehri oder Becker bzw. nach dem 6-Stufen-Modell von Wrench – siehe Kapitel 2.2.6) machen?
3. Zielsetzung: Was genau wollten die Krankenhausorganisationen mit Diversity-Management erreichen? Wie unter Kapitel 2.3 gezeigt, werden typischerweise Vorteile von Diversity-Management in den Bereichen: Personalbeschaffung, Personalbindung (durch Inklusion und Zufriedenheit), Kundenorientierung, Innovation/Kreativität, moralischer/gesetzlicher Pflichterfüllung sowie Marketing erhofft. Haben die zwei Beispiel-Krankenhausorganisationen ihre Erwartungen klar definiert? Wenn ja, sind diese Erwartungen sinnvoll und nachvollziehbar in Anbetracht der Erkenntnisse aus Studien über Bestätigung bzw. Widerlegung der Diversity-Argumente (Kapitel 2.4.2)?
4. Maßnahmen, Instrumente und Vorgehensweise: Welche Maßnahmen und welche Tools hat man gewählt, um Diversity-Management umzusetzen? Wie hat man Diversity-Management gestaltet und umgesetzt? In Kapitel 2.2.6 wurden die Prozess-Elemente vorgestellt, die laut Kandola und Fullerton typischerweise bei der Entwicklung und Umsetzung von Diversity-Management empfohlen werden: eine Ist-Analyse, die Identifizierung der Diversity-Hindernisse, die Implementierung der strategischen Maßnahmen, die kontinuierliche Evaluation. Kandola und Fullerton fügten noch hinzu: das Vorhandensein einer klaren Vision, die Unterstützung durch das Top-Management, eine Analyse der

Bedürfnisse, die klare Zielsetzung, die interne und externe Kommunikation, die Festlegung von Verantwortlichkeiten/Rechenschaftspflichten. Ferner sind die Maßnahmen zu koordinieren. Haben auch die zwei Bestpractice-Krankenhausorganisationen ihre Strategien so strukturiert und geplant umgesetzt?

5. Ergebnisse und Evaluation: Wie haben die zwei Beispiel-Krankenhausorganisationen die Ergebnisse ihrer Bemühungen um ein Diversity-Management gemessen? Aus Kapitel 2.4 wissen wir, dass die Messbarkeit der Ergebnisse häufig eine Schwachstelle des Diversity-Managements darstellt. Wie haben die 2 Krankenhausorganisationen die Umsetzung ihrer Strategien evaluiert und wie haben sie die Ergebnisse gemessen?

Und ferner: auf Grund der Erkenntnisse aus Kapitel 2 ist die Beantwortung weiterer zwei Fragen von besonderem Interesse:

6. in wie weit sind die Besonderheiten einer Krankenhausorganisation bei der Entwicklung und Umsetzung des Diversity-Management-Konzeptes berücksichtigt worden, da dies ein entscheidender Faktor bei der Einführung von Managementtheorien aus der Wirtschaft sein kann, wie unter Punkt 2.5. besprochen. Häufig scheitern Management-Ansätze aus der Industrie, wenn sie in einem Krankenhausbetrieb umgesetzt werden sollen, weil die Besonderheiten des „Systems Krankenhaus“ nicht ausreichend berücksichtigt werden. Haben die zwei Beispiele diesen Aspekt behandelt?
7. Waren die Vorgehensweisen geeignet oder lassen sich Alternativen erkennen, die besser geeignet wären, um den Umgang mit Vielfalt in Krankenhäusern effizienter zu gestalten? Denn wie in Kapitel 1.2.3 gezeigt, stellt sowohl der effiziente Umgang mit Ressourcen im Gesundheitswesen als auch die Förderung der Gesundheit des Krankenhauspersonals Public-Health-Themen dar.
8. Und letztendlich: lassen sich Erkenntnisse aus den Erfahrungen in England identifizieren, die für das deutsche Krankenhauswesen von Interesse sein könnten?

3.5 Definition des Ausgangsmaterials und Einschätzung dessen Aussagewertes

3.5.1 Veröffentlichungen der zwei Beispiel-Krankenhausorganisationen

An Stelle einer eigenen empirischen Datenerhebung basiert die vorliegende Arbeit hauptsächlich auf einer Analyse von Dokumenten, die von den zwei Beispiel-Krankenhausorganisationen erstellt wurden. Die Dokumente, die von King's College Hospital Trust erstellt wurden, sind in Tabelle 3-1 zu sehen, die Dokumente von Bradford Teaching Hospitals Trust in Tabelle 3-2.

Die Dokumente (bzw. Dokumentengruppen) in den Tabellen 3-1 und 3-2 werden im folgenden Abschnitt nach ihren Erkenntniswert unter Berücksichtigung von Mayrings sechs Kriterien (siehe Kapitel 1.3.2) geprüft:

I. Allgemeine Jahres- und Finanzberichte

Von der Art des Dokumentes handelt es sich sowohl bei den Dokumenten von King's als auch von BTH um die offiziell veröffentlichten **Jahresberichte** der jeweiligen Krankenhausorganisation. *Foundation Trusts* sind verpflichtet diese Dokumente der Regulierungsbehörde Monitor vorzulegen (siehe Kapitel 3.1).²⁵

Tabelle 3-1 Dokumente des King's College Hospital NHS (Foundation) Trust

King's College Hospital	
Erscheinungsjahr	Dokumentenart
I. Allgemeine Jahres- und Finanzberichte	
2002	Annual Report 2001/2002
2003	Annual Report 2002/2003
2004	Annual Report 2003/2004
2005	Annual Report 2004/2005
2006	Annual Report and Accents 2005/2006
2007	Annual Report and summary financial statements 2006/2007
2008	Annual Report and summary financial statements 2007/2008
2009	Annual Report and Accounts 2008/2009
2010	Annual Report and Accounts 2009/2010
II. (Jahres-)Berichte über Vielfalt und/oder Chancengleichheit	
2003	Valuing Diversity Report 2002/2003
2004	Diversity Annual Report 2003/2004
2005	Valuing Diversity Report 2004/2005
2006	Diversity Annual Report 2005/2006
2007	Workforce Monitoring Report 2006/2007
2008	Workforce Information Report 2007/2008
2009	Workforce Information Report 2008/2009
2010	Workforce Quality Information Report 2009/2010
III. Aktions-/Maßnahmenpläne & Strategien	
2007	Annual Plan 2007/2008
2008	Annual Plan 2008/2009
2009	Annual Plan 2009/2010
2009	Single Equality Scheme 2009-2012

²⁵ Auch bevor *Monitor* und das *Foundation Trust* Konzept ins Leben gerufen wurden, waren die NHS Trusts verpflichtet, einen Jahresbericht mit Finanzen zu veröffentlichen und diese dem UK Parliament vorzulegen. Siehe Commons Debate written answers vom 6 Feb 2002 : Column 1037 W auf www.publications.parliament.uk/pa/cm200102/cmhansrd/vo020206/text/20206w28.htm, Download am 01.09.2011

Bzgl. der physischen Charakteristika sind alle - bis auf dem Jahresbericht von BTH für den Zeitraum 2006/2007, der aus reinem Text besteht - Farbbroschüren mit Text und Fotos. Die Jahresberichte werden von den zwei Beispiel-Krankenhausorganisationen selbst und zeitnah erstellt und befassen sich mit den Geschehnissen des vorangegangenen Geschäftsjahres²⁶. Sie sind sowohl als offizielle Vorlage für z.B. *Monitor* als auch für die Stakeholder und die breite Öffentlichkeit als Informationsbroschüre gedacht. Neben allgemeinen Informationen über Erfolge, Geschehnissen und Finanzen, umfassen alle vorgestellten Jahresberichte einen Abschnitt über Chancengleichheit und Vielfalt, so dass sie eine Nähe zum Gegenstand (Umgang mit Vielfalt in dem jeweiligen Krankenhaus-Trust) aufweisen. Alle Dokumente stammen von der jeweiligen Krankenhausorganisation und sind als PDF-Datei öffentlich zugänglich auf der Webseite der Krankenhausorganisationen veröffentlicht.

II. Berichte über Vielfalt und/oder Chancengleichheit

Bei den Berichten zum Thema Vielfalt und/oder Chancengleichheit handelt es sich um unterschiedliche Dokumentenarten. Von 2002 bis 2006 hat King's einen gesonderten Jahresbericht zum Thema Diversity herausgegeben. Bis auf den Bericht für das Jahr 2004, der ein reines Textdokument ist, sind diese im Stil der allgemeinen Jahresberichte unter Punkt I, haben aber den Schwerpunkt Chancengleichheit und Vielfalt. Auch diese Berichte sind Farbbroschüren, von King's selbst herausgegeben, um über ihre Diversity-Politik des vergangenen Jahres zu berichten. Zielgruppe hier die Patienten/Patientinnen, die lokale Bevölkerung, weitere Stakeholder sowie die Beschäftigten. Wer genau für den Inhalt der Berichte verantwortlich ist, ist nicht immer ersichtlich. In den ersten 2 Berichten (2002-2003 sowie 2003-2004) werden keine Angaben zum Autor gemacht. Erst im Bericht vom 2004-2005 ist ein Vorwort vom *Chief Executive* des Trusts. Im darauf folgenden und letzten *Diversity* Bericht 2005-2006 stammt das Vorwort von der Vorsitzenden des *Equality & Diversity* Komitees, die gleichzeitig ein „*non-executive*“ Direktorin von King's ist. Es lässt sich also keine klare Verantwortung für die Diversity-Berichte erkennen. Ähnliche Diversity-Berichte sind von BTH nicht erstellt worden. Ab 2007 hat King's wie auch BTH jährliche, sogenannte *Workforce information reports* erstellt, die u.a. statistische Informationen über die demografische Zusammensetzung der Belegschaft beinhaltet. Ferner werden Informationen geliefert über z.B. Gehaltsstufen, Zahl Beförderungen, Zahl der Beschwerden usw. beispielsweise nach Ethnizität oder nach Geschlecht. Diese Berichte sind Sachberichte mit Farbgrafiken, dienen der sachlichen Berichterstattung und weniger der Öffentlichkeitsarbeit. Auch diese Berichte sind öffentlich auf der jeweiligen Web-

²⁶ das Fiskaljahr in Großbritannien läuft vom 1. April bis zum 31. März und entsprechend sind die Berichtszeiträume gestaltet

seite der Krankenhausorganisation zugänglich. Sie dienen der Nachweispflicht, die alle NHS-Trusts haben, dass sie ihren gesetzlichen Verpflichtungen im Bereich Chancengleichheit nachgekommen sind (vgl. NHS-2009a; mehr zu den gesetzlichen Verpflichtungen in Kapitel 4.3).

Tabelle 3-2 Dokumente des Bradford Teaching Hospitals NHS (Foundation) Trust

Bradford Teaching Hospitals	
Erscheinungsjahr	Dokumentenart
Allgemeine Jahres- und Finanzberichte der Organisation	
2007	Annual Report and Accounts 2006/2007
2008	Annual Report 2007/2008
2009	Annual Report and Accounts 2008/2009
2010	Annual Report and Accounts 2009/2010
(Jahres-)Berichte über Vielfalt und/oder Chancengleichheit	
2007	Workforce Information Report 2006/2007
2008	Initial Equality Impact Assessment - Recruitment & Selection
2008	Initial Equality Impact Assessment - Education & Training
2009	Workforce Information Report Jan-Dec 2008
2009	Full Equality Impact Assessment - Professional Appearance Policy
2010	Workforce Information Report Jan-Dec 2009
2010	Full Equality Impact Assessment - Estate Design
Aktions-/Maßnahmenpläne & Strategien	
2004	Equality Strategy 2004-2007
2006	Corporate Strategy 2006-2010
2006	Disability Equality Scheme 2006-2009
2007	Gender Equality Scheme 2007-2010
2008	Equality & Diversity Strategy 2008-2015
2009	Single Equality Scheme 2009-2012 1st Draft
2009	Annual Plan 2009/2010

Auch bei diesen Berichten ist es nicht immer erkenntlich, wer sie erstellt hat. Lediglich im Bericht von King's aus dem Jahr 2007 (für 2006-2007) wird der Herausgeber als *Director of Human Resources* genannt. Die auf der Internetseite stehenden *Workforce Informationen* von BTH liefern keine Hinweise über Ersteller oder Verantwortlichen.

Des Weiteren hat BTH sogenannte *Equality Impact Assessments* für bestimmte interne Prozesse – d.h. Bewertungen der Auswirkung von einem Prozess auch Chancengleichheit. Die Ergebnisse der Bewertungen sind als Sachbericht ebenfalls öffentlich zugänglich und sind als Information für Interessierte aus der lokalen Bevölkerung und Stake Holder-Gruppen.

III. Aktions- /Maßnahmenpläne & Strategien

Der dritte Block an Dokumenten kann der Kategorie Pläne und Strategien zugeordnet werden. Auch diese Dokumente sind öffentlich zugänglich auf den Webseiten der Krankenhausorganisationen. King's hat seine „Annual Plan“ zur Verfügung gestellt. Diese Jahrespläne müssen der Regulierungsbehörde *Monitor* vorgelegt werden. BTH veröffentlicht, im Gegensatz zu King's, lediglich den letzten aktuellen Annual Plan auf seiner Webseite. Während die Pläne von King's als Öffentlichkeitsmaterial in Stil einer leicht verständlichen Präsentation aufbereitet sind, ist der *Annual Plan* von BTH eher nüchtern vom Stil und als Word-Dokument etwas weniger Leser-freundlich. Ähnlich nüchtern sind die *Equality Schemes* der beiden Organisationen, die – wie auch die *workforce information reports* – verpflichtender Natur sind.

Alle in den Tabellen 3-1 und 3-2 vorgestellten Dokumente enthalten also offizielle Informationen, die zum größten Teil auch als Öffentlichkeitsmaterial zur Darstellung der jeweiligen Organisation verwendet werden. Allerdings darf bei der Analyse der Dokumente nicht vergessen werden, dass auch offiziell angeforderte Berichte, die als Nachweis dienen sollen, interessegeleitet sein können. Entsprechend wird bei der Interpretation Vorsicht geboten sein. Hier gilt (wie Kapitel 1.3 zeigte): offizielle Organisationsberichte und -pläne können Hinweise darüber liefern, wie eine Organisation mit einem bestimmten Thema umgeht aber auch dafür, welche Information sie mitteilen und preisgeben will und welche zurückgehalten werden (vgl. Prio 2008; Dias/Fonseca 2010).

Zwar werden die eigentlichen Inhalte der Dokumente in den Kapiteln 7 und 8 überprüft, die Erkenntnisse aus dem aktuellen Abschnitt werden aber auch in die Gesamtbeurteilung der Dokumente mit einfließen.

3.5.2 NHS Staff Surveys

Auf Ergebnisse der jährlich durchgeführten NHS-Staff Surveys wird ebenfalls zurückgegriffen, um näheres über den von den Belegschaften *wahrgenommenen* Umgang mit Diversity in Erfahrung zu bringen. Als Datenbasis dienen die seit 2003 jährlich durchgeführten nationalen Mitarbeiterbefragungen der NHS-Belegschaften, die „*National NHS Staff Surveys*“²⁷. Die Befragungen werden von der unabhängigen englischen Regulierungsbehörde für die Gesundheits- und Sozialdienste²⁸ durchgeführt.

²⁷ Die NHS-National Staff Surveys und ihre Ergebnisse seit 2003 können online von der Webseite der Care Quality Commission abgerufen werden: <http://www.cqc.org.uk>

²⁸ Die Regulierungsbehörde für Gesundheitsdienste ist eine der sogenannten *non-departmental public bodies*, die in England von den Ministerien beauftragt werden und Monitoring-, Beratungs- und Schiedsrichterfunktionen inne haben. Die Behörde, zuständig für Gesundheits- und Sozialdienste, ist in den letzten Jahren häufig umstrukt-

Alle NHS-Trusts nehmen teil. Die Befragungen gehören zu den größten Mitarbeiterbefragungen im Gesundheitswesen weltweit. Die Fragen beziehen sich überwiegend auf Arbeitgeberversprechen des NHS, in denen der NHS verspricht:

- allen Beschäftigten klare Rollen und Verantwortlichkeiten zu geben, ihnen und ihren Teams lohnende Aufgaben zu bieten, die etwas für die Patienten, ihre Familien, ihre Betreuer und die Gesellschaft bewirken.
- allen Beschäftigten die Chancen für die persönliche Entwicklung, den Zugang zu adäquaten Trainings und die Unterstützung durch Linienmanagement zu geben, die für Erfolg notwendig sind.
- allen Beschäftigten die Möglichkeiten und Unterstützung zu bieten, die ihre Gesundheit, ihr Wohlbefinden und ihre Sicherheit sicherstellen
- die Beschäftigten in allen Entscheidungen einzubeziehen, die sie und die Leistungen, die sie bereitstellen, betreffen, entweder individuell oder durch Vertreter. Alle sind ermächtigt, Wege vorzuschlagen, die die Gesundheitsleistungen für Patienten und die Familien verbessern und sicherer machen.

Im Jahr 2008 wurden zusätzliche Fragen zu den Themen Mitarbeiterzufriedenheit, Chancengleichheit und Diversity hinzugefügt.

turiert und umbenannt worden. Die *Commission for Health Improvement* (CHI) wurde 2000 ins Leben gerufen (Lewis et al. 2006, 20) und war die erste Organisation Englands, die für die Bewertung der medizinischen Leistungen in den NHS-Krankenhäusern zuständig war. April 2004 übernahm die *Healthcare Commission* (HCC) diese Aufgabe und war ferner für die Entwicklung von Qualitätsstandards verantwortlich, die bis dahin den Verantwortungsbereichen der *National Care Standards Commission* (NCSC) und der *Audit Commission* gehörten (Lewis et al. 2006, 20ff). März 2009 löste die neue *Care Quality Commission* (CQC) die HCC ab.

4 WARUM WIRD DIVERSITY IN ENGLAND THEMATISIERT?

4.1 Einleitung

Auf der Suche nach den Motiven für die Auseinandersetzung mit Diversity-Management im englischen Krankenhauswesen ist ein Blick auf das gesellschaftliche Umfeld, in dem sich die Krankenhäuser und ihre Organisationskultur entwickelt haben, sinnvoll. Denn wie in Kapitel 2.6.1 geschildert, befindet sich eine Krankenhausorganisation in ständigem Austausch mit Akteuren außerhalb der Organisation und wird von ihnen maßgeblich beeinflusst. Externe Faktoren üben einen ständigen Veränderungsdruck auf Krankenhäuser aus (vgl. Wieseler/Haker 2003; Schubert 2003; McKee/Healy 2003), so dass es sinnvoll ist, Krankenhäuser innerhalb ihres Umfeldes zu betrachten. Dies gilt umso mehr für die Krankenhäuser des englischen NHS, die innerhalb der hierarchischen Strukturen des nationalen Gesundheitssystems verortet sind (siehe Kapitel 3.1) und entsprechend Weisungen des Gesundheitsministeriums und der lokalen Auftraggeber (*Primary Care Trusts*) usw. umsetzen müssen. Wie Krankenhäuser auf Richtlinien und Initiativen reagieren hängt zum Teil mit den Einstellungen, Überzeugungen und Erfahrungen der verschiedenen Akteure ab. Sozial konstruierte Differenzen und Hierarchien, die zu Ausgrenzung und Unterdrückung in der Gesellschaft führen, können in einer Krankenhausorganisation reproduziert werden. Ein Blick auf den Umgang mit Vielfalt in der englischen Gesellschaft und seine geschichtliche Entwicklung kann wichtige Informationen liefern, um die Diversity-Strategien der Krankenhausorganisationen besser zu verstehen (vgl. Weheliye 2008; McKee/Healy 2003).

4.2 Einwanderungsströme

4.2.1 Die Bedeutung der Einwanderungsströme für die englische Gesellschaft

Die Auseinandersetzung mit Vielfalt in England hat ihren Ursprung in der Einwanderungs- und Ausländerpolitik seit dem zweiten Weltkrieg und führt dazu, dass Fragen um *race discrimination* oder Diskriminierung auf Grund der Rasse/ethnischen Herkunft im Vordergrund stehen. Seit dem zweiten Weltkrieg gilt England zunehmend als Migrationsland mit einem hohen Anteil an ethnischer Vielfalt. Die teils gewollte und staatlich angestoßene, teils ungeplante und mit Argwohn betrachtete Einwanderung hat die englische Bevölkerung – und damit sowohl die ethnische Zusammensetzung der Patienten und Patientinnen als auch der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Krankenhäuser - maßgeblich geprägt.

Obwohl Großbritannien als Kolonialmacht viel Kontakt zu fremden Völkern hatte, gab es vor dem zweiten Weltkrieg kaum nennenswerte Einwanderungsströme, abgesehen von Einwande-

ern aus Irland²⁹ (vgl. Birsl et al. 2003, 48ff). Der Krieg und die Zeit des Wiederaufbaus verursachten einen erhöhten Bedarf an Arbeitskräften, den die britische Regierung gezielt im Rahmen der *European Volunteer Workers Scheme* mit der Rekrutierung von Vertriebenen aus Ost-, Mittel- und Südeuropa entgegenwirken wollte (vgl. Baringhorst 1999, 43). Bis zu 450.000 Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer kamen so nach Großbritannien und bekamen Anstellungen vor allem für ungelernte Tätigkeiten in den Textil-, Bau- und Metallindustrien und auch in den Sanatorien (ebd., 45). Gezielte Anwerbekampagnen wurden in den Kolonien und ehemaligen Kolonien, vor allem in der Karibik³⁰, und speziell in Jamaika durchgeführt, um Arbeitnehmer und -nehmerinnen für bestimmte Sektoren zu gewinnen (vgl. Snow/Jones 2010). Es kamen daraufhin viele Staatsangehörige aus der Karibik, aber auch aus Indien und Pakistan, auf der Suche nach Arbeit nach England (vgl. Birsl et al. 2003, 48ff).

Zu dieser Zeit genossen Personen aus den damaligen sowie ehemaligen Kolonien, laut dem 1948 verabschiedeten *British Nationality Act*, uneingeschränkte Einreise- und Niederlassungsfreiheit in Großbritannien (vgl. Hansen 1999). Von 1948 bis zu einer Politikverschärfung im Jahr 1962 hatten ca. 600 Millionen Menschen aus dem britischen Commonwealth das Recht, nach Großbritannien einzureisen (vgl. Gibney/Hansen 2005, 111), von denen ca. 500.000 aus den Westindischen Inseln, Indien und Pakistan von ihrem Recht Gebrauch machten (vgl. Gibney/Hansen ebd.; Berkeley/ Khan/ Ambikaipaker 2006, 7).

Die Ankunft der ersten größeren Gruppe aus Jamaika - ca. 500 „blacks“, die 1948 am Londoner Hafen ans Land ging (vgl. Kielinger 2009, 39), sorgte für Unruhe und Argwohn in der britischen Bevölkerung, obwohl diese ersten Einwanderer aus Jamaika keinesfalls ungelernt oder ungebildet waren und schnell Arbeit fanden (vgl. Römer 1998, 48ff). Die Wohnungsknappheit der Nachkriegszeit ließ den bereits unterschwellig vorhandenen Rassismus aufflammen und führte zu offener Diskriminierung auf dem Wohnungsmarkt (vgl. Kielinger 2009, 39).

Mit dem *Commonwealth Relation Act* 1962 fand eine erste Verschärfung der Einreisepolitik statt, denn durchschnittlich hatte jeder Einwanderer, der vor 1962 ins Land gekommen war, ein paar Jahre später zwei bis vier weitere Familienmitglieder mit ins Land gebracht (vgl. Hansen 2007, 2). Ab 1962 unterschied man zwischen den noch abhängigen Kolonialstaaten und den ehemaligen, unabhängigen Kolonialstaaten und die Einreise von Staatsangehörigen aus ehemaligen Kolonialstaaten wurde eingeschränkt (vgl. Birsl et al. 2003, 51). In den Jahren danach

²⁹ Zwar stellt die Gruppe der aus Irland stammenden Einwanderer die größte Gruppe der Einwanderer Großbritanniens dar. Sie werden aber auch ohne britische Staatsangehörigkeit nicht als „Aliens“ berücksichtigt und erfasst (Baringhorst, 1999, 147). Birsl et al. machen darauf aufmerksam, dass eine Berücksichtigung dieser Einwanderergruppe dazu führen

würde, dass Großbritanniens Einwanderer weit weniger heterogen erscheinen würde (Birsl et al. 2003, 51).

³⁰ British West Indies Territories

folgten weitere Einschränkungen bis im Jahr 1971 die Angehörigen der Commonwealth-Staaten den Status „Ausländer“ (*Aliens*) erhielten (ebd.). Frei einwandern konnte nur noch, wer eine Arbeitserlaubnis besaß oder in Großbritannien geborene Eltern oder Großeltern hatte. Mit diesen gesetzlichen Maßnahmen wurde erneut versucht, die Arbeitsmigration einzudämmen, bzw. nach Arbeitsmarktsituation zu differenzieren (vgl. Weinmann 2010; Berkeley/ Khan/ Ambikaipaker 2006, 11).

Seit 1998 hat Großbritannien seine Anwerbepolitik in Bezug auf neue Arbeitsmigration dahingehend verändert, dass der Arbeitskräftemangel in bestimmten Arbeitsmarktsektoren bzw. in besonders gesuchten Qualifikationen ausgeglichen werden soll (vgl. Berkeley/ Khan/ Ambikaipaker 2006, 13). Gleichzeitig wurden die Quoten für hoch-qualifizierte Arbeitsbewilligungen im Rahmen des *Highly skilled Migrant Programme* (2002) sowie der sektoralen Programme (*Sector-Based Scheme*) und der Saisonbeschäftigung in der Landwirtschaft (*Seasonal Agricultural Workers Scheme*) erhöht. In den letzten Jahren hat die EU-Osterweiterung zu einem starken Anstieg in der Zahl der eingereisten Osteuropäer geführt, allen voran aus Polen (vgl. Pollard et al. 2008 in Fanshawe/Sriskandarajah 2010, 13).

Zusammenfassend lassen sich die Einwanderungsströme in England seit dem Krieg, einerseits als das Ergebnis aus gezielten, arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen mit wechselnder Zielsetzung, und andererseits als Resultat der britischen Kolonialgeschichte und neuerdings Auswirkung der EU-Entwicklung, beschreiben.

4.2.2 Die Auswirkung der Einwanderungsströme auf die Krankenhäuser

Bereits 1949 setzte der britische Staat Werbekampagnen ein, um Krankenschwestern aus der Karibik anzuheuern, um die Personalengpässe im Gesundheitswesen zu beseitigen. Zusammen mit der britischen Kolonialbehörde und den englischen Ausbildungsinstitutionen für Krankenpflege, *General Nursing Council* sowie *Royal College of Nursing Labour*, begannen die Arbeits- und Gesundheitsministerien damit, Vertreter in die Karibik zu schicken, um Hilfskräfte, ausgebildete oder auszubildende Krankenschwestern sowie Hauswirtschafterinnen gezielt anzuwerben (vgl. Snow/Jones 2010). Fünfzehn Jahre später liefen Personalbeschaffungsprogramme in insgesamt 16 britischen Kolonien und ehemaligen Kolonien (ebd.). Diese Maßnahmen sorgten dafür, dass immer ausreichend billige Arbeitskräfte vorhanden waren, um Personalengpässe in den Krankenhäusern zu überbrücken. Mitte der sechziger Jahre arbeiteten schätzungsweise zwischen 3.000 und 5.000 Krankenschwestern aus Jamaika in den Krankenhäusern Großbritanniens, vor allem in London und in Mittel England. Bis Anfang der 1970er Jahre waren ferner mehr als zehntausend Studentinnen und Studenten für die Krankenpflegebe-

rufe aus Übersee rekrutiert worden. Mitte der 1970er Jahre stammten ca. 12 Prozent der auszubildenden Krankenschwestern und Hebammen aus dem Ausland, davon über sechzig Prozent aus der Karibik (vgl. Snow/Jones 2010).

Ende der 1980er Jahre kam es in England erneut zu ernsthaften Engpässen in den NHS-Krankenhäusern, vor allem auszubildende sowie qualifizierte Krankenschwestern wurden gesucht. Gleichzeitig verließen jährlich ca. 30.000 Krankenschwestern den NHS, überwiegend wegen schlechter Bezahlung und Arbeitsstress (vgl. Snow/ Jones 2010). Etwa bis zur Jahrtausendwende versuchte man den Engpässen mit Krankenschwestern aus Indien entgegenzuwirken (ebd.).

Auch ein Ärztemangel, vor allem in den unterprivilegierten Stadtteilen oder ländlichen Gegenden, war in den Nachkriegsjahren deutlich zu spüren (vgl. Snow/Jones 2010). Es kam zu einer Welle von Anwerbungen von Medizinerinnen aus Indien, Pakistan, Bangladesch und Sri Lanka. Bis 1960 stammten ca. 30 bis 40 Prozent aller Junior-Ärzte im NHS aus diesen Ländern (ebd.). Ähnliche Anwerbekampagnen wurden Anfang und Ende der 1960er Jahre durchgeführt. Im Jahr 1971 waren 31 Prozent aller NHS-Beschäftigten im ärztlichen Dienst im Ausland geboren und dort auch ausgebildet (ebd.).

Der Gesundheitssektor war und ist ein Hauptziel für Arbeitsmigration. 2002 stellten Tätigkeiten im Gesundheitswesen 24% der gesamten Arbeitsbewilligungen und erstmaligen Erteilungen dar (vgl. Sopemi 2003 zitiert in Trauner/Sohler 2005, 38).

4.3 Reaktionen auf die steigende ethnische Vielfalt

4.3.1 Soziale Unruhe als Reaktion auf die steigende ethnische Vielfalt

Die Verschärfung der Einwanderungsbestimmungen seit 1962 verhinderte nicht die Entstehung von Unmut gegenüber Einwanderern und Menschen mit einem anderen ethnischen Hintergrund (vor allem „blacks“ oder „coloureds“). Noch heute wird in Umfragen die Zuwanderung als eines der wichtigsten Probleme Großbritanniens genannt (vgl. HWWI 2007, 1). Die Ursachen des Rassismus liegen sicherlich nicht allein in der Einwanderungspolitik und -entwicklungen seit dem zweiten Weltkrieg begründet. Sie sind vielmehr hoch komplex und lassen sich nur in Zusammenhang mit der Geschichte Großbritanniens, mit der Konditionierung der Bevölkerung als dominante Rasse während der Kolonialzeit, mit dem Sklavenhandel, mit den Klassenstrukturen und dem Zusammenhalt der Arbeiterklasse u.v.m. verstehen (vgl. Solomos et al. 1982, 7ff).

Dieses Thema führt weit über die Möglichkeiten der vorliegenden Arbeit hinaus. Es bleibt festzuhalten, dass Vorbehalte und Diskriminierung gegenüber Menschen mit einem Migrationshintergrund bis heute fortbestehen, geschürt nicht zuletzt durch die „regelmäßige Hysterie in der Presse“ und eine „Politisierung des Themas durch die Parteien“ (vgl. HWWI 2007, 1), die nicht ohne Auswirkung auf die Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen im Krankenhauswesen waren.

Dabei wurde das Konzept „Integration als kulturelle Pluralität“ bereits im Jahr 1966 von Labour-Politiker Roy Jenkins in die öffentliche Debatte zum Umgang mit Vielfalt gebracht.

Jenkins, der damals Staatsminister im Innenministerium definierte Integration in seiner viel zitierten Rede als eine Chance und nicht als Verlust der eigenen Identität:

*“I do not regard [integration] as meaning the loss, by immigrants, of their own national characteristics and culture. I do not think that we need in this country a ‘melting pot’, which will turn everybody out in a common mould, as one of a series of carbon copies of someone’s misplaced vision of the stereotyped Englishman... I define integration, therefore, not as a flattening process of assimilation **but as equal opportunity coupled with cultural diversity**, in an atmosphere of mutual tolerance”.*

(Jenkins 1967, 267, Hervorhebung durch AF)

Zwar zeigte Jenkins Rede, dass die Regierung das Vorhandensein von Integrationsproblemen erkannt hat. Die gesetzlichen Bemühungen um den Abbau von Diskriminierung (siehe Kapitel 4.3) konnten Unmut und Frustration in der Bevölkerung – seitens der Migranten und Migrantinnen als auch seitens der weißen britischen Bevölkerung – aber nicht verhindern.

Anspannungen und Unmut auf beiden Seiten spitzten sich in den 1970er Jahren zu. Anfang der 1980er als Folge der hohen Arbeitslosigkeit, der schlechten Wohnbedingungen, der hohen Kriminalität und sozialer Exklusion unter ethnischen Minderheitsgruppen, kam es zu einer Reihe von teilweise extremen Ausschreitungen zwischen Jugendlichen mit Migrationshintergrund und der Polizei in vielen Teilen Englands. Die Situation eskalierte im April 1981 in Brixton, einem Stadtteil von London mit damals bis zu 50% Arbeitslosigkeit bei den afrokaribischen Männern (vgl. BBC 2004).

Der Aufstand in Brixton, der sogenannte *Brixton Riot*, endete nach 3 Tagen Unruhen, mit zahlreichen Verletzten auf beiden Seiten und mehr als 80 Festnahmen. Berichten der Zeitung *Guardian* (vgl. The Guardian 1981) zur Folge waren insgesamt bis zu 5.000 Personen beteiligt. Die angeordnete öffentliche Untersuchung zu den Ausschreitungen, geleitet von Lord Scarman, benannte das Vorhandensein von Rassenbenachteiligung und –diskriminierung als ursächli-

chen Faktor für die Unruhen und widersprach somit den Aussagen der damaligen Premier Ministerin Thatcher, die im 1981 einen Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Rassismus von der Hand gewiesen hatte. Laut Scarman hätten komplexe politische, soziale und ökonomische Faktoren den spontanen, ungeplanten Ausbruch von gewalttätigen Protesten begünstigt. Er empfahl dringend Maßnahmen einzuleiten, um Benachteiligungen abzubauen, u.a. den Einsatz von aktiven Fördermaßnahmen („*affirmative action*“) zu Gunsten benachteiligter Minderheiten (vgl. Scarman 1981). Seine Empfehlungen wurden in den darauf folgenden Jahren allerdings nur zu einem geringen Teil übernommen (vgl. Straw 2009).

Die Rassenunruhen in Brixton entfachten kurz darauf eine Serie von weiteren Krawallen im ganzen Land³¹. Es folgten in den Jahren danach weitere Unruhen in Brixton und in anderen Regionen Englands. Im Jahr 1993, zwölf Jahre nach dem ersten Aufstand von Brixton lieferte der Fall „*Stephen Lawrence*“ erneut Impulse für die öffentliche Debatte über Rassismus, Benachteiligung und Diskriminierung. Das Versagen der britischen Polizei bei der Aufklärung des Mordes in 1993 an Stephen Lawrence, einen 18-jährigen „*black*“ durch mehrere „*whites*“ in London, führte zu massiven Protesten aufgrund der nachlässigen und desinteressierten polizeilichen Ermittlungen. Eine Untersuchung der Ermittlungstätigkeiten wurde daraufhin vom Parlament angeordnet, deren Ergebnisse aber erst im Jahr 1999 fertiggestellt wurden.

Vom Zeitpunkt des Mordes im Jahr 1993 bis zum Erscheinen der Untersuchungsergebnisse im „*Stephen Lawrence Inquiry Report*“ sechs Jahre später (vgl. Macpherson, 1999) und darüber hinaus blieben die Themen Benachteiligung, Diskriminierung und Chancengleichheit im Mittelpunkt des öffentlichen Interesses, nicht zu Letzt auf Grund des Engagements der Familie Lawrence, die sich unentwegt für die Aufklärung des Falles einsetzte. Auch der neue Premier, Blair, betonte kurz nach seinem Wahlsieg 1997, dass das Thema Rassendiskriminierung angekommen war, wie auch die Notwendigkeit, mehr Vielfalt in wichtige öffentliche Dienste herinzubringen (vgl. Jordan/Johns 2007, 5)³². Es kam immer wieder zu Unruhen, unter anderem in der nordenglischen Großstadt Bradford, wo es wiederholt zu Unruhen zwischen den verschiedenen Kulturen und der Polizei kam wie z.B. im Bradforder Stadtteil Manningham Juni 1995 und Juli 2001 (vgl. Wainwright 2001; Din 2006, 35).

In seinem Abschlussbericht zum Fall Stephen Lawrence befand Macpherson die Polizei des „*institutional racism*“ für schuldig, den er folgendermaßen beschrieb:

³¹ Zu den größten Ausschreitungen im Jahr 1981 gehörten „the Handsworth riots“ in Birmingham, „the Southall riots“ in London, „the Chapeltown riot“ in Leeds, „the Toxteth riot“ in Liverpool sowie „the Moss Side riot“ in Manchester.

³² Jordan und Johns (2007) machen darauf aufmerksam, dass – im Gegensatz zu früheren Berichten wie etwa von Scarman, 1981 – der MacPherson-Bericht einen emensen und fast sofortigen Einfluss auf die gesellschaftlichen und politischen Auseinandersetzungen mit dem Thema Rassismus in England hatte.

‘the collective failure of an organization to provide appropriate and professional services to people because of their colour, culture or ethnic origin. It can be seen or detected in processes, attitudes and behaviour which amount to discrimination through unwitting prejudice, ignorance, thoughtlessness and racist stereotyping which disadvantage minority ethnic people.’ (Macpherson 1999, 28)

In seinen Empfehlungen schlug Macpherson u.a. vor, das nationale Schulcurriculum um die Wertschätzung kultureller Vielfalt und die Vermeidung von Rassismus zu ergänzen,

„aimed at valuing cultural diversity and preventing racism, in order better to reflect the needs of a diverse society”. (Macpherson ebd.).

Vor diesem Hintergrund ist es kaum verwunderlich, dass die Labour-Partei unter Tony Blair die Bekämpfung von Rassismus und die Förderung von Multikulturalität in England als Prioritäten in ihrem Wahlkampfprogramm und später – als sie 1997 die Wahlen gewann – auf ihre Agenda setzte. Vor allem die wichtigsten öffentlichen Dienste sollten durch Diversifizierung für die breite Gesellschaft zugänglicher werden (vgl. Travis/Rowan 1997 in Jordan/Johns 2007). Premierminister Blair sprach sich zu dieser Zeit offen für eine Politik aus, die kulturelle Vielfalt als Stärke schätzt

“we celebrate the diversity in our country, get strength from the cultures and races that go to make up Britain today; and racist abuse and racist attacks have no place in the Britain we believe in. “ (Blair 2001, Hervorhebung durch AF)

und die auf der Idee aufbaut, dass Multikulturalität als Pluralismus einen Zusammenhalt in entscheidenden Momenten nicht ausschließt:

[...] we are a community of people, whose self-interest and mutual interest at crucial points merge, and that it is through a sense of justice that community is born and nurtured. And what does this concept of justice consist of? Fairness, people all of equal worth, of course. But also reason and tolerance. Justice has no favourites, not amongst nations, peoples or faiths.” (Blair 2001³³).

Hier wird eine ähnliche Position eingenommen wie Jenkins 1967 (siehe oben), und die Überzeugung vertreten, dass die Förderung von Gleichheit und Vielfalt zu einem Zugewinn für die Gesellschaft führt. Diese Idee findet sich seit dem Regierungswechsel von 1997 auch in der Gesundheitspolitik wieder, denn kurz nach der Veröffentlichung der Macpherson-Empfehlungen wurden Stimmen laut, die auf die **Parallele zwischen der Polizei und dem**

³³ Auszug aus der „Leader’s Speech“ von Tony Blair am Labour-Parteitag 2001 in Brighton, UK.. Download von www.britishpoliticalspeech.org am 2.12.2010

NHS in Bezug auf Rassismus – sowohl am Arbeitsplatz als auch in der Leistungserbringung - aufmerksam machten und für die aktive Bekämpfung von Diskriminierung plädierten (vgl. McKenzie 1999; BBC 1999).

Die Gewichtung des Scarman Berichts, der Macpherson-Untersuchung sowie der notwendigen Anpassungen an die EU-Richtlinien für die Verabschiedung diverser gesetzlicher Reformen im Bereich Antidiskriminierung und Gleichstellung/Chancengleichheit werden unterschiedlich bewertet (vgl. Jordan/Johns 2007; Trauner/Sohler 2005, 37ff; Healy/Oikelome 2006, 47ff). Dass sie aber einen Einfluss auf die Gesetzgebung und die Entwicklung vieler Richtlinien für öffentliche Dienste hatten, steht außer Frage.

4.3.2 Der Vorwurf der institutionellen Diskriminierung in den Krankenhäusern

Die ersten Migranten und Migrantinnen, die Arbeitsplätze im englischen NHS einnahmen, wurden Ziel verbaler und physischer Misshandlungen. Die Gewerkschaften für weiße Beschäftigte führten Quoten für Beschäftigte mit Migrationshintergrund ein, während die NHS-Spitze bereits 1949 in einem Memo an das Innenministerium bemerkte, dass die Empfänglichkeiten der Patienten für „farbige“ Krankenhausbeschäftigte eine Obergrenze für die Anzahl der ausländischen Krankenschwester und Hausangestellten setzte (vgl. Snow/Jones 2010).

Viele der Krankenschwestern, die in den 1950er Jahren aus der Karibik kamen, hofften die international anerkannte Qualifikation „*State Registered Nurse*“ (SRN) zu erlangen. Dies hätte ihnen ermöglicht später qualifiziert ins Heimatland zurückzukehren. Die englischen Ausbildungsinstitutionen für Krankenpflege aber argumentierten, dass sie auf Grund ihrer Ethnizität unzureichende intellektuellen Kapazitäten und Motivationen mit sich brachten, um das Training erfolgreich abschließen zu können. Eine Großzahl von ihnen erhielt lediglich den viel niedrigeren Status („*State Enrolled Nurse*“) und waren somit Jahre später noch nicht in der Lage, qualifiziert ins Heimatland zurückzukehren (vgl. Snow/Jones 2010; O’Brian 2007). Seitdem mussten immer wieder ausgebildete und erfahrene Krankenschwestern aus dem Ausland (sogenannte „*over seas nurses*“ – OSN) erleben, wie ihre Fähigkeiten, Wissen und Erfahrungen abgewertet und vergeudet werden (vgl. O’Brien 2007).

Für Snow und Jones ist diese Diskriminierung der ersten Generation auf die zweite Generation der ausländischen Krankenhausbeschäftigten übertragen worden. Insbesondere Krankenschwestern raten ihren Kindern davon ab, denselben Beruf zu ergreifen. Die Autoren sprechen von institutioneller Diskriminierung innerhalb des NHS, die nach wie vor das Arbeitsleben vieler Beschäftigten mit einem Migrationshintergrund behindert.

O'Brien (2007) sieht eine Hauptquelle des Problems bei den NHS-Managern auf lokaler Ebene. Die Krankenschwestern werden in niedrigeren Gehaltsstufen eingestuft, weil Manager davon ausgehen, dass sie es nicht bemerken werden. Die Manager erkennen oft vorhandene Qualifikationen der Krankenschwestern nicht an oder aber wollen sie nicht anerkennen, denn gebraucht werden vor allem Krankenschwestern auf der ausführenden Ebene mit direkten Patientenkontakt. Die Anerkennung der Qualifikationen könnte aber dazu führen, dass sie für höhere Positionen berechtigt wären. Diese Missachtung des Wissens und der Fähigkeiten stellt aber nach O'Brien eine grobe Vergeudung dar, denn:

*“by underutilizing OSN technical abilities, the NHS as an organization are **wasting obvious and freely available benefits**. Additionally, OSN may find that their technical skills decay through lack of use and they often become **frustrated and demoralized** by local restrictions on their clinical practice as nurses.”* (O'Brien, 2007, Hervorhebung durch AF)

Auch viele Ärzte und Ärztinnen aus dem Ausland sind seit 1948 bis heute Benachteiligungen und Diskriminierung ausgesetzt (vgl. Snow/Jones 2010; Bornat et al. 2009; Esmail 2007). Sie erhalten häufig nur Stellen in abgelegenen Orten oder in sozialen Brennpunkten, während ihnen die prestigeträchtigen Lehrkrankenhäuser verschlossen bleiben. In manchen Fällen müssen auch sie sich mit einer geringeren Bezahlung als weiße Kollegen und Kolleginnen zufrieden geben. Bornat et al. (2009) sprechen von den Hoffnungen und vom Vertrauen vieler Mediziner in das NHS-System, nur um später enttäuscht zu werden:

“Working in the NHS was seen by many as an opportunity to practise in a system of health care provision which they perceived to be fair and equitable for both patients and doctors.” (Bornat et al. 2009).

Anstatt die Rechte der ausländischen Fachkräfte zu stärken, war es der Medizinerverbund, die *British Medical Association*, der daran interessiert war, diese Fachkräfte in Schach zu halten (vgl. Esmail 2007). Esmail spricht von einer ausgeprägten Antipathie gegen ausländische Mediziner in den britischen Medizinerkreisen der 1960er und 1970er Jahre. Ca. ein Drittel der Ärzte aus dem indischen Subkontinent, die in den 1970er Jahren nach Großbritannien kamen, konnten ihre beruflichen Ziele erreichen und kehrten im Anschluss ins Heimatland zurück, die Mehrheit aber schaffte es nicht (Esmail 2007). Gleichzeitig war klar, dass das Gesundheitssystem ohne Fachkräfte aus dem Ausland – allen voran aus Indien und Pakistan - zusammenbrechen würde (ebd.).

Einige der eingereisten Ärzte und Medizinstudenten waren mit ihren Erfahrungen zufrieden, aber mehr als die Hälfte gab an, enttäuscht zu sein (ebd.). Esmail ist der Meinung, dass Ärzte,

die ihre beruflichen Ziele nicht erreichen konnten, sich gezwungen fühlten im Dienst des NHS zu bleiben – denn ansonsten wären sie als Versager nach Hause zurückgekehrt. Esmail macht ferner darauf aufmerksam, dass der Umgang der Medien mit Themen wie Migration und Ausländer im Allgemeinen sich negativ auf politische Entscheidungen im Gesundheitswesen ausgewirkt hat.

Die Medien – und hier auch der angesehene *British Medical Journal* – berichteten beispielsweise von den schlechten Kommunikationsfähigkeiten der ausländischen Ärzte, während eine Studie aus dem Jahr 1980 feststellte, dass lediglich 17% tatsächlich Schwierigkeiten mit der englischen Sprache hatten (vgl. Smith 1980 in Esmail 2007). Esmail vertritt die Meinung, dass diese Gerüchte zu einer Stigmatisierung aller ausländischen Ärzte und Ärztinnen führte und instrumentalisiert wurde, um ihr berufliches Weiterkommen zu verhindern.

Studien zeigen, dass Strafen tendenziell viel strenger für Mediziner aus der Gruppe der BME (*black and minority ethnics*) ausfallen, wenn gegen sie Beschwerden beim *General Medical Association* (ähnlich der deutschen Ärztekammer) eingelegt werden (vgl. Esmail 2007).

Man kann an dieser Stelle festhalten, dass in den letzten sechzig Jahren der Umgang mit der ethnischen Vielfalt des Krankenhauspersonals sehr widersprüchlich zu sein scheint. Während es allgemein bekannt war, dass der NHS ohne BMEs nicht funktioniert hätte und nicht funktionieren wird, lässt die Akzeptanz des BME-Personals innerhalb des Gesundheitswesens (d.h. im NHS wie auch in den Interessensverbänden und Ausbildungsinstitutionen) wie auch in der britischen Gesellschaft im allgemeinen noch immer zu wünschen übrig. Ferner bestand und teilweise bestehen noch zwischen den Zielsetzungen der britischen Regierungen und den Erwartungen des eingewanderten Personals vielfach widersprüchliche Vorstellungen.

4.4 Vielfaltsstrukturen in England und im englischen NHS

4.4.1 Vielfalt in der Bevölkerung des Vereinigten Königreichs

Die vorliegende Arbeit will den Umgang mit *workforce diversity* in zwei NHS-Krankenhausorganisationen untersuchen, die seit Anfang der 2000er Jahre ihre Diversity-Strategien entwickelt und implementiert haben. Um die Vielfalt des Krankenhauspersonals zu Beginn der Strategieumsetzung mit der Vielfalt der englischen Bevölkerungen vergleichen zu können, folgt jetzt ein Blick auf die Bevölkerungsstrukturen in England. Die Volkszählung *Census 2001* (HoC 2004) liefert die Datenbasis für den kommenden Abschnitt. In der Volkszählung wurde die Bevölkerung von England gemeinsam mit der von Wales erfasst und teilweise sind nur Zahlen für das Vereinigte Königreich als Gesamtheit (d.h. England, Wales, Schottland und

Nordirland) bzw. in Bezug auf die Bevölkerungsgruppe „british“ nur für Bevölkerung von England, Wales und Schottland (ohne Nordirland) verfügbar. Sind Zahlen für England verfügbar, werden sie hier angegeben, ist dies nicht der Fall, wird auf Statistiken für Großbritannien oder den UK zurückgegriffen.

Englands Bevölkerung bezifferte sich im Jahr 2001 auf 49.138.831 oder ca. 84 % der UK-Bevölkerung (vgl. ONS 2005, 3) und weist den Großteil der „nicht-weißen“ Bevölkerung der UK auf (ebd.)³⁴.

Ethnizität und Herkunft: Die *Census 2001* ermittelte einen Anteil der „weiß britisch“ von rund 87 %, (siehe Tabelle 4-1). Mit anderen Worten, 13 % der Bevölkerung identifiziert sich mit einer anderen ethnischen Gruppe, inklusive die Gruppen „weiß irisch“ und „weiß andere“ (vgl. EO 2004, 14). Die Definition der Ethnizität ist nicht unproblematisch. Im *Census 2001* wurde Ethnizität nach Selbstauskunft abgefragt, wobei 16 Kategorien zur Auswahl standen (siehe Tabelle 4-1). Dabei werden Faktoren wie Hautfarbe, Ethnie und Nationalität in der Kategorisierung miteinander verknüpft, um die Kategorie „weiß britisch“ von anderen Gruppen wie etwa „schwarz afrikanisch“, „multi-ethnisch“ usw. abzugrenzen. Diese undurchsichtige Kategorisierung wird häufig kritisiert, wie hier von Fenton:

„In the UK the term „ethnic“ has become the dominant one in the official discourse of the population of the UK, but the group names listed in the census are a curious mixture of race (colour) categories and national origin categories, with both the US and UK censuses treating whites usually as a huge undifferentiated category.” (Fenton 2004, 41)³⁵.

Um Aussagen zu erleichtern wird häufig die Kategorie „im Ausland geborene Einwohner“ in Großbritannien verwendet, wobei auch Nordiren zu dieser Gruppe gehören (sie sind Teil des Vereinigten Königreichs aber nicht Briten).

³⁴ Die Gesamtbevölkerung des Vereinigten Königreichs beziffert sich auf ca. 58,8 Millionen Menschen und verteilt sich zu ca. 84 % auf England, ca. 8 % auf Schottland, ca. 5 % auf Wales und ca. 3 % auf Nordirland (Stand 2001) (ONS, 2009a).

³⁵ Die Problematik der Kategorisierung wird aktuell im Rahmen der Vorbereitung für die 2011 Census diskutiert. Siehe „2011 Census Ethnic Group, National Identity, Religion and Language consultation Summary report on responses to the 2011 Census stakeholders consultation 2006/07“, Office for National Statistics London 2007

Tabelle 4-1 Bevölkerung Englands nach ethnischen Gruppen

(Quelle: ONS 2003a (eigene Übersetzung))

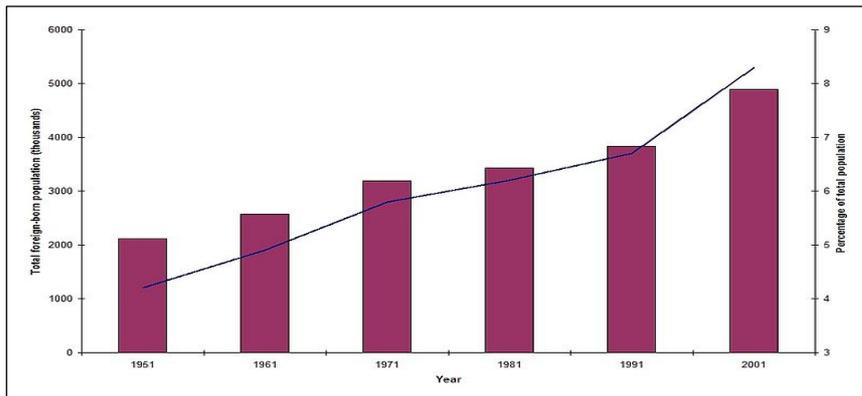
Ethnische Gruppe	Bevölkerung in %
Weiß: Britisch	86,99
Weiß: Irisch	1,27
Weiß: andere	2,66
Asiatisch / asiatisch-britisch: indisch	2,09
Asiatisch / asiatisch-britisch: pakistani	1,44
Asiatisch / asiatisch-britisch: bangladeshi	0,56
Asiatisch / asiatisch-britisch: andere	0,48
Schwarz / schwarz-britisch: karibisch	1,14
Schwarz / schwarz-britisch: afrikanisch	0,97
Schwarz / schwarz-britisch: andere	0,19
Multi-ethnisch: weiß und schwarz-karibisch	0,47
Multi-ethnisch: weiß und schwarz-afrikanisch	0,16
Multi-ethnisch: weiß und asiatisch	0,37
Multi-ethnisch: andere	0,31
Chinesisch	0,45
andere	0,44

Die größte ethnische Minderheit stellen die Personen mit einem indischen Hintergrund dar, an den zweiten und dritten Stellen stehen die Kategorie „Pakistani“ sowie „schwarz-karibisch“ (siehe Tab. 4-1). Ethnische Minderheiten sind überwiegend in den Städten – vor allem in London – anzutreffen: 57 % aller „schwarz-karibischen“ Personen leben im Großraum London, wie auch 82 % der „schwarz“, 49 % der Bangladeshi, 42 % der Inder und 29 % der Pakistani (vgl. Hansen 2007). Ethnische Minderheiten sind ferner in den West Midlands und Birmingham sowie in West Yorkshire (wo die Großstadt Bradford liegt) stark vertreten (vgl. Hansen 2007). Heute ist die Mehrheit der schwarzen und asiatischen Minderheitsbevölkerungen Englands auch in England geboren worden (vgl. Trauner/Sohler 2005, 37). Ca. ein Drittel der im Ausland geborenen Bevölkerung lebt seit 20 Jahren oder länger in Großbritannien gegenüber ca. die Hälfte im Jahr 1997 (vgl. EO 2004, 13).

1971 lebten ca. 2,3 Millionen Einwohner bzw. 4,55% der Gesamtbevölkerung Großbritanniens, die im Ausland geboren und nach Großbritannien eingewandert waren (Abb. 4-1). Dreißig Jahre später waren es 4,3 Millionen oder 7,53 % der Gesamtbevölkerung (ebd.) Inzwischen dürfte die Zahl der im Ausland geborenen Einwohner Großbritanniens bei etwa 9 % liegen (vgl. Weinmann 2010). Hochrechnungen der University of Leeds zu Folge, könnte sich dieser Anteil unter bestimmten Voraussetzungen bis zum Jahre 2051 auf bis zu 20 % steigern (vgl. Weinmann 2010).

Abbildung 4-1 Anzahl im Ausland geborene Einwohner Großbritanniens

Quelle: ONS 2005



Vor allem der Familiennachzug für Angehörige der bereits in Großbritannien lebenden Einwanderer ist für einen Großteil dieses Anstiegs verantwortlich (vgl. Gibney/ Hansen 2005, 111). Im Durchschnitt liegt die Geburtenrate bei den Minderheiten höher als bei den „weiß britischen“ Personen, so dass Menschen aus den Gruppen der ethnischen Minderheiten erheblich jünger als die weiße Bevölkerung sind, wie in Abb. 4-1 ersichtlich.

Die ethnischen Minderheiten haben eine deutlich höhere Prozentzahl an 16-24 jährigen und deutlich weniger über-65 jährigen als die Gesamtbevölkerung, vor allem die Kategorien „multi-ethnisch“, „pakistanisch“, „bangladeshi“, „schwarz-afrikanisch“ und „schwarz andere“. Die Kategorien „schwarz-karibisch“, „indisch“ und „chinesisch“ dagegen haben eine ähnliche Prozentzahl wie bei der Kategorie „weiß“ (vgl. EO 2004, 15). Dies hat dazu geführt, dass in England die Gesamtzahl der Geburten in den letzten Jahren nicht so stark zurückgegangen ist, wie in etwa Deutschland oder vielen anderen europäischen Ländern. England kann daher ohne Einwanderungsüberschüsse noch bis 2015 mit einem leichten Bevölkerungszuwachs rechnen (vgl. Bpb 2004) d.h. der prozentuale Bevölkerungsrückgang in England ist schwächer als der EU-Durchschnitt (in Deutschland ist er am Stärksten – vgl. Bpb 2004).

Religion: In Bezug auf Religion sind etwas weniger als Dreiviertel der Bevölkerung christlich, mit Muslimen an zweiter Stelle mit 3,1%, gefolgt von den Anhängern des Hinduismus mit 1,11%. Fast 15% geben an, keiner Religion anzugehören (vgl. ONS 2011). Die Gruppe der Muslime ist selbst sehr heterogen. 43% der Muslime in Großbritannien haben einen pakistani-schen Hintergrund, weitere 17% bezeichnen sich als Bangladeshi, 9% als Inder, 11% als „weiß britisch“ bzw. 6 % „schwarz“. Die restlichen 14% bezeichnen sich als multi-ethnisch oder „andere“ (vgl. Fanshawe / Sriskandarajah 2010,12). Statistiken bzgl. Religionszugehörigkeit sind in früheren Jahren nicht einheitlich und durchgängig erhoben worden (vgl. Field 2009, 12). Erst in den 1990er Jahren haben britische Regierungen sich näher mit der Erhebung von Daten zur Religionszugehörigkeit im Lande befasst, vor allem auf Grund der Reaktionen der muslimi-

schen Bevölkerung auf die „Salman Rushdie Affäre Ende der 1980er Jahre und den Golfkrieg 1990 (vgl. Field 2009, 12).

Erwerbstätigkeit: In Bezug auf Erwerbstätigkeit liegen die Erwerbstätigenquoten bei ethnischen Minderheiten (*black and minority ethnics* - BMEs) viel niedriger als bei weißen Männern und Frauen. Vor allem Frauen aus Pakistan oder Bangladesh haben Erwerbstätigenquoten von unter 30% (vgl. EO 2004,17). Bei den männlichen BMEs ist die Wahrscheinlichkeit arbeitslos zu sein, größer als für die weiße männliche Bevölkerung, mit bis zu 20% für Pakistaner, 18% für „schwarz andere“ und 14% für männliche Bangladeshi (ebd.). Dies steht in Kontrast zu der Gruppe der Inder, die mit 6% Arbeitslosigkeit fast so niedrig ist, wie für die Gruppe der weißen Männer (5%) (ebd.). Mehrere Gründe können für die genannten niedrigen Erwerbstätigkeitsquote in Betracht gezogen werden, etwa die Konzentration ethnischer Minderheiten in London und anderen Großstädten mit hoher Arbeitslosigkeit, die jeweiligen kulturellen Normen etwa im Bezug zur Einstellung der Pakistaner zu Erwerbstätigkeit unter Frauen, sowie Diskriminierung, Ausgrenzung, mangelnde Qualifikationen bzw. mangelnder Zugang zu Qualifikationen.

Personen aus BME-Gruppen sind in bestimmten Industrien überproportional vertreten. Trauner und Sohler (2005) sprechen beispielsweise von einer Polarisierung der Arbeitsmarktposition von ethnischen Minderheiten, die sich sowohl in hochqualifizierten als auch in un- und niedrigqualifizierten Beschäftigungsbereichen finden (ebd. 38), wie zum Beispiel im Gesundheitswesen der Fall.

Die Beschäftigten mit der größten Wahrscheinlichkeit, im Management oder in einer Profession beschäftigt zu sein, stammen aus den Gruppen der Chinesen und Inder sowie der Iren und „weiß andere“ (vgl. ONS 2006). Mit zwischen 32 und 38 % liegen sie höher als die Gruppe der weiß-britischen Beschäftigten, die nur mit 27 % beteiligt sind. Am wenigsten vertreten im Bereich Management oder bei den Professionen sind Personen mit einem schwarz-afrikanischen, schwarz-karibischen bangladeschi Hintergrund (ebd.).

Der Anteil der Inder, die als Allgemeinmediziner arbeiten, lag mit 4% 10 Mal höher als für weiße Briten (ebd.). Ein Zehntel aller Frauen aus der Gruppe der Schwarz-Afrikanerinnen und ein Siebtel der Gruppe „asiatisch andere“ arbeiten als Krankenschwester im Vergleich zu 1 von 30 der „white british“ (ebd.). Ethnische Minderheiten verdienen durchschnittlich weniger als „white british“ Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen, wobei die Pakistaner am stärksten und Inder am wenigsten betroffen sind (vgl. Trauner/ Sohler 2005, 39; Healy/Oikelome 2006, 19).

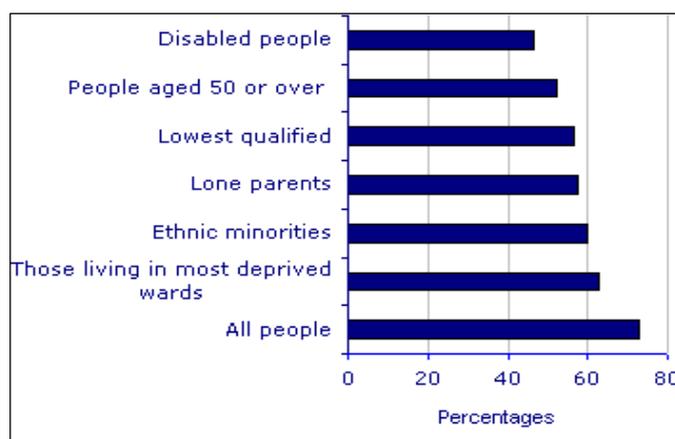
Aus der Genderperspektive sind ca. 49,3 % der englischen Bevölkerung Männer und ca. 50,7 % Frauen (vgl. ONS 2009, 62). Der Anteil der männlichen Erwerbstätigen ist mit 79%

höher als der Anteil weiblicher Erwerbstätigen (70%), wobei die weiblichen Erwerbstätigen fast zur Hälfte in Teilzeitbeschäftigungen sind (vgl. ONS 2008). Der überwiegende Grund hierfür ist die Erziehungsrolle, die immer noch meist bei den Frauen zu finden ist (vgl. Local Gov 2004, 27). Allerdings ist auch die Anzahl der Männer in Teilzeitbeschäftigungen angestiegen, von unter 1 Million 1981 auf mehr als 2 Millionen (geschätzt) für 2010 (vgl. Local Gov 2004, 28). Die größte Gruppe der weiblichen Erwerbstätigen ist im Gesundheits- und Sozialwesen beschäftigt (18,79 % aller weiblichen Erwerbstätigen). Weitere wichtige Sektoren sind bspw. Erziehung, Immobilien, Einzelhandel, verarbeitende Industrie und öffentliche Verwaltung (vgl. ONS 2003a, ONS 2003b, ONS 2003c). 54% der Frauen mit schwarz-karibischem Hintergrund und 52% der Schwarzafrikanerinnen arbeiten in Schulen und Erziehung, in der öffentlichen Verwaltung oder im Gesundheitswesen (vgl. ONS 2006).

In Bezug auf Alter stellen die 45-54 Jährigen die größte Gruppe der Erwerbsfähigen dar (Local Gov 2004, 3). Da ethnische Minderheiten durchschnittlich jünger sind als die „weiß britische“ Bevölkerung, stehen verhältnismäßig viele junge Erwerbsfähige aus den ethnischen Minderheiten für den Arbeitsmarkt zur Verfügung. Hochrechnungen sagen für 2015 eine halbe Million 15-24 Jährige Erwerbsfähige voraus, die wahrscheinlich zu den Akademikern/Akademikerinnen gehören werden (vgl. Local Gov 2004, 3). Besonders benachteiligt auf dem Arbeitsmarkt sind Menschen zwischen 50 und Rentenalter (60 Jahre für Frauen, 65 für Männer), mit einer Erwerbstätigenquote von 52,1 Prozent (siehe Abb. 4-2).

Abbildung 4-2 Benachteiligte Gruppen am Arbeitsmarkt 2009

Quelle: ONS 2010 download 28 Juni 2010 von <http://www.statistics.gov.uk>



Menschen mit Behinderungen: Es gibt ca. 6,6 Millionen Menschen mit Behinderungen in England, davon ca. ein Sechstel arbeitssuchend (vgl. Local Gov 2004, 3). Die Erwerbstätigenquote ist für Menschen mit Behinderung am Niedrigsten im Vergleich zur Gesamtquote im UK von 72,6 Prozent im Zeitraum Oktober bis Dezember 2009. Die Quote für Menschen mit Behinderung lag bei gerade 46,7 Prozent (vgl. ONS 2010).

Ein weiterer Faktor, der zu einer Benachteiligung am Arbeitsmarkt führt, ist der Mangel an Qualifikationen (siehe Abb. 4-2) bzw. der mangelnder Zugang zu diesen. Vor allem Personen in sozialbenachteiligten Wohngebieten haben eine niedrige Erwerbstätigenquote. Auch betroffen sind Personen mit einem niedrigen Ausbildungs- und Qualifikationsniveau. Kommen zwei oder mehrere Faktoren zusammen, sind die Chancen auf Arbeit zunehmend schlechter (vgl. ONS 2010).

Die Vielfaltstrukturen der englischen Bevölkerung sowie die Einwanderungspolitik seit dem zweiten Weltkrieg haben sich auch auf die **Personalstrukturen der Krankenhäuser** ausgewirkt, wie nachfolgend gezeigt wird.

4.4.2 Vielfaltstrukturen des Krankenhauspersonals

Es folgt ein Überblick der demographischen Strukturen und Berufsgruppen im Gesundheitspersonal. Wenn möglich wird auf Zahlen für die Jahre 2000 und 2010 zurückgegriffen, da die vorliegende Arbeit die Entwicklung der Diversity-Initiativen in diesem Zeitrahmen untersuchen wird. Gemessen in Vollzeitäquivalenten arbeiten 1,35 Millionen Beschäftigte für den NHS insgesamt im Jahr 2011 gegenüber 1,1 Millionen im Jahr 2001 (vgl. IC-NHS 2012). Das Krankenhauspersonal (HCSC)³⁶ umfasst die Bereiche des ärztlichen und zahnärztlichen Dienstes, d.h. das Personal mit einer ärztlichen oder zahnärztlichen Ausbildung, und die nicht-ärztlichen Dienste, zu der alle anderen Berufsgruppen inklusive des Krankenpflegepersonals gehören.

Wie bereits erwähnt, ist der NHS der größte Arbeitgeber Englands (vgl. Yar et al. 2006). Unter der Labour-Regierung startete die Department of Health zur Jahrtausendwende eine Phase massiver Investitionen und Werbekampagnen, um die bis dahin immer wieder bemängelten Engpässe und Unterinvestitionen im NHS der vergangenen Jahrzehnte zu beheben (vgl. Talbot-Smith/Pollock 2006,147). Daraus lassen sich folgende Zahlenentwicklungen (siehe Tabelle 4-2) erklären.

In allen Gruppen ist ein großer Zuwachs zwischen dem Jahr 2000 und 2010 zu verzeichnen. Vor allem die *Consultants* (vergleichbar mit der Bezeichnung Facharzt)³⁷ ist um mehr als 60

³⁶ HCSC bedeutet Hospital and Community Health Service Staff, wobei HCSC das Krankenhauspersonal sowie auch die Beschäftigten der lokalen Gesundheitszentren, die sogenannten Community Health Services (CHS), umfasst. Der NHS unterscheidet zwischen HCSC-Personal und nicht HCSC-Personal (etwa Verwaltungspersonal im NHS-Headquarter)

³⁷ Das Ausbildungssystem sowie die Berufshierarchie für Krankenhausärzte und -ärztinnen sind in England gänzlich anders aufgebaut als in Deutschland. Die im Krankenhaus arbeitenden Mediziner und Medizinerinnen können gewöhnlich in 3 Dienstgraden unterteilt werden: *Medical Students*, *Junior Doctors* und *Senior Doctors*. *Medical Students* verbringen die letzten 3 Jahre ihres 5-6-jährigen Medizinstudiums in Krankenhäusern, um praktische Erfahrungen zu sammeln. Nach Abschluss des Studiums werden sie durch die Registrierung beim *General Medical Council* (GMC) zum Junior Doctor ernannt und können in einem Krankenhaus als *Senior House Officer* bzw.

% gestiegen, aber auch die Zahl der Beschäftigten in anderen Berufsgruppen ist um mindestens 25% angestiegen.

Tabelle 4-2 Krankenhausangestellte (HCHS) in Vollzeitäquivalenten

	Jahr 2000	Jahr 2010	Anstieg
Ärztlicher/Zahnärztlicher Dienste	62.094	97.636	57%
davon <i>Consultants</i>	22.186	35.781	61%
Nicht-ärztliche Dienste	720.757	957.567	26%
- Krankenschwester/-pfleger	246.714	309.136	25%
- wissenschaftl., technisch oder therapeutisch	89.632	131.311	47%
- Hilfskräfte für klinisches Personal	234.683	307.317	31%
- Management /Seniormanagement	24.253	40.094	65%

Quelle: Zahlen aus NIC 2011

Die Berufsgruppe „Manager“ ist nicht eindeutig definiert, (vgl. Preson/Loan-Clarke 2000) häufig wird in *untere, mittlere* und *oberste Führungsebene* unterteilt. Mehr als die Hälfte aller Führungskräfte haben einen medizinischen Hintergrund (vgl. NHS-Confed 2007). Die NHS Confederation³⁸ weist darauf hin, dass mit 2,7 % der Gesamt-NHS-Beschäftigten, der Anteil der Manager sehr klein ist und die von der Öffentlichkeit verbreitete Meinung, es gäbe mehr Manager als Betten im NHS nicht stimme: tatsächlich gibt es ca. 1 Manager pro 5 Betten und 10 Krankenpfleger/innen (ebd.).

Yar et al. (2006) haben die Daten aus der Volkszählung *Census 2001* untersucht, um die sozio-demographische Zusammensetzung des Gesundheitspersonals zu ermitteln³⁹. Folgende Aussagen sind nach ihrer Untersuchung möglich:

Geschlechterverteilung: Vier Fünftel der Beschäftigten im Gesundheitswesen sind Frauen. Ca. ein Drittel der Beschäftigten im ärztlichen oder zahnärztlichen Bereich sind Frauen (vgl. Yar et al. 2006), (die *Royal College of Physicians* spricht inzwischen von ca. 40% ihrem im Bericht 2009), während 89% des Pflegepersonals und 99% der Hebammen weiblich waren (ebd.).

Alter: Das Durchschnittsalter lag etwas höher bei dem Gesundheitspersonal im Vergleich zu den Beschäftigten in der Industrie. In der Altersgruppe 35 bis Rentenalter 68% gegenüber 61%. Dafür war die Gruppe der 16-24 Jährigen deutlich unterrepräsentiert beim Gesundheitspersonal

Foundation House Officer arbeiten. Typischerweise nach weiteren ca. 6 Jahren schließen sie die Facharztausbildung ab und dürfen sich mit dem Eintrag im Fachregister beim GMC *Senior Doctor* nennen. Als *Senior Doctor* erhalten sie typischerweise eine Position als *Consultant* bzw. *Senior Consultant* (vgl. www.bma.org.uk).

³⁸ Die NHS Confederation ist ein Dachverband für alle Organisationen, die NHS-Dienstleistungen in Auftrag geben oder erbringen (siehe www.nhsconfed.org).

³⁹ Yar und Kollegen haben die gesammelten Daten für England **und** Wales untersucht. Die Bevölkerung Wales macht allerdings nur 4,8 % der Gesamtbevölkerung des Vereinigten Königreichs aus, die Bevölkerung Englands liegt bei 83,9%, Schottland 8,4% und Nordirland 2,9% von den etwa 62 Millionen Gesamtbevölkerung (ONS 2009), so dass die Aussagen immer Yars und Kollegen immer noch ein realistisches Bild der Lage für England geben.

(8% weiblich und 7% männlich gegenüber 15% bzw. 13% in allen Industrien (vgl. Yar et al. 2006, 46). Ärztinnen und Zahnärztinnen waren deutlich jünger als ihre männlichen Gegenüber.

Arbeitsverhältnis: zwei Fünftel des Gesundheitspersonals arbeiteten im Teilzeitverhältnis (30 Stunden oder weniger pro Woche) gegenüber ca. 25% in allen Industrien. 45% der weiblichen Beschäftigten hatten Teilzeitverträge und nur 10% der männlichen Beschäftigten. 2004 gaben die Acute and Foundation Trusts insgesamt 8,3 Milliarden Pfund für ihr Krankenpflegepersonal aus, davon 790 Millionen Pfund für Leiharbeiter (vgl. NAO 2006,1).

Black and Minority Ethnic - BME: Ca. 10% der Beschäftigten im englischen Gesundheitswesen gehörten zu der Gruppe der Schwarzen und ethnischen Minderheiten, das sind 3 % mehr als für alle Wirtschaftssektoren in England (vgl. Yar 2006, 48). Die NHS-Trusts, vor allem die Krankenhausorganisationen, stellen die größten Arbeitgeber von BME dar (vgl. Healy/Oikelome 2006, 19). Ca. 9% der Bevölkerung gehörten ethnischen Minderheiten an, während 10% als Gesundheitspersonal beschäftigt waren und nur 7% in allen Industrien. Alle vier Hauptgruppen („multi-ethnisch“, „asiatisch“, „schwarz“, „chinesisch“) waren überproportional im Gesundheitswesen vertreten, und zwar in den Hauptberufen Ärzte, Zahnärzte, Krankenpflege, Hebammen. Die Gruppe der Asiaten war mit 21% die größte Gruppe bei den Ärzten, die Gruppe der „Schwarzen“ war mit 5% bei den Krankenpflegeberufen und 7% bei den Hebammen vertreten. 192.000 Personen im Gesundheitssektor (13%) wurden außerhalb von Großbritannien geboren: davon 40.000 Ärzte und Ärztinnen und 58.000 in den Krankenpflegeberufen (vgl. Yar et al. 2006, 49). Gleichzeitig gibt es eine Verschiebung im Bereich Krankenpflagemigration in den letzten Jahren. Während man früher aktiv Krankenpflegepersonal aus dem Ausland nach England einholte, verlassen heute immer mehr in England ausgebildete Arbeitskräfte die Insel, um im Ausland zu arbeiten (vgl. EU-Hospital 2009). In Bezug auf die Verteilung dieser Vielfalt auf die Hierarchien der Gesundheitsprofessionen und Berufsgruppen beruflichen sprach Agnew im Jahr 2000 allerdings davon, dass der NHS immer weißer wird, je höher man in die Hierarchien schaut:

*“More than 11 per cent of NHS employees are drawn from ethnic minorities, who make up only 6.48 per cent of the general population. **But the further up the ladder you go the whiter it gets: just 3 per cent of senior managers are from ethnic minorities.**”*

(Agnew 2000 Hervorhebung durch AF).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich die Einwanderungsströme der letzten 60 Jahre maßgeblich auf die Gesamtbevölkerungsstrukturen ausgewirkt haben – nicht nur in Bezug auf Ethnizität sondern auch etwa in den Alters- und Religionsstrukturen. Diese Veränderungen

lassen sich zum gewissen Teil auch in der Zusammensetzung des Krankenhauspersonals erkennen. Ebenso lassen sich bestimmte gesellschaftliche Probleme Englands wie Ausgrenzung und Diskriminierung in den Personalstrukturen des Gesundheitswesens anscheinend wieder finden. In Großbritannien sind eine ganze Reihe von Gesetzen verabschiedet worden, um Ausgrenzung und Diskriminierung sowohl in der britischen Gesellschaft im Allgemeinen als auch gezielt bei den öffentlichen Arbeitgebern zu bekämpfen. Diese werden in den nachfolgenden Abschnitten kurz umrissen, da sie nicht nur die Strategien der Krankenhäuser im Umgang mit Vielfalt beeinflussen sondern auch Auswirkungen auf deren Akzeptanz und Erfolg haben können.

4.5 Gesetzliche Regelungen zur Bekämpfung von Diskriminierung und Förderung von Chancengleichheit

Die Gesetzgebung im Themenbereich Chancengleichheit, Integration und Antidiskriminierung wurde nicht ausschließlich in Hinblick auf ethnische Minderheiten entwickelt, sie behandelt inzwischen viel mehr ein breites Spektrum an Gleichstellungsthemen für eine Vielzahl an Bevölkerungsgruppen. Denn England blickt auf eine lange Geschichte von Bürgerbewegungen und Interessensgruppen, die für die Rechte einzelner Bevölkerungsgruppen (zum Teil erfolgreich) kämpften, zurück. So zum Beispiel die Suffragetten Ende der 19. Jahrhundert, die Frauenbewegung für gleiche Löhne in den 1940er und 1950er Jahren, aber auch die Rentner, die in den 1930er für höhere Renten demonstrierten, und Homosexuelle, die sich für eine Gesetzesreform zur sexuellen Orientierung im Jahr 1958 offiziell formierten (vgl. Thane 2010). Ebenfalls gründeten die damals noch sehr kleine Minderheiten der Schwarzen und Inder ihre eigenen Interessensgruppen („*The League of Coloured Peoples*“ 1931 sowie „*The Indian Workers' Association*“ 1938) (vgl. Thane 2010). Dennoch: der Umgang mit ethnischen Minderheiten bleibt die treibende Kraft für die Weiterentwicklung der Integrations- und Gleichstellungspolitik Großbritanniens.

Die Zunahme von Rassendiskriminierung und mangelnde Chancengleichheit für viele Minderheiten in den 1960er Jahren führte im europäischen Vergleich zu der frühzeitigen Verabschiedung eines Antidiskriminierungsgesetzes 1965 („*Race Relations Act*“ – RRA⁴⁰). Das Gesetz schuf eine erste, wenn auch dünne, gesetzliche Grundlage zur Bekämpfung von Diskriminierung und zur Schaffung von Chancengleichheit von ethnischen Minderheiten: der *Race Relations Act* machte es zur Ordnungswidrigkeit die Bedienung einer Person auf Grund der Hautfarbe, Rasse/Ethnie oder Herkunft zu verweigern, unangemessen hinauszuzögern oder zu über-

⁴⁰ Die Webseite des “Office of Public Sector Information – Part of the National Archives” enthält alle Gesetzestexte des Vereinigten Königreichs im Originalformat zusammen mit Anmerkungen als Download, verfügbar unter <http://www.opsi.gov.uk/> Stand Juli 2010

höhten Preisen anzubieten. Es folgte dann aber doch eine ganze Reihe von Gesetzesänderungen und –ergänzungen, um die Gleichstellung und Chancengleichheit in Großbritannien zu verbessern, nicht nur in Bezug auf Ethnizität. Zu den wichtigsten Gesetzesänderungen zwischen 1968 und 1976 zählen der *Race Relations Act* (1968), mit dem die Diskriminierung in Bezug auf Zugang zu Wohnraum, Arbeit oder öffentlichen Diensten auf Grund der Hautfarbe/Rasse/Ethnie/Herkunft strafbar wurde, und im Bereich Geschlechtergleichstellung der *Equal Pay Act* (1970), der die Rechtsgrundlage schuf, damit Frauen das Recht auf gleichen Lohn (inkl. Urlaubsanspruch) für gleiche oder ähnliche Arbeit wie Männer erhielten.

Das Konzept der positiven Maßnahmen (siehe Tab. 4-3) wurde mit dem *Sex Discrimination Act* (SDA) 1975 und dem *Race Relations Act* (RRA) 1976 in die Gleichstellungspolitik eingeführt und sah die ausdrückliche Förderung für benachteiligte Gruppen vor⁴¹.

Tabelle 4-3 Positive Maßnahmen vs. positive Diskriminierung

Die britische Gesetzgebung unterscheidet zwischen <i>Positive Action</i> und <i>Positive Discrimination</i> .	
Positive Maßnahmen	Positive Diskriminierung
<i>Positive Action</i> ist eine Initiative des Home Office, ist gesetzlich zulässig auch wenn es noch keine gesetzliche Definition des Begriffes gibt. <i>Positive Action</i> sieht vor, Menschen bestimmter ethnischen Gruppen und Frauen, die in bestimmten Positionen oder Berufsfelder bisher benachteiligt wurden, zu fördern. Ziel ist es, negativen Effekten aus einer vergangenen Diskriminierung oder aus bestehenden Einstellungen, Verhalten und Strukturen, entgegenzuwirken.	<i>Positive Discrimination</i> (auch <i>affirmative action</i> oder <i>reverse discrimination</i> genannt) beschreibt das Wählen einer Person ausschließlich auf Grund ihres Geschlechts oder ethnischer Herkunft und nicht ihrer Fähigkeiten. <i>Positive Discrimination</i> ist gesetzeswidrig in Großbritannien. Eine Ausnahme ist die Diskriminierung zu Gunsten von Menschen mit Behinderungen. Hier sind Arbeitgeber gesetzlich verpflichtet, alle angemessenen, zumutbaren Maßnahmen zu Gunsten von Menschen mit Behinderungen vorzunehmen.

Quelle: GEO 2011, Archibong et al 2007

Mit dem SDA (1975) wurde Diskriminierung auf Grund des Geschlechtes oder Familienstandes in den Bereichen Arbeit, Bildung und Versorgung mit Gütern und Dienstleistungen verboten. Mit dem RRA (1976) wurde die Diskriminierung auf Grund von Hautfarbe/ Rasse/ Nationalität/ ethnischer oder nationaler Herkunft verboten⁴².

Diese ersten Maßnahmen haben zwar die Ungleichheiten in der englischen Gesellschaft nicht eliminieren können, haben aber doch bewirkt, dass die Thematik in die öffentliche Debatte

⁴¹ Jordan und Johns (2006) sehen diesen Schritt als Übernahme US-amerikanischer Maßnahmen aus der Anerkennung heraus, dass Diskriminierung ein strukturelles oder zumindest institutionelles Problem darstellt.

⁴² Sowohl der SDA als auch der RRA sahen aber Ausnahmesituationen vor, in denen Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen gezielt Personen mit bestimmten Merkmalen anwerben dürfen, wenn diese eine „Genuine Occupational Qualifikation“ darstellen wie etwa indische Kellner in einem authentisch indischen Restaurant (vgl. Jordan und Johns, 2007, 9).

aufgenommen und bis heute noch sehr präsent geblieben ist (vgl. Thane 2010). Eine gleichzeitige Verschärfung der Fronten war allerdings zu erkennen, wie u.a. die Entstehung der militanten *Anti-Nazi-League* und der rechtsextremistischen Parteien wie *National Front*. Es wird aber auch deutlich, dass sich die Gesetzgebung vor allem auf die Stärkung der Rechte von Menschen ethnischer Minderheiten konzentriert. Ausgenommen Geschlecht (*Equal Pay* sowie *Sex Discrimination Acts*), wurden andere Kategorien von Diskriminierung (oft „*discrimination strands*“ oder „*strands of inequality*“ genannt) wie Alter, sexuelle Orientierung usw. von den Gesetzgebern erst später angegangen.

Die 1980er Jahre brachten einige kleinere Gesetzesänderungen, die nächste bedeutende Welle der Reformen aber kam Mitte der 1990er Jahre, zum Großteil als Anpassung an die europäische Rechtsprechung^{43, 44}. Im Verlauf der 1990er und 2000er Jahre sah man eine langsame Verschiebung weg von Anti-Diskriminierung hin zu einer positiven Förderung von Gleichstellung und Chancengleichheit (vgl. Dickens 2007). So der *Disability Discrimination Act* (DDA - 1995), der Diskriminierung auf Grund von Behinderungen in den Bereichen Arbeit und Versorgung mit Gütern/Dienstleistungen verbietet, und der *Protection from Harassment Act* (1997), der Belästigung u.a. am Arbeitsplatz zum zivilrechtlichen und strafrechtlichen Delikt macht.

Vor allem aber die Veröffentlichung des *MacPherson Report* zum Fall Stefan Lawrence im Jahr 1999 (Kapitel 4.2) führte ein Jahr später dazu, dass die neue Labour-Regierung eine Überarbeitung des *Race Relations Act* vornahm und die ersten in einer Reihe von Maßnahmen einführte, um die **gesetzlichen Pflichten der öffentlichen Dienste, zu den auch der NHS gehört**, zu verschärfen:

Der *Race Relations (Amendments) Act* - RR(A)A (2000) bestimmt, dass öffentliche Dienste die Pflicht haben, die Chancengleichheit und gute Beziehungen zwischen ethnischen Gruppen zu fördern. Sie haben ferner die Pflicht, einen Plan – *a Race Equality Scheme* – bis May 2002 zu entwickeln und umzusetzen, sowie Nachweise über die Umsetzung zu erbringen. Ergebnisse sind auszuwerten. In ähnlicher Weise sah der *Disability Discrimination Act* (2005) die Stärkung der Rechte von Menschen mit Behinderung. Auch hier sind Arbeitgeber im öffentlichen Dienst wie der NHS verpflichtet, Chancengleichheit für Menschen mit Behinderungen zu för-

⁴³ Großbritannien trat 1973 der Europäischen Gemeinschaft bei.

⁴⁴ EU-Recht sowie dessen Auslegung durch den Europäischen Gerichtshof haben ganz erhebliche Auswirkungen auf die Gleichstellungs- und Antidiskriminierungspolitik Englands, vor allem im Bereich der Geschlechtergleichstellung, und einen verstärkenden Einfluss auf die Gesetzgebung für Menschen mit Behinderungen gehabt, so Dickens (2007). Allerdings werden nicht alle Richtlinien der EU-Kommission ohne Widerstand angenommen: „*The receptiveness to European influence is not always wholehearted, however, with minimal transposition of EU Directives in some areas and the need for additional prodding by threat of enforcement action by the European Commission*“.

dern, müssen einen *Disability Equality Scheme* entwickeln und nachweisen, wie sie den gesetzlichen Pflichten nachkommen. Ebenso der *Equality Act* (2006), der den Aufbau der *Equality and Human Rights Commission* (Gleichstellungs- und Menschenrechtskommission) vorsah, die für die Förderung von Chancengleichheit und Vielfalt zuständig ist. Ferner haben öffentliche Dienste die Pflicht, Chancengleichheit zwischen Männern und Frauen zu fördern, müssen einen *Gender Equality Scheme* entwickeln und nachweisen, wie sie den gesetzlichen Pflichten nachkommen.

Weitere gesetzliche Entwicklungen im Bereich Chancengleichheit und Gleichstellung berücksichtigen andere Vielfaltsdimensionen wie sexuelle Orientierung, Teilzeitbeschäftigung, Alter usw., wie die *Sex Discrimination (Gender Reassignment) Regulations* (1999), die vor allem die Rechte auf Diskriminierungsfreiheit für Transsexuelle regeln, die *Part Time Workers (Prevention of Less Favourable Treatment) Regulations* (2000), die die Rechte von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen in Teilzeitarbeitsverhältnissen stärken, sowie der *Employment Act* (2002), der unter anderem den Vaterschaftsurlaub und die Lohnfortzahlung regelt.

Auch der im Jahr 2002 verabschiedete *Nationality, Immigration and Asylum Act* verdient hier erwähnt zu werden. Dieses Gesetz gehört beim ersten Hinsehen zum Bereich der Migrationspolitik in Kapitel 4.1. Aber wie Berkeley, Khan und Ambikaipaker (2006 11) bemerken, stellt das Gesetz „*a formal link between immigration and race relations in the form of ‘cohesion’ or ‘integration’*“ dar, in dem es Einbürgerungstests und Einbürgerungszeremonien mit Treueeid einführt. Somit sollten Migranten und Migrantinnen „offiziell“ integriert und die Werte Großbritanniens zu ihren eigenen machen.

Die *Employment Equality (Religion and Belief) Regulation* (2003) verbietet Diskriminierung bei der Arbeit oder Berufsausbildung auf Grund der Religionszugehörigkeit oder Glaube. Die *Employment Equality (Sexual Orientation) Regulations* (2003) verbieten Diskriminierung bei der Arbeit oder Berufsausbildung auf Grund der sexuellen Orientierung. Die *Employment Equality (Sex Discrimination) Regulation* (2005) stärkt weiter die Gleichbehandlung von Männern und Frauen in Bezug auf Zugang zu Arbeit, Berufsausbildung und Beförderung, sowie Arbeitsbedingungen und verbietet Diskriminierung auf Grund von Schwangerschaften oder Mutterschaftsurlaub. Die *Employment Equality (Age) Regulations* (2006) verbieten Diskriminierung eines Beschäftigten, eines Jobsuchenden oder Auszubildenden auf Grund von seinem /ihrem Alter. Mit den *Equality Act (Sexual Orientation) Regulations* (2007) ist Diskriminierung auf Grund von der sexuellen Orientierung ebenfalls rechtswidrig.

Nach dieser regelrechten Flut an Gesetzesänderungen seit 1995 (die oben genannte Liste ist keineswegs vollständig) war die Gesetzeslage fragmentiert, komplex und zeigte Inkonsistenzen

zwischen Anti-Diskriminierungsgesetze und die Förderung von Chancengleichheit (vgl. Dickens 2007). Eine Harmonisierung der Gesetzgebung wurde notwendig. Dies war Ziel des 2010 in Kraft getretenen *Equality Act*, der die bestehenden Pflichten zu einer einheitlichen „*Public sector equality duty*“ zusammenfasst, die zusätzlich zu den bisherigen Merkmalen Rasse/Ethnie, Behinderung und Geschlecht auch Alter, Transsexualität und sexuelle Orientierung, Religion und Weltanschauung mit einbezieht. Anstatt einzelne Programme zu entwickeln, haben Organisationen im öffentlichen Dienst jetzt eine Pflicht, ein einheitliches, umfassendes Gleichstellungsprogramm (*Single Equality Scheme*) zu erstellen.

Die Betonung und Ausweitung der Pflichten im öffentlichen Sektor sind nötig, so Rutherford und Ollerearnshaw, weil es gerade im öffentlichen Sektor politische und gesetzliche Einflussnahmen sind, die zu betrieblichen Veränderungen im Bereich der Vielfalt- und Chancengleichheitspolitik führen (vgl. Rutherford/Ollerearnshaw 2002). Dickens (2007) macht darauf aufmerksam, dass während Fairness und Diskriminierungsbekämpfung moralische, politische Verpflichtungen sind, diese kein Privileg gegenüber ökonomischer Effizienz genießen – nicht einmal im öffentlichen Sektor. Aber dort, wo Effizienz und Wettbewerbsvorteile durch die Förderung von Chancengleichheit möglicherweise erzielt werden können, werden diese Argumente immer häufiger vom Staat mitbenutzt, um neue Gesetzesänderungen zu rechtfertigen, deren Umsetzung oft mit Kosten für Organisationen und Unternehmen verbunden sind (vgl. Dickens 2007). Während zum Beispiel im *Employment Act* von 2002 die familienfreundlichen Rechte im Abschnitt zu Partizipation, Bindung und Weiterbildung zusammengefasst wurden, betonte die damaligen Regierung vier Jahre später in einer Grundsatzerklärung („*Success at Work*“) die ökonomischen Nachteile, die durch Diskriminierung entstehen und warb für mehr personelle Vielfalt in Hinblick auf die ökonomischen Vorteile von *Diversity* (ebd.).

Betrachtet man die Entwicklungen in der Gesetzgebung vor dem Hintergrund der Einwanderungs- und Integrationspolitik seit dem zweiten Weltkrieg, werden die widersprüchlichen Signale deutlich: einerseits wurde durch das Anwerben von Arbeitsmigranten und –migrantinnen der Eindruck vermittelt, dass England offen für Arbeitsuchende aus dem Ausland sei, andererseits wurde die Einwanderungspolitik, in Anpassung an die Arbeitsmarktsituation, mal verschärft, mal geöffnet und dies bei gleichzeitigem Auf- und Ausbau der Integrations- und Chancengleichheitspolitik. Baringhorst dazu:

„Die britische Einwanderungs- und Minderheitenpolitik ist seit den sechziger Jahren geprägt von der Ambivalenz zwischen einer zunehmend restriktiver werdenden Abschottung nach außen – gegenüber potenziellen Einwanderern und Flüchtlingen – und einer damit einhergehenden

Integrations- und Gleichstellungspolitik nach innen – gegenüber den schon im Lande ansässigen Minderheiten“.

(Baringhorst 1999).

4.6 Zusammenfassung

In England bezieht sich der Begriff Diversity in erster Linie auf ethnische Vielfalt, die aus den geplanten und ungeplanten Einwanderungsströmen seit dem zweiten Weltkrieg entstanden ist und die die Zusammensetzung der Bevölkerung stark beeinflusst hat. Es waren überwiegend Themen in Zusammenhang mit Integration, Gleichberechtigung und Chancengleichheit der eingewanderten Minderheiten, die die gesetzlichen Entwicklungen in diesen Themenbereichen vorangetrieben haben, wenn auch die Vielfaltsdimensionen „Behinderung“ und „Geschlecht“ in den Jahren 2005 und 2006 mit in die Gesetzgebung aufgenommen wurden. Inzwischen werden, in Anlehnung an EU-Anforderungen, weitere Chancengleichheitskategorien – oder „*strands of equality*“ - in der Gesetzgebung mit berücksichtigt.

Besonders das Gesundheitswesen und hier vor allem die Krankenhäuser haben von Anfang an von der Zunahme an ethnischer Vielfalt profitiert. Sie konnten mehr oder weniger nach Bedarf auf „billige“ Mediziner, Krankenschwester und Hilfskräfte überwiegend aus den ehemaligen Kolonien zugreifen, wie häufig in anderen Wirtschaftszweigen auch der Fall. Ferner sorgen die ethnischen Minderheiten dafür, dass die Bevölkerung Englands noch eine verhältnismäßig große Gruppe jüngere Erwerbstätige aufweist, im Gegensatz zu vielen anderen EU-Ländern.

Trotz Vorteile, die die Einwanderungsströme mit sich brachten, hat steigende Vielfalt zu Unbehagen bis hin zu offener Diskriminierung und Ausschreitungen in der englischen Gesellschaft geführt. Die negativen Entwicklungen sind nicht zuletzt durch die zweideutige Ausländer- und Einwanderungspolitik bei gleichzeitiger Entwicklung einer zunächst zaghaften Gleichstellungs- und später einer eindeutigeren Chancengleichheitspolitik zustande gekommen.

Auch der NHS und die zugehörigen Krankenhäuser haben fünfzig Jahre lang anscheinend wenig unternommen, um zu verhindern, dass der in der englischen Gesellschaft vorherrschende Rassismus in den Krankenhäusern ausgelebt wird. Die Leitungsinstanzen in den Krankenhäusern sahen dazu scheinbar wenig Handlungsbedarf. Erst nach dem öffentlichen Aufschrei und der Veröffentlichung des *McPherson Report* im Jahr 2000 wurde auf nationaler Ebene ernsthaft versucht, gegen Diskriminierung von Beschäftigten mit einem Migrationshintergrund – vor allem aus der Gruppe der BME - vorzugehen.

Zur Jahrtausendwende waren auf dem Arbeitsmarkt und auch im Gesundheitswesen noch deutliche Zeichen zu erkennen, dass Ungleichheiten bei verschiedenen Bevölkerungsgruppen be-

stehen, z.B. in Bezug auf berufliche Chancengleichheit unter Frauen und Männern, jüngeren und älteren Beschäftigten bzw. Arbeitssuchenden und zwischen ethnischen Minderheiten und der weißen Bevölkerung Englands.

Die Krankenhäuser haben in den letzten Jahren eine riesige Investition im Bereich Personal erlebt. In der enormen Wachstumsphase ist fast jede Berufsgruppe zwischen 25% und über 60% gewachsen (Tabelle 4-2). Mit diesem Personalwachstum müssen die Krankenhausorganisationen und ihre Beschäftigten zu Recht kommen, während sie gleichzeitig den neuen gesetzlichen Verpflichtungen im Bereich Chancengleichheit nachkommen mussten. Und das Krankenhauswesen wurde natürlich nicht nur von diesen Veränderungen betroffen sondern von zahlreichen Reformen und Umstrukturierungen mit weitreichenden Folgen, die jetzt im nachfolgenden Kapitel analysiert werden, denn sie haben eine maßgebliche Rolle in der Entwicklung der Krankenhauskultur beigetragen.

5 MACHTSTRUKTUREN IN DEN NHS-KRANKENHÄUSERN

5.1 Einleitung

Bezugnehmend auf Tatlis multi-ebene-Rahmen zur Untersuchung von Diversity-Management-Ansätzen (Tab. 2-2) berücksichtigt Kapitel 4 die soziale Regulierung des Umgangs mit kultureller Vielfalt, die Gesetzgebung zur Steuerung des Umgangs und die Bevölkerungs- und Arbeitsmarktdynamik, die als Komponenten der Makro-Ebene betrachtet werden können. Eine weitere Komponente stellt die Institution „*The National Health Service*“ selbst dar, deren Entstehungsgeschichte, Entwicklung und Reformen die Geschichte, das Gedächtnis und die Kultur der einzelnen Krankenhausorganisationen prägen. Diese haben einen wichtigen Beitrag zur Entstehung der Verhaltensregeln, Machtstrukturen und des Machtverständnisses der Akteure im Krankenhaus beigetragen, wie die folgenden Abschnitte zeigen werden.

5.2 Der Einfluss der Mediziner seit der Gründung des NHS

Der *National Health Service* wurde 1948 von der damaligen Labour-Regierung gegründet, zu einer Zeit, als die Akutversorgung ungleichmäßig im Land verteilt war, so dass einige Regionen eine sehr gute Versorgung und einen Zugang zu Spezialisten aufweisen konnten, während andere extrem unterversorgt waren (vgl. Strong/Robinson 1990, 12). Zu dieser Zeit waren die renommiertesten Ärzte des Landes überwiegend in den gemeinnützigen, karitativen „*voluntary hospitals*“ beschäftigt. Diese Einrichtungen wurden ohne Geschäftsleitung durch ein Kuratorium geleitet, eine Organisationsform, die es den Medizинern ermöglichte, sich eine gewaltige Macht und Unabhängigkeit zu erwerben (vgl. Strong/Robinson 1990, 14). Ihre Kollegen in den kommunalen Krankenhäusern dagegen hatten zwar ein gewisses Maß an Macht, mussten sich aber nach den regionalpolitischen Entscheidungen und Anweisungen der lokalen Medizinalräte richten. Trotzdem genossen auch die Krankenhausärzte der kommunalen Krankenhäuser weitgehende Autonomie in ihrer täglichen Arbeit (ebd.).

Die Machtposition der Ärzte blieb in England noch nach der Gründung des staatlichen Systems auf Jahrzehnte hinweg bestehen. Dies, so Strong und Robinson (1990, 14), liegt vor allem in den in den 1940er Jahren getroffenen Vereinbarungen zwischen der Regierung und der ärztlichen Profession begründet. Denn um die Ärzteschaft für das Konzept eines staatlichen Gesundheitswesens zu gewinnen, musste die damals amtierende Labour Regierung enorme Zugeständnisse machen. Vereinbart wurde, dass die NHS-Krankenhäuser ebenso wenig von einer Geschäftsleitung geführt werden dürften wie die „*voluntary hospitals*“. Nach Gründung des NHS behielten die Mediziner der „*voluntary hospitals*“ ihre Freiheiten und blieben ohne

Vorgesetzten, während die Kollegen der kommunalen Krankenhäuser neue Freiheiten hinzugewannen und von der Einmischung der Medizinalräte befreit waren (vgl. Klein 1989, 66; Strong/Robinson 1990, 15; Dopson 1996, 176). Die gewonnene Autonomie blieb fast 30 Jahre lang unangefochten.

Der NHS begann in den 1960er Jahren die flächendeckende Krankenversorgung zu verbessern, in dem er große Regionalkrankenhäuser bauen ließ. Gleichzeitig erhielt jede Region des Landes ihr eigenes Lehrkrankenhaus (diese waren bisher im Londoner Raum konzentriert) (vgl. Strong/Robinson 1990, 12 ff). Alles in allem war das Gesundheitssystem nach den ersten 25 Jahren „relativ gerecht, relativ effektiv und unglaublich kostengünstig“ (ebd.). Die Kehrseite war, dass das zentral gesteuerte und finanzierte System zu einer Rationierung der Krankenhausversorgung, langen Wartezeiten und nicht existenten Auswahlmöglichkeiten für die Patienten führte.

Und während versucht wurde, zentral Einfluss auf die lokale Dienstleistungserbringung zu nehmen, stellte sich ein ausschlaggebendes Merkmal des NHS als Problem dar: das **Syndikalismus der Mediziner** (vgl. Ashburner 1996, 207ff; Strong/Robinson 1990, 12; Klein 1989, 66).

In ihrer Analyse der Medizinermacht in England zeigte Elston (1991), dass erst in den 1970er Jahre diese Macht in irgendeiner Form hinterfragt wurde. Ham (1981 zitiert in Dopson 1996, 175) konstatierte, dass Krankenhausplanung maßgeblich durch die Interessen der Mediziner geprägt wurde. Die Bedürfnisse lokaler Bevölkerungen fanden kaum Berücksichtigung:

„The history of hospital planning between 1948 and 1974 can be seen as the history of corporate rationalizers⁴⁵ represented by Regional Board planners, trying to challenge the established interests of the medical profession with the community hardly in ear-shot“. (Ham 1981,75).

5.3 Die neue Macht der Krankenschwester durch Konsensus-Management

Die Reorganisation des NHS vom Jahr 1974 hatte zum Ziel die Gesundheitsleistungen auf lokaler Ebene zusammenzuführen und die Administration zu straffen (vgl. Strong/Robinson 1990, 18). Die Betonung auf der Akutversorgung innerhalb des NHS wurde geschwächt, die Berücksichtigung der lokalen psychiatrischen Einrichtungen und sozialen Gesundheitsdienste

⁴⁵ Mit dem Begriff “corporate rationalizers” sind Beamten in Gesundheitsministerien gemeint, die die Wünsche der Politiker, Direktoren der Gesundheitsdienste, Public-Health Ärzte, Dekane der medizinischen Fakultäten, akademische Experten für Gesundheitsfragen usw., die sich um die rationelle Mittelverwendung zur Versorgung einer definierten Population von Patienten bemühen. Alford, R.R.(1975) Health care politics, ideological and interest group barriers to reform. Chicago University Press— seeking the rational use of resources for defined populations of patients.

wie „*community nursing*“ gestärkt (vgl. Strong/ Robinson 1990, 13). Bisherige regionale und Krankenhaus-Leitungsinstanzen wie etwa die Verwaltungsräte der Ausbildungskrankenhäuser, die Familienberatungsstellen, ambulante Pflegedienste usw. wurden zusammengeführt und in ein drei-stufiges System der Regional-, Gebiets- und Distriktbehörden integriert (vgl. Kelly/Glover 1996). Kelly und Glover sprechen hier von „*searching for efficiency through rational bureaucratic means*“.

Ein weiteres Merkmal der Reform war der Versuch, wenn auch zaghaft, den Einfluss der Mediziner zu stützen (vgl. Dopson 1996, 173). Die Einführung des Konsensmanagements auf lokaler Ebene sah vor, dass sich die Mediziner an Entscheidungen beteiligen, in der Hoffnung, dass sie sich dann selbst daran halten würden, wenn sie diese selbst mitgestalten (vgl. Strong/Robinson 1990, 18). Zu diesem Zweck bekam jeder Distrikt ein Managementteam, bestehend aus Vertretern der unterschiedlichen Professionen. Im Managementteam saßen u. a. ein Gemeindefacharzt und ein Leiter des Pflegedienstes (*Chief Nurse Officer - CNO*), sowie ein Krankenhausfacharzt und ein Hausarzt, die von ihrer jeweiligen Profession gewählt wurde, um deren Interessen zu vertreten (ebd.).

Strong und Robinson (1990, 18) zitieren einen Zeitzeugen, der diese Ära des getrennten funktionalen Managements als der Höhepunkt in der Einflussnahme durch Professionen nannte: „*the high water point in what may be called the influence of professional values within the service*“. Hier ist nicht nur die Ärzteschaft gemeint. Mit der Einführung des Konsensmanagements erlebte die Pflegeprofession eine starke Aufwertung und war bemüht, die Werte und Interessen der eigenen Profession durchzusetzen. Sie begann sich neu zu definieren und den Berufsstand zu professionalisieren (vgl. Strong/Robinson 1990, 19). Die neu ernannten CNO saßen plötzlich in den Entscheidungsgremien neben Mediziner und Administratoren auf Augenhöhe (ebd., 19) und waren mit der Kontrolle riesiger Pflegebudgets in ihren Distrikten beauftragt. Allerdings war die Krankenpflegeprofession nur schlecht auf diese neue Verantwortung vorbereitet. Zu der Zeit existierte die Profession der Pflege nur in Theorie, so Strong und Robinson, und bestand überwiegend aus un- bzw. angelernten Hilfskräften (ebd.). Zwar wurden Fortschritte für die Krankenpflegeprofession durch die 1974 Reform erzielt und ihr Profil und ihr Status verbessert, aber es gab noch erhebliche Schwachstellen in der Professionalisierung der Pflegeberufe (vgl. Greener 2009, 168ff).

Nachträglich wurde das Konsensus-Management, das bis zur nächsten Reform 1984 herrschte, als gänzlicher Flop beurteilt, ineffizient, verschwenderisch, unprofessionell und richtungslos (vgl. Kelly/Glover 1996, 19; Strong/Robinson 1990, 20-21; Dawson/Dargie 2002). Die Entwickler des Konzeptes hatten zu optimistische Erwartungen an die Bereitschaft und Fähigkeit

der Professionen, sich gemeinsam zu verwalten. Das Machtgefälle zwischen den Professionen war völlig unterschätzt worden, Verhandlungen fanden einfach nicht unter Gleichen statt:

„Administrators were weak because doctors were strong, nurses were ignorant because doctors were educated [...] Doctors simply refused to be managed“

(Strong/Robinson 1990, 21).

Die Reform von 1974 bedeutete also keine weitreichenden Veränderungen für die Mediziner, für die Pflegeprofession dagegen schon, denn sie erhielt zum ersten Mal in ihrer Geschichte ein echtes Mitspracherecht und ging gestärkt aus der Reform hervor (vgl. Kelly/ Glover 1996, 19).

5.4 Die neue Rolle des General Managers

Als 1979 die neue konservative Regierung unter Thatcher ihre Arbeit aufnahm, beauftragte sie Roy Griffiths, ein erfolgreicher Unternehmer aus der Wirtschaft, das Gesundheitssystem zu untersuchen und Vorschläge zur Effizienzsteigerung zu entwickeln. In seinem Abschlussbericht, der als „Griffiths Report“ von 1983 bekannt wurde, stellte er fest, dass das Hauptproblem des NHS darin lag, dass es keine Verantwortliche gab. Aus diesem Bericht stammt seine viel zitierte Bemerkung, dass:

”if Florence Nightingale were carrying her lamp through the corridors of the NHS today she would almost certainly be searching for the people in charge.” (DHSS 1983).

Griffiths schlug ein neues Managementkonzept vor: General Management, das die reine Administration des Systems ablösen und durch Führung ersetzen sollte. Vorgesehen war, dass der Staat den lokalen Ebenen mehr Managementfreiheit und Verantwortung gibt und klare Messkriterien entwickelt, an denen ihre Leistungen gemessen werden können. Mit Führungskräften aus der Wirtschaft sollten neue Managementimpulse in den alten NHS-Strukturen der Krankenhäuser gebracht werden. Tatsächlich kamen weit weniger Managementkräfte von außerhalb des NHS als erhofft und die, die kamen, gingen meist relativ rasch wieder (vgl. Kelly/Glover 1996, 21). Erstmals wurden Leistungsindikatoren und Managementinstrumente aus der Wirtschaft für das Gesundheitswesen ernsthaft diskutiert und zum Teil implementiert. Dies markierte den Anfang von einem wichtigen Umdenken, nämlich das Abrücken von den individuellen Meinungen der Ärzte und eine Umlenkung in Richtung evidenz-basierter Entscheidungsfindung (vgl. Greener 2009, 96). Der NHS startete massive Kampagnen, um Mediziner für die Rolle des General Managers zu gewinnen (vgl. Strong/Robinson 1990, 26). Seitens der Krankenschwester und -pfleger gab es Proteste, denn sie verloren ganz unmittelbar ihre in 1974 gewonnene Macht an die General Managers (ebd. 27). Die Griffiths Reform brachte große Un-

ruhe in die Pflegeprofession herein, zum einem, weil die lokalen Behörden die Meinung der Pflegeprofession nicht mehr bei wichtigen Entscheidungen berücksichtigte und zweitens, weil das Pflegepersonal nur von der eigenen Profession geführt werden wollte (vgl. Stewart 1995, 31ff). Die Autorität der General Manager wurde nur widerstrebend anerkannt.

Die Reform von 1984 brachte riesige und unwiderrufliche Änderungen in den NHS, da die alte Administration durch ein Managementsystem komplett von der obersten Etage bis zur operativen Ebene hindurch ausgetauscht wurde (vgl. Strong/Robinson 1990, 27). Vor allem wurde mit der Einführung des General Managers die alte Abmachung der Medizinerautonomie von 1948 endgültig gebrochen.

5.5 Das Konzept des internen Marktes (1991-1997)

Kaum wurde Griffiths' General Management Ansatz umgesetzt, schon wurde ein neuer Ansatz von den noch regierenden Konservativen diskutiert: das Konzept des Patienten als Konsumenten von Gesundheitsdienstleistungen. Der daraus resultierenden Reform war eine hart gekämpfte, öffentliche Debatte über Thatchers geplanten Sparmaßnahmen vorausgegangen⁴⁶, die in Hinblick auf die gestiegenen Ausgaben und Leistungszahlen im Gesundheitswesen notwendig geworden waren (wobei die öffentliche Diskussion aufgeheizt und wenig objektiv war, denn wie Staender (2007, 38) bemerkt, war speziell im Krankenhaussektor der Ausgabenzuwachs tatsächlich bescheiden).

Die Reform sah unter anderem die Schaffung eines internen Gesundheitsmarktes vor, auf dem die Gesundheitsdienstleistungen von Dienstleistungserbringern angeboten und von den auftraggebenden Einkäufern für die Patienten eingekauft werden sollten (vgl. DoH 1989).

Vor der Schaffung des internen Marktes im Jahr 1991, haben die regionalen Gesundheitsbehörden ihre Finanzmittel nach Größe ihres Einzugsgebiets für die Finanzierung ihrer eigenen Krankenhäuser zugewiesen bekommen. Nach der Umsetzung wurden die NHS-Krankenhäuser als selbstverwaltete *NHS-Trusts* umstrukturiert (siehe Kapitel 3.1), die durch den Verkauf ihrer Gesundheitsdienstleistungen Einnahmen erzielen sollten. Mit Hilfe von privaten Finanzmittel-Initiativen sollte die Krankenhausentwicklung (Auf- und Ausbau) finanziert werden. Im Gegenzug erhielten die Investoren eine langfristige Teilhaberschaft für einen Zeitraum von gewöhnlich 30 bis 60 Jahren (vgl. Gaffney et al. 1999).

Um die Qualität, Zugangsmöglichkeiten und Effektivität der Gesundheitsdienstleistungen zu überwachen, wurde ein aufwendiges zentrales Regulierungssystem ins Leben gerufen (vgl.

⁴⁶ Mehr zum sogenannten „Autumn of discontent“ in Staender 2007, 36ff.

Strong/ Robinson 1990, 185). Auch hier wurden die Board of Directors vom Staat besetzt, d.h. sie wurden weder gewählt, noch waren sie rechenschaftspflichtig gegenüber der Lokalbevölkerung (vgl. Fisher 2006, 4). Die Zentralsteuerung des NHS durch den Staat blieb also bestehen. Krankenhausärzte wurden jetzt Angestellte der Trusts und nicht mehr der regionalen Gesundheitsbehörden. Rivett sieht in diesem Schritt die Stärkung des Gemeinschaftsgefühls der Ärzte mit ihrem Krankenhaus (vgl. Rivett 2009a). Für die Krankenpflegeprofession hatte die Reform ganz andere Auswirkungen. Inzwischen war das Pflegebudget so groß geworden, dass die NHS-Führung nach Wegen suchte, um das Budget zu reduzieren. Zum ersten Mal in ihrer Geschichte wurde die Krankenpflegeprofession mit einem Stellenabbau konfrontiert. In dieser Periode nahm die Zahl der Zeitarbeits- und befristeten Verträge drastisch zu, viele hoch qualifizierte Krankenschwestern fanden plötzlich keine angemessenen Stellen (vgl. Stewart 1995, 30ff).

Auf der anderen Seite wurde bestimmt, dass jeder NHS-Trust eine Vertreterin der Krankenpflegeprofession im *Board of Directors* haben muss. Dadurch wurde der Status der Profession wiederhergestellt, der durch die Einführung des General Managements verloren ging (vgl. Stewart 1995).

Die Schaffung des internen Marktes und ihre Folgen werden von Experten unterschiedlich gewertet. Trotz des Einzuges von Geschäftsleuten aus der Privatwirtschaft in die Managementtagen des NHS stellen Strong und Robinson fest, dass die Ärzte das System nach wie vor kontrollierten, während sich die Pflegeprofession noch Gehör verschaffen musste. Kelly und Glover sehen in den Reformbemühungen nur oberflächliche Veränderungen für die tägliche Arbeit – vieles blieb wie es war (vgl. Kelly/Glover 1996, 24). Jedoch für Autoren wie Day und Klein (1991) sowie Light (2001) stellt die Reform von 1991 einen Meilenstein in der NHS-Geschichte dar. Diese Reform mit ihrem internen Markt hat zwar überwiegend versagt, hatte jedoch weitreichende Veränderungen in den Machtstrukturen vollbracht.

„[the reform] profoundly **changed power relations**, the nature of the medical profession, **the organisational matrix of healthcare, and its culture**“
(Light 2001, 1168 in Baeza 2005, 30, Hervorhebung durch AF).

5.6 Die Modernisierung – *The NHS Plan 2000*

Unter dem Motto „*The New NHS: Modern, Dependable*“ (DoH 1998a) begann die neue Labour Regierung Ende der 1990er Jahre damit, den NHS eine komplette, wegweisende Reorganisation zu unterziehen. Hawkes moniert, dass anstatt das Gesundheitssystem moderner und zuverlässiger zu machen, wie das Motto sagt, es in der Realität nur dahingehend verändert wurde,

dass viele der von den Konservativen eingeführten Änderungen wieder rückgängig gemacht wurden (vgl. Hawkes 2006). Zur Zeit der Reform wurden Untersuchungsergebnisse veröffentlicht, welche die Besorgnis erregenden Zustände in der Kinderherzchirurgie des *Bristol Royal Infirmary*⁴⁷ offenlegten. Die Untersuchung kam zum Schluss, dass die vorherrschende „Klub-Kultur der Mediziner“ mit ihrer exzessiven Macht maßgeblich zu Behandlungs- und Versorgungsfehlern und in vielen Fällen zum Tod von Kindern geführt hat (vgl. Kennedy 2001, 203). Die Labourregierung machte die Überprüfung der Qualität und Ergebnisse der Krankenhäuser und ihrer Leistungen zu einer Kernaufgabe des Krankenhausmanagements. Empfehlungen aus dem Kennedy-Bericht wurden in den 10-Jahresplan „*The NHS Plan*“ aufgenommen (vgl. DoH 2000a).

Mit ihrem Plan für Reform und Investition nannte die Labour-Regierung vor allem 2 Hauptziele: der Abbau der extrem langen Wartelisten und die Verbesserung der Versorgungsqualität (vgl. DoH 2000a). Erreicht werden sollten diese Ziele durch die Einführung und Überwachung von Targets, die helfen sollten, die Produktivität zu erhöhen. Um die Reformziele zu erreichen, war eine drastische Erhöhung der öffentlichen Ausgaben für Gesundheit vorgesehen, um die chronische Unterfinanzierung des NHS zu beenden. Das Budget für Gesundheitsausgaben stieg von 56 Mrd. Pfund im Jahr 2001 auf 80,8 Mrd. Pfund im Jahr 2007 (vgl. Thompson 2009).

Der NHS-Plan sah die schrittweise Einführung folgender Änderungsschwerpunkte vor: Abschaffung des internen Marktes; Einführung der „*Primary Care Trusts*“ (PCTs) mit regionalen Budgets und Entscheidungsbefugnissen darüber, wen sie am Markt mit der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen beauftragen will; Umwandlung der Organisationsform der Krankenhäuser von NHS-Trusts in *Foundation Trusts*, die lokal und privat verwaltet werden; Einführung der Wahlmöglichkeit für Patienten und Patientinnen („*Patient choice*“); die Etablierung des Healthcare Commission, um Standards und Qualität zu überwachen (vgl. Rivett 2009a); die Veröffentlichung eines *National Service Frameworks*, eine Reihe von Richtlinien vom Department of Health⁴⁸, die Anweisungen und Empfehlungen über Best-Practices für die Versorgung bestimmter Krankheiten beinhalten und Standards für die Diagnose und Therapie konkreter Erkrankungen festlegen und weitere Einschränkungen der Freiheiten bzgl. Behandlungsweisen der Klinikärzte darstellen.

Das Ergebnis der NHS-Plan und seine Implementierung war und ist noch eine Marktorientierung, trotz der offiziellen Abschaffung des internen Markts, und zwar eine, die noch radikaler

⁴⁷ Die ungewöhnlich hohe Sterblichkeit bei Kindern nach Herzchirurgie im Bristol Royal Infirmary Krankenhaus zwischen 1991 und 1995 führte zu einer Untersuchung, die 1998 – 2001 durchgeführt wurde. Ergebnisse wurde im „Kennedy Report“ veröffentlicht: 30 bis 35 mehr Kinder starben im Bristol Krankenhaus als in vergleichbaren Häusern. Der Abschlussbericht ist unter <http://www.bristol-inquiry.org.uk> verfügbar: Stand 16.12.2010

⁴⁸ Aktuelle NSFs auf <http://www.nhs.uk/NHSEngland/NSF/Pages/Nationalserviceframeworks.aspx>

war, als das System der Konservativen (vgl. Rivett 2009b; Baeza 2005, 34). Die Reform bedeutete auch ein deutliches Umlenken weg von der Betonung auf Akutversorgung hin zu mehr Primärversorgung. Manager sind nicht mehr General Manager sondern müssen vielmehr Marktmanager werden (vgl. Exworthy et al. 2009, 1).

Weitere Maßnahmen im NHS-Plan zielten darauf ab, die Akutversorgung zu verbessern z.B. durch den Neubau von Krankenhäusern, vor allem in Kooperation mit Privatinvestoren; Neueinstellungen von Ärzten und Krankenpflegenden; Verbesserung der Sauberkeit und des Essens in den Krankenhäusern; Verbesserung der Terminierung und Abbau der Wartelisten (vgl. Rivett 2009b).

5.7 Zusammenfassung

Die Vielzahl an Reformen seit Gründung des Gesundheitssystems stellen erhebliche Umstrukturierungen und Richtungswechsel für die einzelnen Krankenhäuser und ihre Belegschaften dar. Die Rollen der Professionen haben sich immer wieder verändert, mit mal mehr, mal weniger Verantwortung und sich verändernden Aufgaben. Vor allem Führungskräfte müssen sich immer wieder auf Änderungsmanagement und, in jüngerer Zeit, auf zentral gesetzten Targets konzentrieren und werden so von der eigentlichen Aufgabe der Versorgungsverbesserung abgelenkt.

Die bei weitem wesentlichsten Entwicklungen der letzten 60 Jahren sind nach Fitzgerald L. et al. (2006, 14ff) die Einführung des General Managements in 1984, die Implementierung des internen Marktes in 1991 und die Einführung von Leistungsindikatoren und Verantwortung von der Labourregierung seit 1997. Diese Entwicklungen seien bezeichnend für die Erosion der medizinischen Dominanz und Autonomie der letzten 30 Jahren.

Während die Dominanz der Mediziner abgenommen hat, haben sich die Pflege- und die Managementberufe verstärkt und professionalisiert. In der Akutversorgung hat sich die Rolle des Managers, insbesondere der mittleren Führungsebene weiter entwickelt. Anstatt sich wie früher nur auf das Tagesgeschäft zu konzentrieren, ist der Aufgabenbereich in Richtung des strategischen Managements ausgeweitet worden. Inzwischen scheinen Ärzte und Ärztinnen ihren Status und Prestige aus beiden Rollen – der, des klinischen Experten und der, des Managers, zu beziehen (vgl. Baeza 2005).

In einem Rückblick über die ersten 60 Jahre NHS, stellen Exworthy et al. aber fest, dass die häufige Strukturreformen die Gefahr verbirgt, **das Erinnerungsvermögen des NHS auszuhöhlen**, so dass er unfähig wird, aus eigenen Erfahrungen zu lernen (vgl. Exworthy et al. 2009). In diesem Sinne zieht Professor Berridge, englische Sozialhistorikerin und Public

Health Expertin ihre eher nüchterne Bilanz der Reformpolitik der letzten 60 Jahre. Sie ist der Meinung, dass die Mediziner heute wie gestern das Krankenhauswesen dominieren und, dass die *Foundation Trusts* an die herkömmlichen „voluntary hospitals“ vor dem NHS erinnern (vgl. Berridge, 2007).

Die Entstehung, die Reformen und politische Neuausrichtungen des NHS, zusammen mit den ausländerpolitischen und soziodemographischen Entwicklungen Englands, stellen ein komplexes Geflecht von Einflüssen dar, welche die arbeitenden Menschen in Krankenhausorganisationen maßgeblich prägen. Diese Einflüsse wirken sich auf die Entstehung und Weiterentwicklung von Wertesystemen und Einstellung, Verhaltensweisen und Normen des Personals aus. Sie prägen die Krankenhauskultur und beeinflussen wie Beschäftigte im täglichen Arbeitsleben miteinander umgehen. Das folgende Kapitel 6 beschäftigt sich mit der Frage der Organisationskultur in englischen NHS-Krankenhäusern.

6 ORGANISATIONSKULTUR DER NHS-KRANKENHÄUSER

6.1 Einleitung

Wie bereits in Kapitel 2.4.3 diskutiert, kann die Kultur einer Organisation als die Basis für das Verhalten und Handeln der Organisationsmitglieder verstanden werden, welche die Wertvorstellungen, Verhaltensregeln, Normen und Standards der Organisation, an die sich Organisationsmitglieder orientieren können, bündelt. Ferner wurde in Kapitel 2.2 gezeigt, dass ein ganzheitlicher Diversity-Ansatz die Schaffung einer Organisationskultur anstrebt, in der jeder Beschäftigte seine/ihre besonderen Fähigkeiten einbringen, sein/ihr Potential entfalten und Raum für die eigenen Bedürfnisse finden kann (vgl. Vedder 2006). Dabei ist zu beachten, dass sich eine Organisationskultur nur durch einen langwierigen Prozess ändern lässt, der vor allem von den Managementebenen vorangetrieben werden muss. Gleichzeitig entwickelt sich eine Organisationskultur selbständig und dynamisch weiter - die Gestaltbarkeit der Organisationskultur ist also begrenzt.

In was für eine Organisationskultur wird Diversity-Management in den Krankenhäusern eingeführt? Steht man Personen mit unterschiedlichen Meinungen, Wertvorstellungen und Ideen offen gegenüber, herrscht eine offene und inkludierende Kultur? Können Beschäftigte ihre Fähigkeiten und ihr Potential einbringen? Wie leicht wird sich Diversity-Management als Steuerungsinstrument einführen lassen? Antworten zu diesen Fragen liefert jetzt Kapitel 6.

6.2 Typische Strukturen der NHS-Krankenhäuser

Krankenhäuser zeichnen sich durch eine hohe Spezialisierung und Aufgabenteilung als „Expertensystem“ aus, (siehe Kapitel 2.6). So genießen einzelne Beschäftigte - in NHS-Krankenhäuser sind es meist die Chefarzte oder *Senior Consultants* aber auch Fachkräfte des Pflegepersonals – auf Grund ihres speziellen Fachwissens, den Status des Experten. Mit diesem Status ist meist eine große Handlungsautonomie verbunden, da Krankenhäuser vom Ruf und Behandlungserfolg von“ihren Experten“ abhängig sind. Diese wiederum neigen dazu ihre eigenen, abteilungsspezifischen bzw. professionellen Ziele zu verfolgen, Fachinteressen werden höher gewertet als die Interessen der NHS-Krankenhaus-Trust als Gesamtheit. Bates beschreibt das Besondere an der daraus entstandenen Krankenhauskultur im NHS folgendermaßen:

“This is a situation in which different professional factions adopt a tribal outlook, and dedicate themselves to winning gains for their ‘patch’ regardless of the harm this inflicts on other parts of the organization.” (Bate 2000).

An Stelle von einer gemeinsamen Organisationsausrichtung zum Vorteil der Patienten und Beschäftigten sind lediglich Revierkämpfe zu finden (ebd.).

Es kann dazu kommen, dass einzelne Abteilungen, Stationen oder Fachbereiche „ihre“ Ziele verfolgen, sie entwickeln für „ihre“ Patienten die besten Methoden, verbessern „ihre“ Prozesse, ohne die Folgen für andere Abteilungen oder das Krankenhaus als Ganzes zu berücksichtigen. Diese Strukturen lassen Konkurrenzdenken und Misstrauen anderen Fachbereichen gegenüber entstehen, wenig Bereitschaft besteht andere Fachbereiche bei ihrer Zielerreichung zu unterstützen, wenn dies keine Vorteile für den eigenen Erfolg verspricht (vgl. Davies et al. 2000)

Die für NHS-Krankenhäuser noch typische organisatorische Trennung der Berufe in einem Drei-Säulen-Aufbau der medizinischen, pflegerischen und verwaltungstechnischen Dienste unterstützt die ausgeprägt berufsständische Denkweise und fügt eine starre Hierarchisierung hinzu. Medizin, Pflege und Verwaltung verlaufen parallel in vertikalen Funktionshierarchien, die eigene Weisungsstrukturen und Rangordnungen aufweisen.

Zu diesen formellen Autoritätsregeln aus den vertikalen Strukturen kommt die funktionale Autorität der Mediziner, die in den speziellen Fachkenntnissen und Verantwortungen begründet liegt. Es entstehen leicht Machtverhältnisse seitens der Medizin, die nicht in den formalen Organisationsstrukturen begründet sind, und die wiederum die dominante Stellung der medizinischen Profession im Krankenhaus stärkt (vgl. Bate 2000; Mannion et al. 2005; Rhode 1974).

Bedingt durch die Organisations- und Professionsstrukturen können „*parallel lines of professional authority*“ entstehen (vgl. Fox 1989, 145), die zur weiteren Komplexität der Zusammenarbeit führen. Hignet identifiziert mindestens drei Führungslinien in der für englische Krankenhäuser typischen Struktur: eine klinische Linie für das Patientenmanagement, eine Professionslinie der einzelnen Professionen und eine administrative Linie des jeweiligen Leistungsbereichs (vgl. Hignet 2003).

Krankenhäuser sind bekannt dafür, viele, diverse parallele Kulturen zu haben (vgl. Degeling et al. 2003). Die unterschiedlichen Subkulturen können eine gemeinsame Orientierung aufweisen, sie können aber auch divergierende Ausrichtung haben, so dass es zu Konfrontationen oder einer unbehaglichen Symbiose kommen kann (vgl. Mannion et al. 2005, 29). Scott und Hofmeyer (2003) nennen eine Reihe von Unterscheidungsmerkmalen, die in NHS-Krankenhäusern zu der Entstehung von Sub-kulturen beitragen können: ethnische Herkunft (ca. 10 % der 1,1 Millionen NHS-Beschäftigten hatten einen anderen ethnischen Hintergrund als „weiß britisch“ – siehe Kapitel 4.4.2); Religion; soziale Schicht (hier machen Scott und Hofmeyer darauf aufmerksam, dass es in England einen klaren Zusammenhang zwischen sozialer Schicht und dem Eintritt in die medizinische Profession gibt); Führungsposition; Gender (die Vertei-

lung der Geschlechter unter den Professionen ist nicht ausgewogen – siehe Kapitel 4.4.2), Abteilung, Fachrichtung und Professionen. Da in der Vergangenheit die Rolle der Mediziner und ihre Macht bereits thematisiert wurden, werden jetzt beispielhaft die Sub-Kulturen der Gesundheitsprofessionen untersucht.

6.3 Die Sub-Kulturen der Gesundheitsprofessionen

Wenn die organisatorischen Strukturen wenig zum Aufbau einer inklusiven, wertschätzenden Organisationskultur beitragen, so könnte die gemeinsame Ausübung humanitärer Tätigkeiten möglicherweise eine gute Basis für kollektive Überzeugungen, für vertrauensvolle Zusammenarbeit und den Abbau von Diskriminierung bieten. Allerdings weisen die Berufsgruppen erhebliche Unterschiede in ihren beruflichen Selbstverständnissen, Wertvorstellungen und Überzeugungen auf. Diese stehen in engem Zusammenhang mit der jeweiligen, berufsspezifischen Subkultur, die sich innerhalb der Gesamtorganisationskultur des Krankenhaussystems bilden können. Da das Verhalten und Handeln der Mitglieder durch das Wertesystem der jeweiligen Subkultur beeinflusst wird, kann es zwischen Mitgliedern verschiedener Subkulturen zu wesentlichen Unterschieden in der Wahrnehmung und Wertung von Situationen und Abläufen kommen (vgl. Schottmayer 2002). Die Normen werden von den Organisationsmitgliedern als selbstverständlich und verbindlich angesehen, sie helfen, das eigene und fremde Verhalten abzugleichen und zu beurteilen, werden aber nach erfolgreicher Sozialisation von den Einzelnen innerhalb der eigenen Kultur nicht mehr bewusst erfahren (vgl. Seel 2000 in Mannion et al. 2005, 23). Die historische Entwicklung des NHS und die wechselnden Machtverhältnisse – wie im vorangegangenen Kapitel gezeigt – haben maßgeblich dazu beigetragen, denn jede Profession war und ist bemüht, die eigene, abgrenzbare professionelle Identität zu entwickeln und beizubehalten (vgl. Preston et al. 1996).

Welchen Einfluss die Subkulturen der Professionen ausüben, wird häufig erst sichtbar, wenn das Organisationsumfeld gestört wird (vgl. Bloor/Dawson 1994). Unter solchen Umständen können die Professionsgruppen mehr Kontrolle auf ihr Arbeitsleben nehmen (ebd.) Werte, Überzeugungen und Verhaltensmuster der Subkulturen können dann hervorgehoben werden, um Kohäsion und Bestätigung aus der Gruppe zu erhalten, bei dem Versuch mehr Dominanz gegenüber anderen Gruppen und die Durchsetzung professioneller Ziele zu erhalten (vgl. Bloor/Dawson 1994). So kann das Verhalten der Gruppen Einfluss auf die Inklusion und die Akzeptanz von neuen Mitgliedern haben.

Die Subkulturen der Professionen können dazu dienen, den Status Quo zu erhalten, Werte und Überzeugungen weiterzuentwickeln und verbessern oder als wesentlicher Transformationsmotor innerhalb der Organisation zu fungieren (vgl. Bloor/Dawson 1994). Horton et al. argumen-

tieren, dass die Vielzahl an Wertesystemen, die typisch für Gesundheitseinrichtungen sind, in Verbindung steht, mit dem Gefühl verloren und unterbewertet zu sein, das vielfach vom Personal in der Krankenpflege genannt wird (vgl. Horton et al. 2007, 725).

Vieles deutet darauf hin, dass sich Experten in NHS-Krankenhäusern eher den Standards und Werten ihrer Profession gegenüber verpflichtet fühlen, als denen des Krankenhauses („*professional ethos*“ oder „*tribalism*“), da es meist die Professionen sind, welche die Regeln für das berufliche Weiterkommen festlegen (vgl. Mannion et al. 2005, 83; Bate 2000; Mintzberg 1979).

Am Beispiel der drei Hauptprofessionsbereiche Medizin, Pflege und Management werden die abweichenden Selbstverständnisse veranschaulicht⁴⁹.

6.3.1 Wertvorstellungen und Selbstbilder der Mediziner/innen

Laut Ärzteverband (*British Medical Association* - BMA) sind die heutigen Werte der Ärztesprofession die „Urwerte“ der Profession, die über Jahrzehnte hinweg „destilliert und verfeinert“ worden sind und heute das höchste Gut der Profession darstellen (vgl. BMA 2008, 9). Die Werte umfassen laut Ärzteverband: Hingabe (*commitment*), Integrität, Diskretion, Fürsorge, Kompetenz, Verantwortung, Mitgefühl, Untersuchungsgeist („*spirit of enquiry*“), Vertretung der Patienteninteressen („*Patient's Advocacy*“) (ebd).

Medizinstudenten und -studentinnen in Manchester, England wurden nach der Motivation für ihre Berufswahl befragt (vgl. Crossley/Mubarek 2002⁵⁰). Die Befragung ergab, dass Faktoren wie Status und Sicherheit weniger wichtig („hoher professioneller Status“: 24%; „sozialer Prestige“: 19%) waren, als Faktoren wie „Patienten versorgen“ oder „mit Menschen arbeiten“, die von 91% der Befragten genannt wurden.

Dass die Werte der medizinischen Profession eine eigene Dynamik haben und sich im Laufe der Zeit ändern, zeigen zwei Längsschnittstudien der British Medical Association (BMA) von 1995-2004 und 2006-2015⁵¹. Sie liefern Hinweise über generationsbedingte Entwicklungen und Verschiebungen von Werten innerhalb der Profession. Die Ergebnisse sind aus Befra-

⁴⁹ In der vorliegenden Arbeit werden die Sub-kulturen der Medizin, Pflege und des Managements exemplarisch dargestellt. Selbstverständlich existieren weitere Gesundheitsberufen, die eine bedeutende Rolle im Arbeitsalltag im Krankenhaus spielen und die mit großer Wahrscheinlichkeit ihre eigene Subkultur bilden, wie etwa Medizintechniker, Laboranten, Physiotherapeuten, Psychologen etc.

⁵⁰ Die Befragung umfasste nicht ausschließlich Medizinstudenten sondern auch Studenten der Zahnmedizin, deren Antworten in der vorliegenden Arbeit nicht berücksichtigt werden

⁵¹ Die BMA Kohortenstudie von 1995 ist eine 10 Jahres Längsschnittstudie von 545 Ärzten, die 1995 von Medizinstudium in dem Vereinigten Königreich graduierten. Die Studie wurde 2004 beendet, 9 Jahre nach der Graduierung der Befragten. 90% der Befragten in 1995 nahmen Teil in der Befragung von 2004. Die Kohortenstudie 2006 ist eine 10-Jahres Längsschnittstudie mit 435 Graduierten, die bis 2015 laufen wird. (vgl. BMA 2005)

gungen von frisch graduierten Juniorärzten/-ärztinnen in 1995 und 2006, sowie aus einer Befragung der 1995-Kohorte neun Jahre nach der Graduierung in 2004. Sie wurden aufgefordert, die o.g. Prinzipien zu bewerten. Die Werte „Kompetenz“ und „Fürsorge“ sind nach wie vor die wichtigsten Eigenschaften für Juniorärzte, während berufserfahrene Mediziner der Eigenschaft „Integrität“ mehr Bedeutung geben. In der 2006-Kohorte fanden 49%, dass die fachliche Kompetenz die wichtigste Eigenschaft sei gegenüber 39% im Jahr 1995. Gefragt, ob weitere Werte auf der Liste fehlten, gaben beide Kohorten die Werte „Ehrlichkeit“, „Kommunikationsfähigkeit“, „Empathie“, „Belastbarkeit“, „Teamfähigkeit“ und „Respekt“ an.

Markante Unterschiede zeigen sich im Bereich Regulierung und Umgang mit Beschwerden. Die Notwendigkeit sich kontinuierlich weiterzubilden ist bei den frisch Graduierten von 81,1% auf 95,4% gestiegen (stimmen zu und stimmen sehr zu), wie auch die Bereitschaft, Verantwortung für ihr Handeln und das ihrer Kollegen zu übernehmen. Während im Jahr 1995 65% der Befragten angaben, dass nur Mediziner das Wissen und die Erfahrungen haben, um Beschwerden gegen andere Mediziner beurteilen zu können, ist dies nur noch der Meinung von knapp über die Hälfte der 2006 graduierten Juniorärzte und der 1995-Kohorte 9 Jahre später.

In Bezug auf die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen zeigt sich eine große Veränderung. Während 1995 nur 18% der Befragten der Meinung waren, dass die traditionellen Rollen und Aufgaben der Mediziner vor der Übernahme durch andere Berufsgruppen geschützt werden sollten, waren es mehr als die Hälfte (51,3%) in 2006. Es ist denkbar, dass diese Ergebnisse die enormen Reformbemühungen aus dem NHS-Plan 2000 (siehe Kapitel 5.6) und die dadurch entstandene Unsicherheit bzgl. Rollen und Professionsgrenzen reflektieren (vgl. Robinson/Cottrell 2005). Wichtig geblieben für die Profession ist die **klinische Autonomie**, mit 72,3 % der 2006-befragten und 81,6 der 1995-befragten Juniorärzte/-ärztinnen, die der Meinung sind, dass man **gegen Einschränkungen der klinischen Freiheit kämpfen sollte**.

6.3.2 Wertvorstellungen und Selbstbild der Pflegeprofession

In einer Befragung von über 700 Krankenpflegestudierenden in England (vgl. Miers et al.2006) wurde Hingabe als Hauptmotivation für die Berufswahl genannt, gefolgt von persönlichen Fähigkeiten und Interessen, Professionswerte und Belohnung, sowie vorherige Erfahrung im Berufsfeld. Die Leitwerte der Krankenpflegeprofession werden vom Nursing and Midwifery Council in einem sogenannten „*code of professional conduct*“ festgelegt (vgl. NMC 2008), welche Aspekte wie den respektvollen Umgang mit Patienten, Schutz und Förderung der Gesundheit und Wohlbefinden der Patienten, ihrer Familien und Gesellschaft, hohe Versorgungsqualität, Offenheit, Ehrlichkeit und Integrität umfassen (vgl. NMC 2008).

Das Selbstbild der Krankenpflegenden hat sich durch die Aufwertung des Berufes in den letzten Jahren verbessert. Während sich die Ärzteschaft gegen weitere Übernahmen ihrer Tätigkeiten von anderen Berufsgruppen zu Wehr setzt, profitieren Krankenpflegenden durch die neuen Berufschancen. Allerdings zeigte eine Befragung von Pflegestudierenden, dass sie beunruhigt darüber waren, dass die Rolle der Krankenpfleger/Krankenschwester durch Krankenpflegerhelfer/-helferinnen (sogenannte „*auxiliary nurses*“) übernommen wird (vgl. Pearcey 2007). Die Tatsache, dass das Berufsfeld der *auxiliary nurses* expandierte, stellte dabei nicht das Problem, sondern, dass sich die Rolle der Krankenpfleger/-pflegerinnen vom Krankenbett und dem direkten Patientenkontakt entfernte (ebd.).

Thompson et al. (2006) sehen dagegen eine positive Vitalität in der Pflegeprofession. Die Rolle und die Eigenschaften des Berufes werden von ihren Mitgliedern diskutiert, sowohl innerhalb der Profession aber auch in Konkurrenz zu den Medizinerinnen und anderen Gesundheitsberufsgruppen (vgl. Thompson et al. 2006, 7). Trotz Stereotypen bleibt die Profession nicht an einem bestimmten Image behaftet (ebd.). Das Image und der Status der Profession sind nicht unbedingt gut. Allen et al. (2008) haben herausgefunden, dass vor allem das Krankenpflegepersonal aus dem Ausland den Eindruck haben, dass sie sich innerhalb der NHS-Strukturen geringer wertgeschätzt von anderen Beschäftigten im Gesundheitswesen fühlen, als beispielsweise Medizinerinnen und Medizinerinnen. Sie sehen ihren Beitrag im Gesundheitswesen als abgewertet (ebd.).

6.3.3 Wertvorstellungen und Selbstbild der NHS-Manager/innen

Im Vergleich zu den Berufsgruppen der Ärzte und des Krankenpflegepersonals, ist die Berufsgruppe des NHS-Managements recht jung. Erst durch den Griffith's Report Mitte der 1980er (siehe Kapitel 5.4) fand das Konzept des General Management überhaupt Einzug in die Krankenhäuser. Zu wenig Zeit, um eine Subkultur mit eigenen Werten zu bilden, könnte man meinen. Zwei Studien haben Interessantes zu diesem Thema herausgefunden. In einer relativ kleinen Studie mit Managern aus 3 Londoner NHS-Trusts (2 der Akutversorgung und ein der ambulanten Pflegedienste) wurden 28 Manager, überwiegend aus der mittleren Führungsebene und ohne klinischen/pflegerischen Hintergrund, befragt, um ihre Wahrnehmung der NHS-Managementkultur und ihre Einschätzung zur öffentlichen Meinung vom NHS-Management zu verstehen (vgl. Merali 2003). Die Werte wurden in 3 Kategorien geteilt: 1) altruistische Werte (wie etwa die Versorgung der Patienten; das Bekenntnis des NHS zum Wohl der Gesellschaft oder des Landes, der Glaube an eine kostenlose Gesundheitsversorgung usw.); 2) Werte der persönlichen Bereicherung (wie z.B. ein interessantes Arbeitsumfeld, abwechslungsreiche

Aufgaben); und 3) die Kategorie „andere Werte“ (wie etwa die Notwendigkeit der effektiven Nutzung von öffentlichen Geldern) (ebd.).

Die Mehrheit der Befragten sprach von altruistischen Werten und war der Meinung, dass es durchaus altruistische Werte gibt, die von **allen** professionellen Gruppen der NHS geteilt werden, nicht nur von den NHS-Managern. Ergebnisse aus den semi-strukturierten Interviews, die zusätzlich zu der schriftlichen Befragung durchgeführt wurden, konnten diese Aussagen bestätigen.

Allerdings machten viele der Befragten darauf aufmerksam, dass es Gruppen von Beschäftigten gibt, die diese Werte evtl. nicht teilen, und zwar waren meistens Beschäftigte von Sub-Unternehmern gemeint, wie die z.B., die für den Reinigungsdienst eingesetzt werden. Da sie nicht für den NHS arbeiten, wird in Frage gestellt, ob diese Arbeitnehmer die NHS-Werte teilen. Die Mehrheit der Befragten gab an, dass die gemeinsamen Werte unabhängig von der Managementebene oder beruflichem Hintergrund und trotz zunehmender Geschäftsorientierung überlebt hatten, und zwar auf Grund der intrinsisch lohnenden Natur der Aufgabe. Merali (ebd.) weist darauf hin, dass die NHS-Kultur, wie das Management sie durch die Wahrnehmung gemeinsamer Werte empfindet, förderlich für die erfolgreiche Umsetzung der NHS-Reformen sein müsste. Das negative Image der Berufsgruppe in der Öffentlichkeit habe allerdings eine dämpfende Wirkung auf die Motivation (ebd.).

Die Stellung der NHS-Beschäftigten in Managementpositionen ist sehr unterschiedlich. Hyde (2008) weist darauf hin, dass während das Senioremanagement die Strategien definiert und das Juniormanagement für die Einzelheiten der täglichen Arbeitsabläufe zuständig ist, das mittlere Management eine Rolle innehat, die nicht zu beneiden ist. Während es nur über limitierte Autonomie verfügt, spielt es laut Hyde eine Schlüsselrolle in Hinblick auf Leistungsverbesserung. Die Rollen und das Verhalten der mittleren und unteren Managementebenen, die ca. 3% der NHS-Beschäftigten ausmachen, ist allerdings bis her nicht ausreichend untersucht (vgl. Hyde ebd.). Eine Mehrheit der Befragten war der Ansicht, dass das Management in der Öffentlichkeit weniger wertgeschätzt wird, als Ärzte/Ärztinnen und Krankenschwester/-pfleger, die ein eher glamouröses Image haben. Manche Befragten waren der Meinung, dass das Management von den Politikern gern als Sündenbock benutzt wird, sobald Engpässe und Qualitätsmängel in der Gesundheitsversorgung debattiert werden (ebd.).

6.4 Kooperation und Zusammenarbeit in den NHS-Krankenhäusern

Während alle Professionen eines Krankenhauses von der Zusammenarbeit unter einander abhängig sind, sind die Arbeitsweisen in den NHS-Krankenhäusern mit folgeschweren, historisch gewachsenen Machtbeziehungen durchsetzt (vgl. Preston et al. 1996), wie Kapitel 5 zeigen konnte.

In wie weit sich die unterschiedlichen Subkulturen der Professionen negativ auf die Zusammenarbeit im Arbeitsalltag auswirken, wird unterschiedlich beurteilt. Davies, Nutley und Mannion (2000) vertreten die Meinung, dass die verschiedenen Berufsgruppen durchaus manche Werte und Prinzipien teilen, während andere Konfliktpotenzial behalten. Minvielle et al. stellen im Rahmen einer französischen Studie die Annahme der konkurrierenden Werte in Krankenhäusern in Frage (vgl. Minvielle et al. 2007). Mit qualitativen und quantitativen Studien in einem großen Lehrkrankenhaus in Paris fanden sie heraus, dass die unterschiedlichen Stakeholder viele Ansichten teilten und sehen dies als eine Strategie sich zusammenzutun und eine gemeinsame Front zu bilden, in Zeiten der Unsicherheit und Umstrukturierungen (ebd.). In Anbetracht der Anzahl an NHS-Reformen (siehe Kapitel 5), könnte dies auch für die Beschäftigten in Englands Krankenhäusern zutreffen. Allerdings wird die problematische Zusammenarbeit zwischen den Professionen in den NHS-Krankenhäusern vielfach in der Literatur der letzten 20 Jahren beschrieben. Vor allem die Rollenkonflikte, das mangelnde, gegenseitige Verständnis und der respektlose Umgang miteinander (vgl. Smith 1996; Reeves/Lewin 2004), die vielen Organisationsreformen (vgl. Smith ebd.), sowie der neue Fokus auf Leistung und Rechenschaft (vgl. Mannion et al. 2005, 200ff), werden hier als Ursachen genannt.

Im Rahmen des NHS-Plans wurde Interprofessionalität in das Ausbildungskonzept der Gesundheitsberufe eingeführt (vgl. DoH 2000a, 86), u.a. um die starren Grenzen zwischen den Berufen zu lockern und Arbeit und Kommunikation zwischen den Berufsgruppen zu erleichtern. Finch (2000) macht darauf aufmerksam, dass die Vermittlung von interprofessionellen Kommunikationsskills in den Ausbildungsstätten nicht ausreichen wird und dass die größte Herausforderung die Änderungen der Arbeitspraktiken innerhalb des NHS ist. Wenn dies nicht geschieht, könnte es vorkommen, dass Studenten auf eine Zukunft im Krankenhaus vorbereitet werden, die so nicht in der Praxis vorzufinden ist.

Reeves und Lewin (2004) weisen darauf hin, dass in einem typischen Alltagsszenario auf einer Krankenstation, sowieso viele unterschiedliche Mitspieler viele verschiedene Aufgaben zu erfüllen haben, und dass man kaum von einem klar definierten multiprofessionellen Team reden kann. Sie benutzen daher den Begriff einer lockeren, flüchtigen Arbeitsgruppe, die überwiegend in kurzen, unstrukturierten Interaktionen zusammenarbeitet, wobei die Medizi-

ner/Medizinerinnen dazu tendieren, lockere und flüchtige Zweckgemeinschaften zu bilden, anstatt nachhaltige und sinnvolle Kooperationspartnerschaften aufzubauen. So entsteht leicht Konkurrenzdenken und Misstrauen anderen Fachbereichen gegenüber, es besteht wenig Bereitschaft, andere Fachbereiche bei ihrer Zielerreichung zu unterstützen, wenn dies keine Vorteile für den eigenen Erfolg verspricht. Wie Finch (2000), sehen Reeves und Lewin (2004) Schwierigkeiten in der Umsetzung interprofessioneller Theorien in den Krankenhausalltag, wo Faktoren wie zu wenig Zeit für Teambuilding, unklare Rollen, die Auswirkungen professioneller Sozialisation, Macht und Statusunterschiede sowie die vertikalen Hierarchien der Professionen allen Versuchen eine interprofessionelle Zusammenarbeit zu entwickeln untergraben.

Inter- und intraprofessionelle Konflikte zwischen dem Krankenpflegepersonal und dem ärztlichen Personal bleiben eine bedeutsame Quelle von Stress für die Krankenpflegenden (vgl. Bratt et al. 2000; Ball et al. 2002). In ethnografischen Studien konnten Reeves und Lewin (2004) beobachten, dass zwischen Ärzten/Ärztinnen und dem Krankenpflegepersonal eine nur sehr spartanische und aufgabenorientierte Kommunikation stattfand. Krankenschwester und Krankenpflegehelferinnen auf Station wurden von hinzukommenden Ärzten ignoriert. Diese sprachen nur mit Kollegen der eigenen Profession. Wenn ein sozialer Austausch beobachtet wurde, dann zwischen Juniorärzten und Krankenschwestern, wenn die Arbeitsbelastung niedrig war.

Die Autoren zitieren Fletcher, der beobachtet, wie die verschiedenen Professionen in ihren Bemühungen, fachmännisch zu arbeiten, die sozialen Aspekte der Krankenhausarbeit oft als „weiblich“ und überflüssig abstempeln - sie gelten als:

„ *private sphere (femine) activities that stand outside the definition of work and competence*“ (Fletcher 1998, 163-186 in Reeves/Lewin 2004).

Reeves und Lewin (ebd.) machen darauf aufmerksam, dass das beobachtete Krankenpflegepersonal überwiegend weiblich und die Ärzte männlich waren, so dass möglicherweise Geschlechterspezifische Einstellungen zu persönlichen Beziehungen am Arbeitsplatz die Beobachtungen von Fletcher teilweise erklären. Eine weitere Erklärungsmöglichkeit für die wenig freundlichen Interaktionen sehen die Autoren in dem traditionellen Statusdenken der Mediziner, die keine Notwendigkeit sahen, „small talk“ mit Arbeitskräften niedrigeren Rangs auszutauschen. Die zwei Berufsgruppen schienen parallel zu arbeiten und tauschten Informationen aus, wenn dies nötig wurde. McCray (2009) deutet an, dass obwohl sich alte Strukturen und Spannungen zwischen Ärzten und dem Krankenpflegepersonal durch die Reformentwicklungen abbauen, die neue Aufgabenteilung und geänderten Rollen auch neues Konfliktpotenzial bedeuten (vgl. McCray 2009, 157).

Zwischen Krankenschwestern und anderen Gesundheitsberufen wie Therapeuten, Sozialarbeitern usw. beobachteten Reeves und Lewin grundsätzlich freundlicheres Verhalten. Nur unter Krankenschwestern wurde auch zeitweise freundlicher, physischer Kontakt beobachtet, wie Schulterklopfen oder Handtätscheln, die die Autoren als Zeichen sozialer Unterstützung deuten (vgl. Reeves/Lewin 2004).

Was die Zusammenarbeit zwischen Ärzten/Ärztinnen und dem Management angeht, so geben beide Gruppen an, häufig mit den interprofessionellen Beziehungen unzufrieden zu sein. Die zwei Professionen beurteilen die Beziehungsqualität allerdings unterschiedlich (vgl. Davies et al. 2003). In Anbetracht der Tatsache, dass Manager/-innen und Mediziner/-innen grundsätzlich unterschiedliche Ziele verfolgen - best-mögliche Patientenversorgung einerseits und Kosteneffektivität und Erreichung der Zielvorgaben andererseits - sind Reibereien und Konflikte in den Medizin-Management-Beziehungen vorprogrammiert. Mediziner fühlen sich häufig in Managementvorgaben eingezwängt und sehen nicht ein, warum sie sich von Managern etwas vorschreiben lassen sollen (vgl. Bate 2000; Davies et al. 2003). Sie stellen die Kompetenz der Manager häufig in Frage (vgl. Davies et al. 2003). Darüber hinaus ist das Management gezwungen, sich nach den Anweisungen des Department of Health zu richten, anstatt die Interessen des Trusts und der Belegschaft vor Ort im Mittelpunkt stellen zu dürfen (vgl. NHS-Confed 2007, 3).

6.5 Die Mobbing-Kultur

Fehlzeiten wegen Krankheit verursachten dem NHS Kosten in Höhe von schätzungsweise £300 Millionen im Jahr 1997 (vgl. Cardwell/Flanagan 2005, 107). Fluktuation war ebenfalls zu einem großen wirtschaftlichen Problem vor allem in vielen NHS-Akutkrankenhäusern geworden. In Bezug auf Krankenpflegende hatten 25 von den 33 Akutkrankenhausesorganisationen in London eine Fluktuationsrate von über 20%, 18 von ihnen sogar über 25%, und 9 von ihnen über 30%, mit ähnlichen Zahlen in anderen Großstädten Englands (vgl. Finlayson et al. 2002). Viele NHS-Krankenhäuser mussten mit einer Unterbesetzung von 20% bei den Krankenschwestern und -pflegern funktionieren (vgl. RBNS 1997). Verschiedene Ursachen wurden für die hohen Fluktuations- und Krankheitsraten diskutiert. So wurde in einem Bericht des *Nuffield Trust* Ende der 1990er Jahre angegeben, dass eine hohe Anzahl der NHS-Beschäftigten an psychischen Belastungen und Störungen (von emotionaler Erschöpfung bis hin zu Selbstmordgefährdung) litt, mit 21% - 50% der Mediziner und Medizinerinnen, 29% - 48% der Krankenpfleger / Krankenschwester und 30% - 50% der Führungskräfte, die von erhöhten psychischen Störungen berichteten (vgl. Williams et al. 1998 zitiert in Longley et al. 2001, 16).

Als mögliche Ursachen wurden u.a. Mobbing, Belästigung, Diskriminierung und Probleme mit interpersonellen Beziehungen genannt (vgl. Longley et al. 2001, 4 und 15ff). Mehrere Studien Ende der 1990er Jahre hatten das Problem der (Rassen-) Diskriminierung innerhalb des gesamten Gesundheitssystems⁵² bestätigt (vgl. Esmail et al. 1998; Esmail/Carnall 1997; Chevannes 2001; Shields/Whitely Price 2002). Mobbing und Belästigung am Arbeitsplatz stellten im Jahr 2000 kein neues Phänomen für den NHS dar und galten bereits zur Jahrtausendwende als weit verbreitetes und ernst zu nehmendes Problem (vgl. BMA 2006, 5). Zu dieser Zeit wurde ebenfalls von den negativen Auswirkungen durch Mobbing und Belästigung berichtet, und zwar nicht nur für die direkt Betroffenen sondern auch für diejenige, die Zeugen von Mobbing gegen andere waren (vgl. Hoel/Cooper 2000 in Bécaries 2009, 3).

Von Mobbing und Belästigung schienen die ethnischen Minderheiten eher betroffen zu sein als weiße Briten, sowohl bei den Medizinerinnen und Medizinern (vgl. Quine 1999⁵³) als auch bei der Krankenpflegeprofessionen (vgl. Belshon et al. 1995; Shields/Whitely Price, 2000 zitiert in Bécaries 2009, 3). Pudney und Shields (1999) berichten von erheblichen Unterschieden in der Beförderung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus ethnischen Minderheiten für die Krankenpflegeprofession innerhalb des NHS, wie auch von Frauen, sowie von kontinuierlichen Fällen von Diskriminierung gegen BMEs (*black and minority ethnics*) in der Belegschaft (vgl. Pudney/Shields, 2000).

In Bezug auf Krankenstand zeigten aber mehrere Studien aus den 1990er Jahren in Bezug auf NHS-Beschäftigten, dass der Krankenstand bei zunehmender Mitarbeiterpartizipation und –engagement deutlich abnahm (vgl. Cohen 1993; Barber et al. 1999 in Joshua-Amadi 2002). Gleichzeitig können die steigenden Erwartungen an Krankenhausmanager, kostenbewusster und effizienter mit Ressourcen umzugehen als Grund verstanden werden, warum Führungskräfte beginnen, sich mit Themen wie Inklusion und Personalbindung auseinanderzusetzen. Wie in Kapitel 4 ersichtlich

Begriffsabgrenzung	
Mobbing und Belästigung werden in England unter den Begriffen „bullying“ und „harassment“ erfasst, die vom BMA folgendermaßen verstanden werden:	
<p>“<i>Bullying is persistent behaviour against an individual that is intimidating, degrading, offensive or malicious and undermines the confidence and self-esteem of the recipient</i>”</p>	<p>“<i>Harassment is unwanted behaviour that may be related to age, sex, race, disability, religion, sexuality or any personal characteristic of the individual. It may be persistent or an isolated incident</i>”</p>
Quelle: BMA 2006, 6	

⁵² Hier ist das gesamte Gesundheitssystem inklusive medizinische Hochschulen und Ausbildungsstätten für Krankenschwester/Krankenpflege gemeint.

⁵³ Quine fand heraus, dass – bezogen auf Junior-Ärzten und –ärztinnen – 45% der Schwarzen gegenüber (immer hin noch) 34% der Weißen von Mobbing berichteten.

wurde, fordern benachteiligte Gruppen – unter ihnen auch Einwanderer der zweiten und dritten Generationen - ihr Recht auf eine diskriminierungsfreie Behandlung am Arbeitsplatz.

Eine Kultur des Mobbing, der Diskriminierung und der Ausgrenzung ist ein Problem, das von den verschiedenen Professionen des NHS berichtet wird. Dass Mobbing unter NHS-Ärzten vorkommt, ist in den letzten Jahren zunehmend thematisiert worden (vgl. Quine 2001; BMA 2006; Paice/Smith 2009). In einer kleinen anonymen Befragung, an der 594 Ärzte teilnahmen, wurden Mobbingopfer vor allem in den Reihen der Juniorärzte identifiziert (vgl. Quine 2001).

Während manche die Mediziner Ausbildung als eine Art Initiationsritus in die Medizin betrachten, der das Mobbingverhalten rechtfertigt und zur Kultur der jungen Mediziner/innen gehört, weist die BMA darauf hin, dass das Problem genauso bei Seniorärzten und -ärztinnen vorzufinden ist und dass auch die Fachärzte/-ärztinnen wahrscheinlich sowohl von Kollegen als auch von Seniormanagement gemobbt werden (vgl. BMA 2006, 3). In einer Befragung im Auftrag der BMA aus dem Jahr 2005 zum Wohlbefinden von Studenten/Studentinnen im Medizinstudium gab ca. ein Viertel der Befragten an, von den Ärzten/Ärztinnen und 5 % von anderen Studierenden im Rahmen ihrer Ausbildung gemobbt worden zu sein (vgl. BMA 2006, 10).

Mobbing ist auch innerhalb der Pflegeprofession präsent. In ihrer Studie hat Randle (2003) Studierenden am Anfang und am Ende ihrer Ausbildung interviewt und festgestellt, dass Mobbing ein alltägliches Vorkommen in der Ausbildungszeit ist. Randle sieht die Ursache in der Internalisierung des Mobbing in die Professionskultur, da die Studenten selbst gemobbt werden und gleichzeitig zuschauen, wie Dienstältere mobben. Sie stellte ferner fest, dass die Befragten ein sehr schlechtes Selbstwertgefühl haben.

Auch der Grad an Mobbing und Druck, den das Seniormanagement von oben erfährt, scheint hoch zu sein und wird entsprechend auch von anderen Berufsgruppen wahrgenommen, so die NHS-Confederation, die Interviews unter NHS-Beschäftigten durchführte (vgl. NHS-Confed 2007, 8).

Während der Rhetorik von Managementverantwortung und lokaler Rechenschaft der Organisationen spricht, erfährt das Seniormanagement Druck und Mobbing von oben, welchen manche Befragter als *“insultingly brutal and distressingly macho”* beschrieben.

Diese Wahrnehmungen scheinen Mediziner/Medizinerinnen davon abzuhalten, eine Laufbahn als *„Medical Director“* in der Geschäftsleitung aufzunehmen. Ein *Medical Director* sagt:

“The level of bullying I see in management is far worse than anything I have experienced in medicine, which itself is not the gentlest of environments.”

(NHS-Confed 2007, 8).

6.6 Management und Führung im NHS

Eine erfolgreiche Implementierung von Diversity-Management setzt in den meisten Fällen eine Änderung der Werte und Einstellungen in einer Organisation voraus (siehe Kapitel 2; vgl. Vedder 2006). Ferner gibt es Hinweise dafür, dass sich Organisationsveränderungen leichter umsetzen lassen, wenn die Beschäftigten Vertrauen in ihre Führungskräfte haben – vor allem dann, wenn die geplanten Veränderungen einen tiefgreifenden Einfluss auf die Organisationsphilosophie und die Grundeinstellungen der Organisationsmitglieder bedeuten (vgl. Kiffen-Petersen/Cordery 2003 in Skinner et al 2004). In ihrer Vorbildfunktion spielen Führungskräfte eine entscheidende Rolle bei der Akzeptanz von neuen Unternehmensstrategien (vgl. Bate 1994; Gray/Harrison 2004, 155).

Soll eine Offenheit gegenüber Vielfalt und unterschiedlichen Einstellungen, Werten und Meinungen geschaffen werden, so besteht die Aufgabe der Führungskräfte darin, destabilisierenden Effekten von Vielfalt entgegenzuwirken und dafür Sorge zu tragen, dass die Beschäftigten bei Veränderungen trotzdem eine Orientierung behalten. Wenn Beschäftigte aus unterschiedlichen Kulturkreisen oder Bevölkerungsgruppen stammen und „von Haus aus“ keine gemeinsamen Werte und Überzeugungen besitzen, brauchen sie klare Vorgaben und ein eindeutiges Wertesystem vonseiten der Organisation, damit sie ihr gemeinsames Arbeitsleben gestalten können. Bei steigender personeller Vielfalt gilt: Die Beschäftigten müssen zwar nicht auf gleiche Weise denken und handeln, *„aber Partner müssen – bei aller Unterschiedlichkeit – füreinander berechenbar sein.“* (Doppler /Lauterburg 1995).

Dabei stellt die Berücksichtigung der Auswirkungen von Veränderungen auf die verschiedenen Berufsgruppen eine zentrale Herausforderung dar, wenn Änderungen an einer Krankenhauskultur geplant und umgesetzt werden (vgl. Scott /Hofmeyer 2003).

In der Vergangenheit haben die britischen Regierungen den NHS-Organisationen immer wieder Kulturänderungen „top-down“ vorgeschrieben (vgl. Kernick 2004, 113; Scott /Hofmeyer 2003). Diese Bemühungen sind laut Scott und Hofmeyer häufig wegen der Hartnäckigkeit der seit Generationen existierenden Subkulturen der Professionen gescheitert:

„...the centralized administration of the NHS has allowed opportunities for the national government to experiment with a „top down“ approach to installing new values, beliefs, and working relationships. [...] Professional values, affirmed over centuries and woven into the fabric of health care organizations, are resilient enough to frustrate many attempts to „engineer“ change from above“
(Scott /Hofmeyer 2003).

Zielt man mit Diversity-Management auf eine Veränderung der Organisationskultur ab, so müssen die Führungskräfte in den Krankenhäusern die Möglichkeit bekommen, anstelle eines Top-Down-Ansatzes, die Kultur von der Basis aus aktiv zu gestalten und die Besonderheiten ihrer Organisationen zu berücksichtigen (die Bedeutung der Berücksichtigung von Krankenhausbesonderheiten bei der Übertragung von Managementansätzen aus der Wirtschaft wurde bereits in Kapitel 2.5 behandelt).

Die Berücksichtigung der Sub-Kulturen in einer Veränderungsstrategie, wie sie die Einführung von Diversity-Management erfordert, stellt die Führungskräfte vor eine schwierige Aufgabe. Hier ist, laut Scott, eine gelungene Mischung aus einem transaktionalen und einem transformativen Führungsstil notwendig, um sowohl das Verhalten als auch die Betrachtungsweisen der Beteiligten dauerhaft zu ändern (vgl. Scott/Hofmeyer 2003). Allerdings muss hier noch viel getan werden: einer Studie der NHS Confederation zur Folge gibt es im NHS zwar viele Manager, die sehr gute „managen“ aber nur wenige, die sehr gut „führen“⁵⁴ (vgl. NHS-Confed 2007, 3).

6.7 Zusammenfassung

Das sechste Kapitel hat die Komplexität der Organisationskultur in den NHS-Krankenhäusern erläutert. Es kommt häufig zu Revierkämpfen zwischen den Fachabteilungen, die zu Misstrauen und Rivalitäten führen und eine gemeinsame Ausrichtung aller Krankenhausbeschäftigten erschweren. Der hierarchische Aufbau der einzelnen Professionen bekräftigt starre Hackordnungen, unter denen vor allem Beschäftigte in Junior-Positionen zu leiden haben.

Gleichzeitig existiert eine berufsständische Denkweise, die dazu führt, dass die Werte und Einstellungen der einzelnen Professionen mehr Bedeutung besitzen als die Verfolgung gemeinsamer Organisationswerte und -ziele. Allerdings zeigen die jüngeren Beschäftigten eher eine Bereitschaft für Veränderungen z.B. im Umgang mit Beschwerden oder in der Verteilung der Aufgaben auf andere Berufsgruppen.

Entsprechend ist die Zusammenarbeit häufig geprägt von Rollenkonflikten. Oft mangelt es an gegenseitigem Respekt und an Kommunikation zwischen den Berufsgruppen im Arbeitsalltag. Spätestens seit der Veröffentlichung des NHS-Plans 2000 ist aber auf der Führungsebene erkannt worden, dass die Krankenhausorganisationen nur effizienter arbeiten können, wenn der Umgang mit ihren personellen Ressourcen effizienter wird und Fehlzeiten und Fluktuation

⁵⁴ Kotter (1996) unterscheidet zwischen Managementprozessen, die sich mit Themen wie Planung, Budgetierung, Organisation, Personalressourcen, Controlling und Problemlösung befassen, und Führungsprozessen, die richtungweisend, motivierend und inspirierend sind.

gesenkt werden. Mobbing, Diskriminierung, Belästigung und interpersonelle Probleme werden in den letzten 20 Jahren immer häufiger thematisiert.

Die Probleme scheinen bereits während der Ausbildung vorhanden zu sein. Hier sollen Maßnahmen ergriffen werden, damit die Studienabsolventen beispielsweise interprofessionelle Kommunikation lernen. Diese Maßnahmen werden aber nur Erfolg haben, wenn sich die Arbeitspraktiken im NHS-Alltag verändern.

An dieser Stelle sind die Führungskräfte gefordert, denn sie sind es, die die Organisationskultur durch ihr Verhalten und ihre Überzeugungen verändern können. Dabei ist es wichtig, dass sie die Möglichkeit haben, die Werte und Arbeitsbeziehungen so zu definieren, wie sie für die betroffene Organisation und unter Berücksichtigung der vorhandenen Sub-Kulturen am besten passen, ohne einem „Diktat von Oben“ folgen zu müssen. Keine leichte Aufgabe angesichts der Tatsache, dass es zu wenig Manager/Managerinnen im NHS gibt, die tatsächlich „führen“ anstatt nur zu „managen“. Vor diesem Hintergrund stellt eine Einführung von Diversity-Management eine sehr große Herausforderung für die Krankenhäuser dar.

7 **EQUALITY & DIVERSITY - ZENTRAL-ENTWICKELTE KONZEPTE FÜR EINE DE-ZENTRALE UMSETZUNG**

7.1 **Einleitung**

Bis zur Veröffentlichung des *MacPherson Report* im Jahr 1999 ließen sich kaum zentrale Maßnahmen vom *Department of Health* erkennen, die auf die Bekämpfung von Diskriminierung im NHS abzielten (vgl. Snell 1996; Johns 2005, 74-78). Einige wenige Programme existierten, um ethnische Chancengleichheit zu fördern (vgl. Agnew 2000; Johns 2005, 238; EOR 2003). Die im Jahr 1998 erschienene allgemeine Richtlinie *Working Together Securing a quality workforce for the NHS*, bildete eine erste Basis für einen einheitlichen Umgang mit Beschäftigten innerhalb des gesamten NHS und zielte u.a. darauf ab, die Mitarbeiterzufriedenheit und –bindung durch Fairness, Chancengleichheit, Qualifikation und positives und sensibles Management zu stärken, sowie rassistisch begründete Belästigung (*racial harassment*) am Arbeitsplatz zu bekämpfen (vgl. DoH 1998b). Die Leitlinie blieb aber recht unspezifisch, wenn es darum ging genau zu definieren, was mit Ungleichheit und Belästigung im NHS gemeint ist.

Eine im Jahr 1999 vom *Department of Health* in Auftrag gegebene, unabhängige Studie sollte den Fortschritt der Chancengleichheitspolitik begleiten, mit Schwerpunkt auf ethnische Gleichheit (*race equality*). Obwohl einige vereinzelte Initiativen aufgedeckt wurden, kam die Studie zum Ergebnis, dass es keine Hinweise in den Geschäftsplänen des Ministeriums gab, wie der *Department of Health* Rassismus im Arbeitsalltag des NHS bekämpfen wollte (vgl. EOR 2003). Nicht verwunderlich, dass auf Krankenhaus-Ebene nur sehr wenige NHS-Organisationen bemüht waren, selbst tätig zu werden (vgl. Johns 2005, 237).

Erst nach der Regierungswechsel 1997 und vor dem Hintergrund der öffentlichen Debatte über institutionellen Rassismus und Diskriminierung wurde im NHS-Modernisierungsplan das Thema *Diversity* in die NHS-Ziele definiert:

“The NHS is also committed to building a diverse workforce and using its leverage as an employer to make a difference to the life opportunities and health of its local community. Education programmes must open up opportunities in healthcare to the whole of the local community.” (DoH 2000a, 86).

Seit dieser Zeit sind einige zentral gesteuerte Maßnahmen und Initiativen ins Leben gerufen worden, welche helfen sollen, die Vielfalt der NHS-Belegschaft auszubauen und Chancengleichheit zu fördern. Die wichtigsten werden in den folgenden Abschnitten kurz vorgestellt.

7.2 Etablierung eines Rahmenplans und Arbeitsstandards im NHS

Nach Veröffentlichung der Untersuchungsergebnisse im Fall Stephen Lawrence und der Diskussion über institutionellem Rassismus⁵⁵ stellte die *Department of Health* im April 2000 einen 5-jahres Rahmenplan für Vielfalt und Chancengleichheit vor. Der Rahmenplan, „*The Vital Connection – an equalities framework for the NHS*“, sollte die Fundamente für die Einführung von Chancengleichheit, Vielfalt und Inklusion in jeden Teil des Gesundheitssystems legen (vgl. DoH 2000b, 3). Eine Reihe von Indikatoren und Maßnahmen, sowie nationale Zielvorgaben waren vorgesehen, mit denen die NHS-Trusts ihren Umgang mit Vielfalt und Chancengleichheit gestalten sollten (vgl. DoH 2000b, 42).

Ein Ziel des Rahmenplans war es, die Belegschaften der *NHS Trusts* als Spiegelbild des jeweiligen Einzugsgebietes durch gezielte Maßnahmen im Bereich Personalbeschaffung und –entwicklung zu gestalten. Die *NHS Trusts* sollten zum bevorzugten Arbeitgeber entwickelt werden, die ihre Belegschaften so fördern, dass sie die Gesundheitsdienstleistungen optimal für die vielfältigen Patientengruppen und Individuen liefern (vgl. DoH 2000b, 8). Die dahinter liegende Überzeugung besagt:

“Securing and developing a workforce that reflects and understands the diversity of the population is fundamental to serving the needs of all”

(DoH 2000b, 7, Hervorhebung durch AF).

Mit dieser Aussage stellt das *Department of Health* die Verbindung zwischen Vielfalt, Chancengleichheit und einer qualitativ besseren Gesundheitsversorgung und Kundenorientierung her.

Dies ist ein gutes Beispiel für die in Großbritannien typische Verknüpfung von Gleichheit und Vielfalt (vgl. Johns 2006, 238). In der britischen Fachliteratur und der Praxis wird häufig von „*Equality & Diversity Policy*“ bzw. „*Strategy*“ im Sinne von einer „Chancengleichheits- und Diversity-Management-Strategie“ gesprochen. Die Begriffe *Equality & Diversity* wurden erst 3 Jahre nach der Veröffentlichung des NHS-Plans genauer definiert und die beiden Begriffe voneinander abgegrenzt. Demnach handelt es sich bei *Equality* um die Schaffung einer fairen Gesellschaft, in der jede/r partizipiert und die Möglichkeit erhält, ihr/sein Potenzial auszus schöpfen. Unterstützt wird *Equality* durch die Gesetzgebung. *Diversity* dagegen bedeutet die Anerkennung und Wertschätzung von Unterschieden im weitesten Sinne. Für das *Department of Health* zielt *Diversity* darauf ab, eine Arbeitskultur zu schaffen, die Unterschiede anerkennt, respektiert, wertschätzt und einsetzt – zum Wohl der Organisation und der Individuen, ein-

⁵⁵ Die NHS-Executive bezieht sich im Rahmenplan *The Vital Connection* direkt auf den MacPherson-Bericht und die Notwendigkeit institutionellen Rassismus in den öffentlichen Diensten zu eliminieren

schließlich der Patienten und Patientinnen (vgl. DoH 2003a, 2). Ferner wird in Veröffentlichungen des *Department of Health* die Meinung vertreten, dass Chancengleichheit und Vielfalt zwar nicht austauschbar, aber doch gegenseitig voneinander abhängig sind:

Equality & Diversity are not inter-changeable but are inter-dependent. There is no equality of opportunity if difference is not recognised and valued (DoH 2003b, 8).

Unterschiede müssen also als etwas Positives erkannt und wertgeschätzt werden, wenn man Chancengleichheit – *Equality* - erreichen will. Umgekehrt kann man nicht im Sinne von *Diversity* handeln, solange Diskriminierung und Ausgrenzung vorherrschen. Diese Aussagen gehen von der Prämisse aus, dass mehr Chancengleichheit und Vielfalt zu einer Belegschaft führen, die besser in der Lage ist, in angemessener Art und Weise auf die verschiedenen Bedürfnisse der unterschiedlichen Patientengruppen und Individuen zu reagieren. Allerdings hatten Wissenschaftler bereits 1996 Zweifel an der Theorie geäußert, mehr Vielfalt führe automatisch zu mehr Kundenorientierung (siehe Kapitel 2.4.2).

Die Ziele des britischen Gesundheitsministeriums in Bezug auf *Equality & Diversity* sind zum Teil mitarbeiterorientiert und teilweise patientenorientiert. *The Vital Connection* sah beispielsweise nationale Benchmarks vor, um eine Repräsentation in den Exekutiven auf Board-Ebenen von 7% ethnische Minderheiten und 40% Frauen bis Ende März 2004 in allen NHS-Sektoren zu erreichen (vgl. EOR 2003). Die Ziele sollen durch die Stärkung der Führungskompetenzen bzgl. Chancengleichheit, Gleichstellung und Vielfalt u.a. mit Training für die Vorstände, die Überwachung und Evaluierung der eingesetzten Maßnahmen, die Einbeziehung der Akteure auf lokaler Ebene mit einem partnerschaftlichen Ansatz, erreicht werden (vgl. DoH 2000b, 32ff).

Die Initiative sollte eine Erneuerung des NHS lostreten, ganz im Sinne von der Politik der Inklusivität, des Wettbewerbs und der Organisationseffektivität der neuen Labor Regierung (vgl. Hamilton 2004). Hamilton (2004) spricht in diesem Zusammenhang von einem Versuch des NHS-Executive mit rationalen Argumenten und einem stark moralischen Ton eine emotionale Reaktion seitens der Leser (d.h. u.a. der NHS Beschäftigten und –Verantwortlichen) auszulösen.

Der Rhetorik von *The Vital Connection* nach zu urteilen, sollte mit dem Rahmenplan die Debatte um Chancengleichheit im NHS einen positiven Ton erhalten, im Gegensatz zu den bisherigen Diskussionen um Misserfolge und Negatives (vgl. Hamilton 2004). Mit dieser Veröffentlichung begann der *Department of Health* den Begriff „*Equality & Diversity*“ zu verwenden, anstatt den bisher verwendeten Ausdruck „*Equal opportunities*“ bzw. „*Equalities*“ (siehe z.B.

DoH 2000b). Dies erinnert an die Theorie von Jayne und Dipboye, dass *Diversity* den Organisationen eine „verdauliche“ Möglichkeit bietet, sich mit negativ-behafteten Themen wie Diskriminierung auseinanderzusetzen (siehe Kapitel 2.3.6).

Auf dem Rahmenplan *“The Vital Connection”* aufbauend veröffentlichte das *Department of Health* im Oktober 2000 der *“Improving Working Lives Standard”* (IWL)⁵⁶, ein Standard für gutes Personalmanagement in NHS-Organisationen, wie im NHS Plan 2000 angekündigt (vgl. DoH 2000a, 53). Mit Hilfe des Standards sollten NHS-Arbeitgeber, darunter die Krankenhausorganisationen, ihren Willen demonstrieren, das Arbeitsleben ihrer Beschäftigten zu verbessern (vgl. DoH 2000d). Der vom *Department of Health* ausgearbeitete Standard zur Verbesserung des Arbeitslebens setzte Maßstäbe, die von allen Arbeitgebern im NHS einzuhalten sind. Ziel des IWL ist es, NHS-Arbeitgeber dazu zu motivieren, eine Reihe von Richtlinien und Praktiken zu entwickeln, um die persönliche und professionelle Entwicklung ihrer Beschäftigten zu fördern, und ihnen eine gesunde work-life-balance zu ermöglichen. IWL liefert Benchmarks gegen die die NHS-Arbeitgeber evaluiert werden (vgl. DoH 2000d).

Neben den Schwerpunkten work-life-balance, flexible Arbeitszeiten und Abbau von Überstunden, sind Hauptthemen die Verbesserung von Fluktuationsraten, Durchführung und Ergebnisveröffentlichung von jährlichen Mitarbeiterbefragungen, Beispiele dafür, dass sich die Belegschaft bei der Bekämpfung von Mobbing, Belästigung und Diskriminierung auf Grund von Unterschieden in der Sprache, Kultur, Alter, Religion, Geschlecht, Sexualität oder beruflichen Status unterstützt fühlt (vgl. DoH 2000d.).

Alle NHS-Arbeitgeber werden jährlich nach diesem Standard bewertet, der in drei Phasen implementiert wird: erstens Verpflichtungserklärung, zweitens Umsetzung, drittens Akkreditierung (vgl. DoH 2000d, 7). Der Abschluss der ersten Phase war bis April 2001 für alle NHS-Trusts vorgesehen. Bis April 2003 sollte Phase 2 abgeschlossen sein. Tatsächlich hatten bis 2004 mehr als 600 NHS Trusts diese Phase erreicht (vgl. Healy/Oikelome 2006).

Um nachzuweisen, dass der *Improving Working Lives Standard* in den NHS-Trusts implementiert wird, müssen NHS-Arbeitgeber jährlich die Maßnahmen berichten, die sie ergriffen haben, um die Belegschaft als Spiegelbild der Lokalbevölkerung aufzubauen. Ferner müssen alle Beschäftigten Zugang zu den Weiterbildungs- und Personalentwicklungsprogramme haben (z.B. DoH 2000d, 17). Für die Umsetzung erhielt jeder NHS-Trust eine £25.000 Investition im ers-

⁵⁶ Ersetzt wurde der IWL-Standard erst im Jahr 2009 durch eine überarbeitete Version „Improving working lives in the NHS - a framework developed by the NHS Staff Council“, die von der Arbeitnehmervertretung in Partnerschaft mit den Gewerkschaften und dem DoH ausgearbeitet wurde. Die Hauptprinzipien aus dem ursprünglichen Standard wurden beibehalten, aber der Standard wurde aktualisiert, um neue Gesetzesgrundlagen zu berücksichtigen und Schwachstellen im Standard zu beseitigen (vgl. NHS-Employers 2009b).

ten Jahr, um praktische Verbesserungen zum Arbeitsumfeld für die Belegschaft durchzuführen (ebd., 5). An Hand von Antworten aus den Mitarbeiterbefragungen sollte jeder Trust entscheiden, wie die Mittel einzusetzen sind. Mit weiteren Zuschüssen (das NHS-Headquarter stellte insgesamt £140 Millionen für 2003/2004 für Weiterbildungsmaßnahmen bereit) sollten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ihre Qualifikationen auf dem neuesten Stand bringen. (ebd.). Die Erreichung der *Improving Working Lives Standards* sehen Skinner und Kollegen als Voraussetzung für den Wiederaufbau des verlorengegangenen Vertrauens des Personals in seinen Arbeitgeber, das in den ersten 50 Jahren der NHS-Geschichte unter den zahlreichen Reformen und Umstrukturierungen der Vergangenheit gelitten hat (siehe Kapitel 5).

7.3 Das *Positively Diverse* Programm

Vor Gründung des NHS-Arbeitgeberverbandes, *NHS Employers*⁵⁷, im Jahr 2004, war die Entwicklung zentraler *Equality & Diversity*-Instrumente im britischen Gesundheitsministerium angesiedelt. Ab 2004 übernahm *NHS Employers* einen wesentlichen Teil der Entwicklung und Ausarbeitung der Umsetzungsstrategien, entwickelte Leitlinien, Vorlagen und Beispiele und stellte diese den NHS-Arbeitgebern zur Verfügung.

Als Umsetzungshilfe auf Organisationsebene wurde das *Positively Diverse Programme* bereits Ende der 1990er Jahre initiiert, also bevor der *Race Relations (Amendments) Act - RR(A)A* - Anfang 2001 in Kraft trat. Es wurde zunächst als lokales Konzept von der Bradford Gesundheitsbehörde entwickelt, um mit der vorhandenen Diskriminierung besser umgehen zu können (vgl. DoH 2001a, 2-6), denn das Einzugsgebiet um Bradford hat eine hohe ethnische Vielfalt (vgl. ONS 2009). Die lokale Initiative wurde vom NHS-Headquarter zu einem landesweit einsetzbaren Konzept ausgebaut. Zwischen 1998 und 2000 lief eine nationale Pilotphase mit 38 NHS-Organisationen u.a. Krankenhäuser der Akutversorgung. Die Ergebnisse der Pilotphase sowie die Antworten aus Mitarbeiterbefragungen bildeten Benchmarks für alle NHS-Organisationen (vgl. DoH 2001a, ix). Im Jahr 2004 übernahm der *NHS Employers* die Verantwortung für das Programm (vgl. NHS-Employers 2005a).

Die Entscheidung, *Positively Diverse* als Konzept zu benutzen ist freiwillig und passt zur Strategie des *Department of Health*, der eine Übertragung von Verantwortung auf die lokalen Gesundheitsbehörden anstrebt (vgl. EOR 2003). Das Programm versteht sich als ein strategischer Ansatz, um den Veränderungsbedarf einer Organisation zu identifizieren und diese Veränderungen zu managen (vgl. DoH 2001a, vii). *Positively Diverse* bietet ein Gerüst, mit dem die

⁵⁷ *NHS Employers* ist ein Verband der NHS-Arbeitgeber. Der *Department of Health* legt den allgemeinen Arbeitsrahmen fest, die NHS-Arbeitgeber bestimmen dann, welche Schwerpunkte und Themen der *NHS Employers* für sie bearbeitet (innerhalb des festgelegten Rahmens). Siehe www.nhsemployers.org

NHS-Organisationen ihre Organisationskultur auf *Equality & Diversity* ausrichten und neue Werte in Bezug auf Vielfalt und Chancengleichheit in die Organisationsprozesse und –strukturen einbauen können. Mit dem Programm sollen die entsprechenden Anforderungen aus dem *Improving Working Lives Standard* und den Richtlinien in *The Vital Connection* (siehe oben) erreicht werden (vgl. DoH 2001a, vii).

Das *Positively Diverse*-Konzept berücksichtigt Vielfalt zwar im erweiterten Sinn:

"creating organisations where all staff, whatever their differences, feel valued and have a fair and equitable quality of working life" (EOR 2003),

Allerdings gab die damalige Programmleiterin Lasebikan zu, dass - in Anbetracht der bevorstehenden Verabschiedung des RR(A)A - der Fokus auf ethnische Herkunft und „*race equality*“ gelegt wurde (vgl. EOR 2003). Doch sei das Programm so konzipiert, dass Erweiterungen in der Gesetzgebung im Bereich Chancengleichheit mühelos in das Programm integriert werden können (vgl. DoH 2001a, 3-2).

Mit Hilfe von *Positively Diverse* sollen NHS-Organisationen folgende Ziele erreichen:

- den NHS zu einem Arbeitgeber erster Wahl machen,
- genau die nötige Vielfalt aufbauen, um die lokale Bevölkerung bestens zu versorgen,
- Kosten durch niedrigere Personalfluktuation und Krankentage senken,
- die Zahl von Rechtsstreitigkeiten vor dem Arbeitsgericht senken,
- Mobbing- und Diskriminierungsfälle vermeiden und dadurch
- eine längerfristige Verbesserung der Zusammenarbeit erreichen,
- eine längerfristige Verbesserung des Arbeitsklimas erzielen,
- sowie eine Verbesserung der patientenbezogenen Ergebnisse erzielen (vgl. DoH 2001a, vii-viii; DoH 2000e; NHS-Employers 2005a).

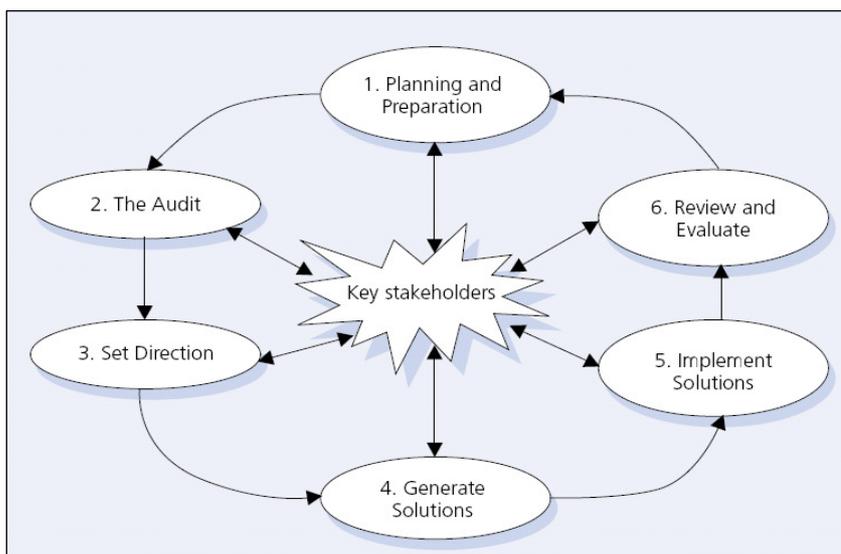
Ein Schwerpunkt liegt bei der Verbesserung des Arbeitsklimas, wobei gleichzeitig darauf hingewiesen wird, dass dies auch zu einer verbesserten Patientenversorgung führen kann.

"[Positively Diverse] is designed to give a voice to all staff, to analyse feedback and put these views into the strategic plan. [...] It gives all staff confidence to speak out and contribute directly to policy development. The end result is that you benefit from the richness that diversity brings to the workforce and deliver better patient care." (Lasebikan in EOR 2003).

Verstanden als iterativer Prozess, umfasst *Positively Diverse* folgende Schritte (siehe Abb. 7-1):

1. Planung: Verteilung von Rollen, Sicherstellung von ausreichenden Ressourcen (Personal, Zeit, Finanzmittel, Fähigkeiten, Kenntnisse), Einholung der Unterstützung vom Top-Management.
2. Interne Befragung: Ergebnisse sollen pro Diversity-Dimension ausgewertet, um Indizien für z.B. Mobbing oder Benachteiligungen einzelner Gruppen aufzudecken.
3. Strategische Ausrichtungsphase: Analyse der Stärke, Schwächen, Chancen und Gefahren für die Organisation als Teil ihres Umfeldes, Einflussfaktoren identifizieren. Wie ist der demographische Aufbau der Belegschaft und der lokalen Bevölkerung? Kooperationen mit lokalen Interessensvertretungen und Netzwerken identifizieren. Das Leitbild der Organisation unter Diversity-Aspekten überprüfen, ggf. ergänzen, Ziele klären (die aktive Mitarbeit der obersten Führungsebene ist also unabdingbar).
4. Lösungsfindung: langfristige Lösungen zur Zielerreichung werden gesucht. Die Haupteinflussfaktoren auf/von Vielfalt werden überprüft, Lösungen entwickelt, priorisiert, geplant.
5. Implementierungsphase: Veränderungen rechtzeitig kommunizieren, Verständnis für die Veränderungen gewinnen (z.B. Schulungen, Workshops zur Chancengleichheit und Vielfalt), Maßnahmen umsetzen
6. Überprüfung/Evaluierung: die Ergebnisse werden überprüft und können mit Hilfe einer erneuten Befragung oder mit Benchmarks aus anderen NHS-Organisationen verglichen werden ggf. Maßnahmen korrigieren (vgl. DoH 2001a, 1-1ff).

Abbildung 7-1 Die Prozessphase von Positively Diverse



Quelle: DoH 2001a, 1-10

Hier wird ersichtlich (siehe Abb 7-1), dass die Vorgehensweise einen Prozess beschreibt, wie der in Kapitel 2.2.6 vorgestellt und welcher vor allem im Rahmen eines Lernen-und-Effektivitäts-Ansatzes häufig zu beobachten ist.

Mit *Positively Diverse* bietet der *Department of Health* Handwerkzeug und Techniken, um die Aufgaben in jeder Phase des Prozesses zu bewältigen wie z.B. ein Projektplanvorschlag, ein Trainingsplan für die Projektverantwortlichen, eine Mitarbeiterbefragung für die interne Analyse, Tabellen und Fragebögen für die Stakeholder- bzw. Umfeldanalyse, Vorschläge für die internen und externen Statusberichte/Rundbriefe für das Kommunizieren der Ergebnisse.

Positively Diverse ist laut *NHS Employers* nicht als Schnelllösung zu betrachten, sondern vielmehr als eine langfristige Veränderung zur Arbeitsumgebung (vgl. *NHS-Employers 2005a*). Vor allem zielt es auf eine Kulturveränderung ab, die sich von der Kultur der Schuldzuweisung („*blame culture*“) weg bewegt und an eine Politik der Nulltoleranz gegenüber Mobbing ausrichtet (vgl. *DoH 2000e, 20-21*). Zum Thema Kulturveränderung wird im *Positively Diverse - Handbuch* darauf hingewiesen, wie langwierig sich ein Veränderungsprozess gestalten kann, vor allem dann, wenn sie eine Veränderung auch von Personen mit Macht und Einfluss voraussetzen, da solche Personen oft am wenigsten Interesse an Veränderungen haben. Es heißt:

“Change is particularly difficult when people with power and influence within the organisation are required to change themselves and such change is often not high on their agenda. Your findings can seem threatening to some people in the organisation and you may encounter resistance and other obstacles. This is particularly true when it comes to implementing the strategy.” (*DoH 2001a, 1-9*)

Um Veränderungen trotzdem umzusetzen wird vorgeschlagen, in Gesprächen und Diskussionen die Thematik einzubringen, bis die Betroffenen erkennen, dass eine Veränderung nötig ist. Eine Akzeptanz könne beschleunigt werden, wenn persönliche Vorteile aus einer *Equality & Diversity*-Strategie verdeutlicht werden (vgl. *DoH 2001a, 6-6*). In diesem Zusammenhang weist das *Department of Health* im *Positively Diverse*-Handbuch neben moralischen Argumenten auf die ökonomischen Argumente für Diversity-Management.

So heißt es:

*“Managing the diversity of the workforce has both an economic and moral argument for its existence. In the present climate the economic argument is strong, for example: difficulties in recruiting and retaining staff. **There is a risk that***

lessening of the economic argument may result in reduced support for promoting diversity with consequent loss of support for the solutions identified.”

(DoH 2001a, 2-6 Hervorhebung durch AF).

Laut dieser Aussage des *Department of Health* waren es vor allem die ökonomischen Argumente (Kosten der Personalbeschaffung, -entwicklung und -bindung), die bei der Vorstellung vom Programm in dem damals vorherrschenden wirtschaftlichen Klima vom Jahr 2000 das Diversity Management besonders interessant machte.

Seit der Einführung von *Positively Diverse* sind mehrere Anweisungen erschienen, um NHS-Arbeitgeber auf die Vorteile von Diversity-Management hinzuweisen. Die im Jahr 2009 erschienene Anweisung nennt folgende Vorteile durch Vielfalt und Diversity-Management (vgl. NHS-Employers 2009a): Der Ruf des jeweiligen NHS-Trust kann verbessert werden; die Personalbeschaffung wird in die Lage versetzt, die Vielfalt in der Belegschaft aufzubauen, die für eine Versorgung der Patientenvielfalt notwendig ist; die Produktivität wird durch bestmöglichen Einsatz individueller Ressourcen gesteigert; davon profitiert auch die Patientenversorgung; als Schutz vor Klagen und Schadenersatzansprüchen aus Diskriminierungsfällen. Im Jahr 2009 also, wie auch bei der Einführung im Jahr 2000, werden sowohl moralische als auch ökonomische Gründe für Diversity-Management genannt. Hinzu kam im Jahr 2009 die Erwähnung von arbeitsrechtlichen Gründen.

Eine konkrete Hilfestellung bei der Gestaltung und Umsetzung des gesetzlich geforderten Programms zur Sicherstellung ethnischer Chancengleichheit - *Race Equality Scheme* – , das mit dem RRA im Jahr 2000 von NHS-Organisationen verlangt wurde, bietet *Positively Diverse* allerdings nicht, und es sieht keine Qualitätskontrolle bzgl. der geforderten *Race Equality Schemes* (vgl. EOR 2003, 4) vor. Hierfür und für die weiteren *Equality Schemes*, die aus den Gesetzesänderungen stammen (siehe Kapitel 4.5.1) wurden stattdessen spezielle Leitlinien entwickelt, die sich auch teilweise auf *Positively Diverse* beziehen und sich darin integrieren lassen.

7.4 Leitlinien zur Erstellung von *Equality Schemes*

Der *Race Relations (Amendment) Act* – RR(A)A – aus dem Jahr 2000 verpflichtete Organisationen im öffentlichen Dienst einen *Equality Scheme* zu erstellen - zwar nur in Bezug auf ethnische Vielfalt aber bereits im NHS Plan 2000 waren alle 6 zukünftigen Chancengleichheitsschwerpunkte (Gender, Ethnizität, Alter, Behinderung, sexuelle Orientierung und Religion) – erwähnt, die 2005 bzw. 2006 und 2010 gesetzlich vorgeschrieben wurden:

“*The NHS of the 21st century must be responsive to the needs of different groups and individuals within society, and challenge discrimination on the grounds of age, gender, ethnicity, religion, disability and sexuality.*” (DoH 2000a, 4).

In ihrer Untersuchung im Jahr 2001 stellte aber die *Commission for Racial Equality* (CRE) fest, dass nach dem ersten Jahr RR(A)A die NHS-Organisationen in der Erfüllung ihrer Pflichten nicht sehr weit fortgeschritten waren und dies insbesondere auch im Vergleich zu anderen Organisationen im Öffentlichen Dienst (vgl. CRE 2002 in Johns 2006, 241). Dort wo *Race Equality Schemes* tatsächlich existierten, waren sie lückenhaft und wenig robust (ebd.). Das *Department of Health* sah sich gezwungen zu handeln.

Im Auftrag des *Department of Health* entwickelten Su Kingsley und Asha Pawar eine Leitlinie mit Maßnahmenplan namens „*Putting race equality to work in the NHS: a resource for action*“ als Umsetzungshilfe für die NHS-Arbeitgeber (vgl. Kingsley/Pawar 2002). Die Leitlinie umfasste 15 Schritte die sie als notwendig erachten, um gesetzeskonform zu arbeiten. Sie hat darüber hinaus den Anspruch, Schwachstellen und Verbesserungspotenzial in den NHS-Organisationen aufzuzeigen, die einen Einfluss auf die Leistung und effektiven Einsatz von Ressourcen in den Organisationen haben (vgl. Kingsley/Pawar 2002, 2).

Die Leitlinie enthält Muster, Beispiele und Templates etwa für die Erstellung eines Arbeitspapiers für den Board, um die Inhalte des *Race Equality Scheme* vorzustellen. In Bezug auf die Belegschaft schlugen die Autorinnen einige Maßnahmen vor:

- identifiziere welche Maßnahmen der Trust bereits im Bereich Chancengleich eingesetzt hat (z.B. bei der Umsetzung von *Improving Working Lives*);
- stelle fest, ob der Trust bereits mit lokalen Interessensgruppen und Netzwerken (z.B. mit einem „*BME network*“) zusammenarbeitet und ob dies hilfreich sein kann bei der Erfüllung der gesetzlichen Verpflichtungen im Bereich Chancengleichheit;
- besprich mit der Belegschaft, was erforderlich ist, damit der Trust seine Chancengleichheitspflichten erfüllen kann
- überarbeite das Weiterbildungsprogramm und identifiziere die Kurse, die um *Race Equality* Elementen erweitert werden können
- identifiziere die Kernprozesse und Funktionen, die in Hinblick auf Chancengleichheit relevant sein können und überprüfe sie (*process auditing* und *impact assessment*)
- überlege, wie Personalbeschaffung so gestaltet werden kann, dass die Interessen der der lokalen Bevölkerung besser berücksichtigt werden
- beobachte („*monitor*“) die Belegschaft, d.h. sammle Daten über die ethnischen Strukturen und veröffentliche die Daten regelmäßig

- berichte regelmäßig über Fortschritte und Problembereiche an den Trust-Board.

Die Vorgehensweise, die von Kingsley und Pawar (2002) vorgeschlagen wird, kann als kontinuierlicher Verbesserungsprozess oder „Deming-Kreis“ (siehe 2.2.6) verstanden werden, wie auch für *Positively Diverse* vorgeschlagen wurde. Die Einbindung der obersten Führung wird von Kingsley und Pawar immer wieder angeregt und entspricht der Vorgehensweise, die Kandola und Fullerton (1998) vorschlagen (siehe Kapitel 2.2.6).

Die Leitlinie *Race Equality* verweist auf Business-Vorteile (effizienter Einsatz von Ressourcen und Verbesserung der Effektivität) und empfiehlt zur Unterstützung des *Race Equality Scheme* das *Positively Diverse* Programm (siehe 7.2 oben), damit die Umsetzung der gesetzlichen Chancengleichheitsanforderungen damit genutzt werden kann, um alle Aspekte von Chancengleichheit ganzheitlich aus einer Diversity-Sicht zu verstehen und zu nützen:

“*think about this as a ‘change management’ agenda -and to look for models of the change management process that you can adapt and use. The ‘Positively Diverse’ project model is an approach you may find useful, especially since it has been developed to support NHS organisations deal positively with all aspects of diversity, including race equality*” (Kingsley/Pawar 2002, 3).

Das Konzept von Kingsley und Pawar bildet die Basis für die später entwickelten Leitlinien zu Behinderung gemäß dem *Disability Discrimination Act* (2005) (DoH 2006), zu Gleichstellung von Frauen und Männern gemäß dem *Gender Equality Act* (2006) (DoH 2007), sowie die 10-Stufen-Leitlinie zur Erstellung eines *Single Equality Scheme* (SES), der alle Chancengleichheitsstränge berücksichtigt (vgl. NHS-Employers 2007).

Allerdings weisen diese späteren Leitlinien doch einige gravierenden Unterschiede zu der Ersten auf: So beziehen sich die Leitlinien zu den Themen Gender und Behinderung nur auf die moralischen Verpflichtungen und versäumen ökonomische Vorteile zu erwähnen. Und während die Leitlinie zur *Race Equality* den Zusammenhang zwischen *Equality* und *Diversity* herstellt, findet der Begriff *Diversity* in der Leitlinie zur *Gender Equality* gar keine Erwähnung. Erst wieder in Vorbereitung auf das *Equality Act*, als Organisationen im öffentlichen Dienst verpflichtet wurden, ein einheitliches Konzept zur Gleichstellung und Chancengleichheit zu entwickeln (*Single Equality Scheme* – SES - siehe *Equality Act* in Kapitel 4.5.1) bezieht sich der NHS Employers dann doch wieder auf Chancengleichheit im Zusammenhang mit Vielfalt, und spricht sich für einen ganzheitlichen Ansatz aus:

“*Single equality schemes (SES) represent an important move towards developing a more holistic approach to addressing Equality & Diversity.*”
(NHS-Employers 2008).

Und auch hier wird wieder auf ökonomische Vorteile (durch mehr Effizienz, Effektivität und verbesserte Arbeitsweisen) eines SES hingewiesen:

*“An SES clearly demonstrates an organisation’s **commitment to putting Equality & Diversity at the centre of all its work**. The purpose of an SES is to identify new and improved ways of working, to ensure that the organisation is more efficient and effective in meeting the diverse needs of both its staff and patients.”*
(NHS-Employers 2008, Hervorhebung durch AF).

Alle vorgestellten Leitlinien haben gemeinsam das Konzept der Audits mit einer Bewertung der Auswirkungen (*equality impact assessments*). Das Konzept sieht vor, die Hauptprozesse und –richtlinien einer Organisation auf ihre Auswirkung auf Chancengleichheit zu prüfen, um Handlungsfelder in Bezug auf Ungleichheiten und Diskriminierung zu identifizieren (vgl. DoH 2006, 22ff).

Laut Kingsley und Pawar wird mit der Umsetzung der Maßnahmen eine Veränderung der Organisationskultur angestrebt:

“As the organisation’s experience of delivering race equality grows you will find that different issues emerge and different responses are required. You will also find that you need to plan to move through the stages from research and understanding, generating culture change and cascading the information through the organisation to sustaining change over the longer term, so that it becomes part of the routine way in which business is done.”
(Kingsley/Pawar 2002, 18)

Wie man allerdings die Änderungen zur Organisationskultur generieren soll, und wie man sicherstellt, dass diese organisationsweit wirken können, erklären die Autorinnen nicht. Da mit erheblichen Umsetzungsproblemen bei einer Kulturveränderung zu rechnen ist (siehe Ebers 1995 in Kapitel 2.4), lassen Kingsley und Pawar viele Fragen bezüglich der Umsetzung offen und bieten den Organisationen keine konkrete Hilfestellung bei der Lösung dieser komplexen Aufgabe. Auch die darauf folgenden Leitlinien der NHS-Employers vermitteln leicht den Eindruck, dass Standardlösungen zum Erfolg führen können.

Dabei werden mögliche Einflussfaktoren wie lokal vorhandene und historisch gewachsene Probleme bezüglich Ausgrenzung, Diskriminierung und Ungleichheit, die Besonderheiten der Krankenhauskultur und die Machtstrukturen der dominanten Gruppen außer Acht gelassen. Kapitel 2 hat allerdings klar gemacht, wie wichtig die Betrachtung dieser Faktoren bei der Konzipierung und Umsetzung eines Diversity-Management-Konzeptes sein kann, sowohl in

Bezug auf die Übertragbarkeit von Managementansätzen aus der freien Wirtschaft als auch in Hinblick auf Kulturänderungen in komplexen Organisationen.

7.5 Leitlinie zu positiven Maßnahmen im NHS

In Vorbereitung auf die *Equality Act 2006*, veröffentlichte der NHS-Arbeitgeberverband im Oktober 2005 eine Mitteilung zum Thema positive Maßnahmen (vgl. NHS-Employers 2005b). Ziel der Mitteilung war es, den NHS-Organisationen die Möglichkeiten aufzuzeigen, welche Vorteile mit positiven Maßnahmen erzielen werden können. Das britische Gesundheitsministerium und der NHS-Arbeitgeberverband empfahlen positive Maßnahmen nach Bedarf einzusetzen, und sahen in deren Einsatz ein Instrument, das *equality & diversity* unterstützt und das helfen kann, den NHS zum bevorzugten Arbeitgeber zu machen (vgl. NHS-Employers 2005b). Dahinter steht die Überzeugung, dass die Belegschaft ein Spiegelbild der Gesellschaft sein soll, der der Organisation dient (vgl. Johns 2006, 202). Die Bereitschaft unter NHS-Arbeitgeber, solche Maßnahmen einzusetzen, ist allerdings sehr gering (ebd. 237ff). Zwar existierten bereits gezielte Mentoring-Programme, um mehr Chancengleichheit für potenzielle Führungskräfte aus den BME-Gruppen zu fördern, wie etwa das „*Breaking Through*“- Programm⁵⁸. Die Mitteilung von 2005 aber befasste sich nicht ausschließlich mit BME-Gruppen, sondern wies auf hartnäckige Ungleichheiten, auch in Bezug auf Frauen hin (Frauen in Großbritannien verdienen durchschnittlich 19,5% weniger als Männer⁵⁹, 35 Jahre nach dem In-Kraft-Treten des Lohn-gleichstellungsgesetzes). Ebenso nimmt die Mitteilung Bezug auf die ungleiche Behandlung von Menschen mit Behinderungen (die Wahrscheinlichkeit arbeitslos zu sein ist in Großbritannien dreimal höher für Menschen mit Behinderungen, trotz des *Disability Discrimination Act* von 1995) und auf die anderen gesetzlichen Anforderungen in Hinsicht auf Alter, Religion und sexueller Orientierung.

Vor allem aber nannte die Mitteilung neben den ethisch-moralischen Gleichberechtigungsargumenten auch wirtschaftliche Gründe für den Einsatz von positiven Maßnahmen: da ein zunehmend hoher Anteil der Beschäftigten in der Altersgruppe 50+ sei, wäre es zukünftig sinnvoll, aus einer erweiterten Bewerbergruppe zu rekrutieren, um alle freiwerdenden Positionen besetzen zu können. Mittelfristig sah der NHS-Arbeitgeberverband die Entwicklung von Instrumenten und Methoden vor, um die wirtschaftlichen Vorteile von positiven Maßnahmen evaluieren zu können.

⁵⁸ www.nhsbreakingthrough.co.uk

⁵⁹ Download von der Webseite der European Commission <http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/gender-pay-gap> am 2.2.2012

Abbildung 7-2 Erfolgsfaktoren für positive Maßnahmen im NHS

(Quelle: NHS-Employers 2005b)



Folgende Beispiele für positive Maßnahmen werden in der Mitteilung empfohlen:

- Praktika, Vorbereitungskurse oder gezielte Ermutigung sich zu bewerben, für benachteiligte Gruppen, die innerhalb des letzten Jahres unterrepräsentiert waren.
- Personalentwicklungsprogramme für benachteiligte Gruppen insbesondere für BME-Gruppen
- Gezielte Werbekampagnen für benachteiligte /unterrepräsentierte Bevölkerungsgruppen
- Mentoring-Programme für potenzielle Führungskräfte, insb. für BME-Beschäftigten.

Die Mitteilung nennt fünf Faktoren, die für den Erfolg von positiven Maßnahmen verantwortlich zu sein scheinen. Diese sind (siehe Abbildung 7-2) eine offene und unterstützende Organisationskultur, langfristig angelegte finanzielle und personelle Ressourcen, ein Führungsstil, der Teamarbeit, Ausdauer und einen gesamtorganisatorischen Weitblick aufweist, strategisches Management und gute Kommunikationspolitik.

Obwohl es empfohlen wird, positive Maßnahmen anzuwenden “wo angemessen”, wird vermieden zu erklären, was genau mit „angemessen“ gemeint ist. So haben es sowohl das britische Gesundheitsministerium als auch der NHS-Arbeitgeberverband den einzelnen NHS-Organisationen überlassen, einzuschätzen, ob und wann der Einsatz solche Maßnahmen sinnvoll ist.

7.6 Zusammenfassung

Das *Department of Health* - und später im seinem Auftrag der NHS-Arbeitgeberverband – haben mehrere Konzepte und Leitlinien entwickelt, welche die NHS-Organisationen bei der Umsetzung der Anforderungen im Bereich Chancengleichheit und Vielfalt unterstützen sollen. Das *Department of Health* sieht eine enge Verbindung zwischen *Equality* und *Diversity* und empfiehlt, dass sie gemeinsam betrachtet werden.

Das *Positively Diverse* Programm tut genau das und versteht sich als ein umfassendes, strategisches Konzept zur Einführung von Diversity-Management und Chancengleichheit. Mit einer prozessorientierten und langfristigen Ausrichtung, erinnert das Programm an den Lernen-und-Effektivitätsansatz aus Kapitel 2.2. Neben moralischen Verpflichtungen nennt das Programm auch ökonomische Vorteile, vor allem durch den effizienteren Einsatz von Personalressourcen. Die Bekämpfung von Mobbing und Diskriminierung wird als eines der übergeordneten Ziele genannt, damit eine Organisationskultur geschaffen werden kann, in der Menschen wertgeschätzt und fair behandelt werden.

Das Programm macht darauf aufmerksam, dass eine Änderung der Organisationskultur langwierig und komplex sein kann, auch angesichts der möglicherweise vorhandenen Machtstrukturen. Dem *Positively Diverse* Programm liegt allerdings die Annahme zu Grunde, dass mit ausreichend Aufklärung und Gespräche, auch skeptische Beschäftigte irgendwann doch überzeugt werden, die Notwendigkeit für eine offene Kultur gegenüber Vielfalt zu entwickeln.

Auch die Leitlinie zur *Race Equality*, die sich auch auf *Positively Diverse* als mögliches Umsetzungsinstrument bezieht, sieht einen Zusammenhang zwischen Chancengleichheit und Vielfalt. Ebenso wie das *Positively Diverse* Programm erwähnt sie neben moralischen auch wirtschaftliche Vorteile, die durch die Sicherstellung von *Race Equality* erreicht werden können. Es fällt aber auf, dass sich die darauf folgenden Leitlinien auf das Themengebiet *Equality* begrenzen, ohne *Diversity* einzubeziehen und ferner nur moralisch rechtliche Argumente berücksichtigen, so dass hier keine einheitliche Linie von den Herausgebern zu erkennen ist.

Es lässt sich festhalten, dass obwohl grundsätzlich viele Aspekte einer ganzheitlichen und langfristig angelegten Vorgehensweise im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses zu erkennen sind, die vorgestellten Umsetzungshilfen in Kernbereichen simplifizierend mit sehr komplexen Themenfelder umgehen und den Eindruck vermitteln, dass die Organisationskultur sich leicht verändern lässt, wenn man genug Aufklärung betreibt. Während langsam klar geworden ist, was die *Department of Health* und die *NHS Employers* unter *Equality* verstehen, sucht man noch vergeblich nach Antworten auf die Fragen, wie man aus dem Potenzial schöpfen kann, das Vielfalt mit sich bringen kann, am besten Nutzen zieht und dabei gleichzeitig den

Nachteilen, die mit Vielfalt in Verbindung stehen, entgegenwirken kann. Dies wäre aber, angesichts der Kenntnisse aus Kapitel 2.4, notwendig für ein erfolgreiches Diversity-Management.

Ferner zielt z.B. *Positively Diverse* darauf ab, die Belegschaft mit der Vielfalt aufzubauen, die für die optimale Versorgung der lokalen Bevölkerung nötig ist, während positive Maßnahmen sowie die Equality-Leitlinien darauf abzielen, die bisher benachteiligten Gruppen explizit zu fördern und ihnen Zugang zu Arbeit im NHS zu geben. Da laut Veröffentlichungen des britischen Gesundheitsministeriums eine *Equality & Diversity* Strategie den Aufbau der Belegschaft als Spiegelbild der Gesellschaft voraussetzt, um eine optimale Patientenversorgung zu erreichen, stellt dies zunächst kein Widerspruch dar – demnach wäre die dadurch erhaltene Vielfalt genau die, die man auch braucht. Allerdings wissen wir aus Kapitel 2.4 „*dass Mitarbeitervielfalt und deren Management keine hinreichende Bedingung für Kundenorientierung darstellen.*“ (Seidel 2006).

Wie einzelne Krankenhausorganisationen versucht haben, mittels der Umsetzungshilfen eine eigene *Equality & Diversity Strategie* aufzubauen und nachhaltig einzusetzen, ob sie einen eigenen roten Faden entwickeln konnten oder ob sie – wie auch die zentral entwickelten Leitlinien und Programme – widersprüchlich mit den Begrifflichkeiten und Gründen umgehen, soll die Untersuchung der zwei Beispiele in Kapitel 8 zeigen.

8 UMGANG MIT VIELFALT IN NHS-KRANKENHÄUSERN –

Vorgehensweisen der 2 Beispiel-Krankenhäuser

8.1 Einleitung

Wie bereits die vorangegangenen Kapitel gezeigt haben, müssen die NHS-Krankenhäuser als Körperschaften des öffentlichen Dienstes besonderen Verpflichtungen in Bezug auf Chancengleichheit und Diskriminierung nachkommen. So müssen analog der Gesetzgebung (siehe Kapitel 4.5) sogenannte *Equality Schemes* entwickelt und deren Umsetzung nachgewiesen werden. Eine explizite Pflicht in Bezug auf die Einführung von Diversity-Management existiert für die Krankenhäuser nicht, obwohl *Equality & Diversity* vom britischen Gesundheitsministerium als unzertrennlich verflochten betrachtet werden (siehe Kapitel 7.1) und alle *NHS Trusts* verpflichtet sind, ihre Belegschaften als Spiegelbild der Gesellschaft aufzubauen (siehe *Improving Working Lives Standard* – Kapitel 7.2). Auch besteht keine Pflicht, hierfür bestimmte Tools einzusetzen. Trotzdem hat sich eine Vielzahl der *NHS Trusts* für die Implementierung von *Positively Diverse* entschieden. Ca. die Hälfte aller *NHS Trusts* hatte sich bis 2007 an *Positively Diverse* beteiligt (vgl. Davies 2008, 181). Die zwei Beispiele King's und Bradford haben sich vor Jahren für *Positively Diverse* entschieden und sind beide Best-Practice-Organisationen („*Positively Diverse Lead Sites*“⁶⁰).

8.1.1 King's College Hospital NHS Trust, London

King's ist ein etabliertes, traditionsreiches Londoner Krankenhaus, das 1840 als Lehrkrankenhaus für die Medizinstudenten des King's College im Londoner Bezirk Southwark, einem der ärmsten Viertel Londons, eröffnet wurde (vgl. King's 2011a). Aus den damals 120-Bett Armen-Krankenhaus hat sich ein renommiertes Akutkrankenhaus mit rund 800.000 Patientenkontakten pro Jahr (stationär und ambulant), 950 Betten und ca. 6.500 Beschäftigten, entwickelt (vgl. King's 2010a). Damit zählt King's zu den größten Arbeitgebern im Einzugsgebiet Lambeth, Southwark und Lewisham. Diese drei Londoner Bezirke haben gemeinsam eine Bevölkerung von ca. 750.000 Menschen, die als multi-ethnisch und sozial-benachteiligt gilt (vgl. IC-NHS 2010).

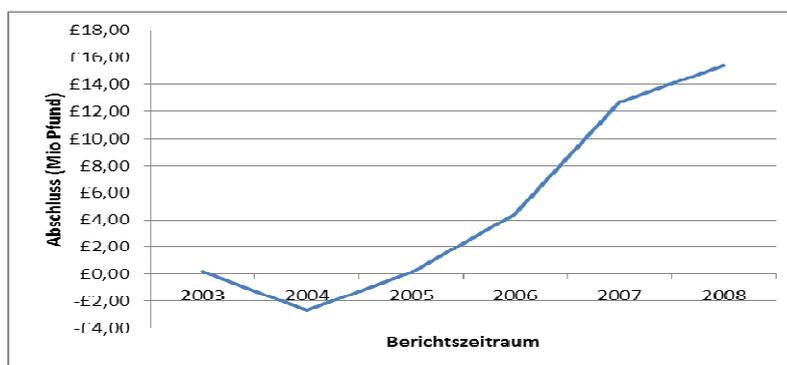
King's College Teaching Hospital erhielt den *Foundation Status* Ende 2006 (vgl. King's 2007a, 5). Um dies zu erreichen, musste King's sein Bilanzdefizit abbauen, um die Anforde-

⁶⁰ Positively Diverse ist ein Programm, das von dem NHS-Headquarter aus entwickelt wurde, um den einzelnen NHS-Organisationen ein Gerüst zu bieten, mit denen sie eine Politik der Chancengleichheit und Vielfalt in ihre Organisationsprozesse und -strukturen einbauen können (DoH 2001a, 1). Lead Site Status (Vorbildstatus) erhalten NHS-Organisationen für die Laufzeit von 12 Monaten auf Grund ihres vorbildlichen Vorgehens bei der Förderung von Chancengleichheit und Vielfalt (vgl. Trust Today 2009, 2).

rungen der Regulierungsbehörde *Monitor* zu erfüllen. King's stand unter einem enormen Kostendruck und berichtete beispielsweise im Jahresbericht 2004 von einem „ehrgeizigen Kostensenkungsplan“ (vgl. King's 2004b, 2), den es zu erfüllen galt (siehe Tabelle 8-1).

Dies kann von Bedeutung sein, da – wie in Kapitel 2.4.2 gezeigt – es möglicherweise einen Zusammenhang gibt, zwischen der Wachstumsphase einer Organisation und der Auswirkung von Vielfalt auf Produktivität. Abb. 8-1 zeigt, dass sich King's aus dem Defizit vom Berichtszeitraum 2004/05 herausbewegt hat und seitdem einen Jahresüberschuss kontinuierlich ausbauen konnte. Entsprechend verbesserte sich die von Monitor vergebene Finanzrisikobewertung (FRR⁶¹) von 3 im Jahr 2006/07 auf 5 (Bestnote) im Jahr 2008/09 (vgl. King's 2009b, 8).

Abbildung 8-1 Entwicklung King's Jahresabschlüsse



Quelle: King's 2004; King's 2005a; King's 2006d; King's 2007a; King's 2008d; King's 2009b

Im Jahr 2001 wurde festgestellt, dass mehr als 150 Sprachen in den drei Bezirken gesprochen werden, 38% der Bevölkerung gehörten der Gruppe der BMEs an, im Vergleich zu 32,5% für gesamt London und 9% für England (vgl. LSL 2008, 12). Neben den Lambeth, Southwark und Lewisham PCTs arbeitet King's für und zusammen mit weiteren Primary Care Trusts wie Bromley, Bexley, Croydon und Greenwich Teaching PCTs (vgl. King's 2011b). King's gehörte bereits 2002 zu den *Positively Diverse Lead Sites*⁶² (vgl. King's 2003a) und erreichte erneut im Jahr 2009 den *Lead Site* Status (vgl. King's 2009a).

8.1.2 Bradford Teaching Hospitals NHS Trust

Die Akut-Versorgung in der Großstadt Bradford, im nord-englischen West Yorkshire, wird hauptsächlich durch das Bradford Royal Infirmary (BRI) sichergestellt, wird aber durch das kleinere St. Luke's Krankenhaus in manchen Bereichen wie Nephrologie unterstützt (vgl. BTH

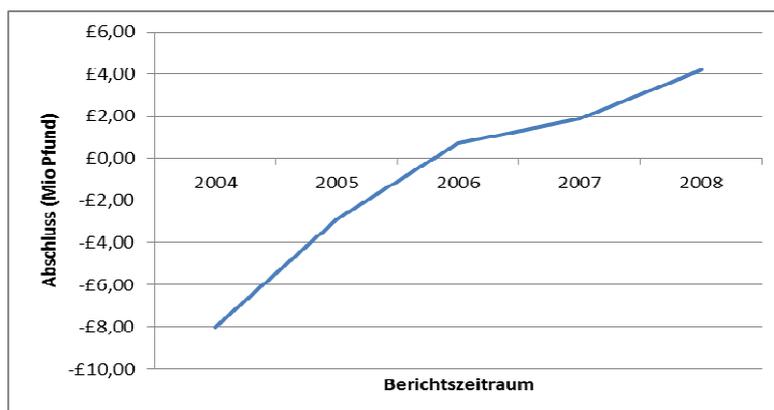
⁶¹ Zum Vergleich: Im Berichtszeitraum 2008/09 vergab Monitor die Note 5 an 24 der insgesamt 115 Foundation Trusts, 68 erhielten die Note 4, 21 die Note 3, und ein die Note 2 (Monitor, 2009)

⁶² Lead Site Status wird für die Laufzeit von 12 Monaten von NHS-Employers vergeben (Trust Today 2009 S.2)

2009a, 6). Beide Krankenhäuser agieren als Lehrkrankenhäuser und werden gemeinsam vom Bradford Teaching Hospitals NHS Foundation Trust (BTH) verwaltet (ebd.). Auch die Bradforder Krankenhäuser können auf eine lange Tradition zurückblicken: das BRI wurde 1824 als Allgemeines Krankenhaus und St. Luke's 26 Jahre später als Armenkrankenhaus gegründet⁶³ (vgl. Willis 2006). Heute verfügen St. Luke's und BRI zusammen über fast 900 Betten (804 BRI und 92 St Lukes), beschäftigen ca. 5.000 Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen und stellen die Krankenhausversorgung für ein Einzugsgebiet von rund 500.000 Personen im Großraum Bradford sicher (vgl. BTH 2009a, 6).

Auch BTH hatte mit einem massiven Kostendruck zu kämpfen. Im Jahr 2006 beispielsweise wird im Jahresbericht von „*high profile financial problems*“ gesprochen (vgl. BTH 2006, 4). Abbildung 8-2 zeigt, dass wie King's auch BTH sich aus einem Defizit herausbewegt hat und erst seit dem Berichtszeitraum 2006/2007 einen Jahresüberschuss erzielen und kontinuierlich ausbauen konnte, dafür vergab Monitor die zweitbeste Finanzrisiko-Bewertung⁶⁴ (vgl. BTH 209a, 17). Gleichzeitig konnte BTH ihre Wartezeiten verringern (ebd.)

Abbildung 8-2 Entwicklung BTH Jahresabschlüsse



Quelle BTH 2009a, 17

Die Bevölkerung wird als „multiethnisch“ beschrieben, über 60 Sprachen werden in Bradford und Umgebung gesprochen (vgl. BTH 2008a, 6). Viele Menschen mit Migrationshintergrund kamen bereits in den 1950er Jahren nach Bradford, wie die asiatische Bevölkerungsgruppe, überwiegend aus Pakistan, Indien und Bangladesch, und die afrokaribische Gruppe aus Jamaika, Dominikanischer Republik usw. (vgl. Bradford Gov 2010). In den letzten Jahren sind weitere Einwanderer aus afrikanischen und osteuropäischen Staaten hinzugekommen (vgl. Thrive 2005, 14). Der Anteil an Bradfords Bevölkerung, der zu den BME-Gruppen gehört, beträgt ca.

⁶³ Ursprünglich wurde das Krankenhaus „Poor Law hospital“ genannt, wurde aber im Jahr 1912 von den Bradford Behörden in St. Luke's umgenannt, um den Armen-Charakter des Hauses herunterzuspielen (Willis 2006)

⁶⁴ Die Financial Risk Rating (FRR) hat 5 Stufen, Note 1 für das höchste Finanzrisiko bis Note 5 für das niedrigste Finanzrisiko (Monitor 2009, 5). BTH erhielt für den o.g. Zeitraum die Note 4.

18 % (vgl. Bradford Gov 2010). Die wichtigsten Religionsgruppen sind Christen gefolgt von Muslimen, Hindi, Sikh, Buddhisten und Juden (vgl. BTH 2008a, 6). Laut einer Studie zum Thema Mehrfachbenachteiligung von Bevölkerungsgruppen in Englands Großstädten, steht Bradford auf Rang 14 der insgesamt 56 Großstädte Englands, wobei es große Unterschiede im Grad der Benachteiligung gibt, je nach Stadtteil (vgl. DCLG 2008, 41)⁶⁵.

BTH sieht sich fast als Pionier im Kampf um *Equality & Diversity* und weist in diesem Zusammenhang auf die Ernennung, bereits in den 1960er Jahren, von einem Dolmetscher als "kulturellen Mittlers" für die Kommunikation zwischen Patienten/Patientinnen und dem Krankenhauspersonal, hin (vgl. Khan et al. 2005, 2). BTH gehörte zu den 34 Pilot-Organisationen, die bereits zwischen 1998 und 2000 den ausgearbeiteten PD-Prozess implementierte und zu seiner Weiterentwicklung beigetragen haben (vgl. DoH 2001a, A13-1). In der Vergangenheit wurde BTH von anderen Institutionen als beispielhaft für den ganzheitlichen Ansatz in Sachen *Equality & Diversity* genannt (vgl. BTH 2004, 4; Thrive 2005).

8.2 Ziele, Vision und Motive im Hinblick auf Vielfalt

8.2.1 Ziele, Vision und Motive von King's

Insbesondere Arbeitgeber im öffentlichen Dienst haben bei der Erfüllung der gesetzlichen Verpflichtung eine Vorbildfunktion. King's offizieller Standpunkt zum Umgang mit Vielfalt fokussierte zunächst auf die Umsetzung der gesetzlich vorgeschriebenen Chancengleichheit für Menschen mit einer ethnischen Herkunft, wie im RR(A)A aus dem Jahr 2000 vorgesehen, sowie die Erfüllung der Anforderungen aus dem *Improving Working Lives*-Standard (vgl. King's 2002, 3). Ein Jahr zuvor im Jahr 2001 war bereits ein Diversity-Beauftragter ernannt und eine Vielfaltsstrategie („*valuing diversity strategy*“) entwickelt worden.

Diese ersten Schritte zielten zunächst auf den fairen Umgang mit Vielfalt in Bezug auf eine Patientenorientierung und weniger auf eine Mitarbeiterorientierung ab (vgl. King's 2002, 15). Das erste Ziel, in Bezug auf die Vielfalt der Belegschaft und deren Chancengleichheit, wurde in King's Jahresbericht 2001/02 publiziert, und zwar auf ausdrücklichen Wunsch von King's, insbesondere Beschäftigte aus der Gruppe der Schwarzen und ethnischen Minderheiten in Kurse für Führungskräfteentwicklung aufzunehmen (vgl. King's 2002, 14).

⁶⁵ Die *Indices of Deprivation* (Benachteiligungsindices) umfassen sieben Diversity-Managementdimensionen von Benachteiligung: Einkommen, Beschäftigung, gesundheitliche Ungleichheiten und Behinderung, Bildung und Qualifikation, Barrieren zu Wohnraum und Dienstleistungen, Lebensraumqualität, Kriminalitätsraten (vgl. DCLG 2011).

Die verwendete Terminologie hat sich im Verlauf der Jahre mehrfach geändert, was die Identifizierung der Diversity-Ziele zunächst erschwert. Die Begriffe *Diversity*, *Equality* bzw. *Equal Opportunities* werden in den verschiedenen Jahresberichten scheinbar fast willkürlich verwendet: während der im Zeitraum 2002/2003 entwickelten Strategie unter dem Namen *Diversity Strategy* veröffentlicht wurde (vgl. King's 2003a), wurden entsprechende Maßnahmen im begleitenden *Equalities Action Plan* veröffentlicht (vgl. King's 2003a, 2). In King's Jahresbericht 2002/2003 wurde ein Betrag zum Thema *Diversity* unter der Rubrik *Equal Opportunities* zusammengefasst (vgl. King's 2003b, 11).

Ab 2003 wurde der Umgang mit Vielfalt und Chancengleichheit in einer *Equality & Diversity Strategy* festgelegt (vgl. King's 2004; King's 2005; King's 2006a; King's 2008a), während in den gleichen Jahren der aktuelle Stand der Umsetzung, sowie die geplanten Maßnahmen für das kommende Jahr in einem jährlich veröffentlichten Vielfaltsbericht „*Annual Diversity Report*“ vorgestellt wurden (vgl. King's 2003a; King's 2004; King's 2005a; King's 2006a). In späteren Jahren erschienen Status und Fortschritte nicht mehr in gesonderten Berichten, sondern wurden in andere Berichten integriert, wie etwa im allgemeinen King's Jahresbericht bzw. Jahresplan oder im Belegschaftsplan („*workforce action plan*“) bzw. im *Single Equality Scheme* (vgl. King's 2006b; King's 2009a).

Wegen den neuen gesetzlichen Verpflichtungen, die u.a. aus dem *Disability Discrimination Act* 2005 und dem *Equality Act* 2006 entstanden sind, hat King's Ende 2006 einen eigenen *Single Equality Scheme* (SES) (vgl. King's 2006a) und drei Jahre später, in Vorbereitung auf den *Equality Act* 2010, einen überarbeiteten *Single Equality Scheme* 2009 – 2012 (vgl. King's 2009a) veröffentlicht. Diese Dokumente umfassen King's *Equality & Diversity* Strategie, sowie bisherige Maßnahmen und Fortschritte, wobei der aktuelle SES zwar das Thema *Diversity* behandelt aber inzwischen nur noch das Wort *Equality*, anstatt *Equality & Diversity* in den Überschriften verwendet (z.B. *Equality Vision*, *Training Staff on Equality*) (vgl. King's 2009a).

Trotz der unbeständigen Verwendung der Begriffe *Equality* und *Diversity* in den letzten 8 Jahren, bleibt die ursprüngliche Vision weitgehend bestehen. Die *Diversity Vision* 2002 sah King's als Organisation, die die Vielfalt der Beschäftigten und der Patientengruppen wertschätzt und Maßnahmen gegen intolerante Einstellungen und Verhaltensweisen ergreift (vgl. King's 2003a). Im Diversity Jahresbericht 2004/2005 wird auf die Unterstützung des Managements hingewiesen und die Verantwortung der Führungskräfte bei der Umsetzung unterstrichen (vgl. King's 2005, 2).

Im Jahr 2006 wurden Mitglieder der verschiedenen Arbeitsgruppen für *Equality & Diversity* gebeten, eine neue Vision zu entwickeln. Die vom Trust Board und EDC bewilligte Version hieß:

„*Valuing diversity – Our overall aim: respect, consideration and fairness for all.*“
(King’s 2006a).

Die heutige Vision, die auf der King’s Webseite (diesmal unter der Rubrik „*Equality & Diversity at King’s*“) zu lesen ist, ist weitgehend deckungsgleich und lautet:

“*Our patient population, and our staff body, is more diverse than the UK’s national population. For all these reasons, we have a moral and ethical, as well as a legal duty, to treat everyone fairly and without discrimination. So our vision, which applies to staff, patients, and patients’ families, is to be ‘effortlessly inclusive’.*”⁶⁶

In Anpassung an die gesetzlichen Nachweispflichten auf Chancengleichheit hat King’s in seiner neuen *Single Equality Scheme 2009-2012* auch den Begriff „*Human Rights*“ in die Strategie mit aufgenommen. So heißt es in der Einleitung, dass die Maßnahmenpläne aufzeigen, wie die Organisation mit Chancengleichheit und Menschenrechtsfragen umgehen will (vgl. King’s 2009a, 3). Als *Positively Diverse Lead Site* wird King’s bei der Entwicklung von Best-Practices für den Umgang mit Chancengleichheit und Vielfalt beteiligt sein.

Die Motive der King’s *Diversity* Strategie lassen sich also eher im moralisch/ethischen Bereich und mit Hinblick auf die rechtlichen Verpflichtungen vermuten, als im wirtschaftlichen Bereich. Die im *Positively Diverse*-Handbuch veröffentlichten wirtschaftlichen Ziele von Kostensenkung durch Senkung der Personalfuktuation und Zahl der rechtlichen Auseinandersetzungen, durch Vermeidung von Mobbing und Diskriminierung und dadurch längerfristige Verbesserung der Zusammenarbeit, des Arbeitsklimas und der patientenbezogenen Ergebnisse) (vgl. DoH 2001a; NHS-Employers 2005a), finden zumindest in King’s Vision keine Erwähnung.

Die King’s *Diversity Strategy* von 2002 markierte eine Verabschiedung von der bis dahin verfolgten Strategie der Gleichberechtigung und Chancengleichheit, zu einer Verschiebung der Personalpolitik in Richtung Diversity-Management. Entsprechend wurde im Oktober 2003 die bereits existierende Arbeitsgruppe “*Fair Access Group*”, die einen fairen Zugang zu den Gesundheitsdienstleistungen fördern sollte, in die „*Equality & Diversity Group*“ umbenannt (vgl. King’s 2003a). Ferner wurde bei der Überarbeitung des Werbematerials für die Personalbe-

⁶⁶ Quelle: <http://www.King’s.nhs.uk/about/strategies-policies/equality-diversity/?locale=en> Download 1.Okt. 2010

schaffung der Werbeslogan „*Working Towards Equal Opportunities*“, der 15 Jahre lang benutzt wurde, gegen das neue Logo „*Valuing Diversity*“ ausgetauscht (vgl. King's 2003a). Gleichzeitig wurde das Werbematerial der Personalabteilung mit dem Logo „*positive about disabled people*“ versehen, das von der staatlichen Arbeitsagentur an nachgewiesene behindertengerechte Arbeitgeber vergeben wird.

Das Ziel, die Vielfalt der Lokalbevölkerung in der Belegschaft widerzuspiegeln, wurde zum ersten Mal im Vielfaltsbericht 2005/2006 genannt (vgl. King's 2006a). Aber bereits im Vielfaltsbericht von 2003 wurde von einer Analyse der Personaldaten berichtet, wonach die Belegschaft schon eine ähnliche Vielfalt aufwies wie damals in der Lokalbevölkerung vorhanden (vgl. King's 2003a, 9).

8.2.2 Ziele, Vision und Motive von Bradford Teaching Hospitals

Wie bei King's ist auch bei BTH keine einheitliche Begriffsverwendung zu erkennen. BTHs erste Vielfalts- und Chancengleichheitsstrategie wurde 2004 unter der Bezeichnung „*Equality Strategy*“ veröffentlicht, beschrieb aber darin die Notwendigkeit für mehr Vielfalt in der Belegschaft, um die Gleichstellungs- und Chancengleichheitsziele erreichen zu können. BTH verwendete die identische Definition und Abgrenzung der Begriffe, wie der *Department of Health* in seinen Veröffentlichungen aus dem Jahr 2003 (siehe Kapitel 6.2):

“Equality is essentially about creating a fairer society where everyone can participate and has the opportunity to fulfil their potential.[...]Diversity is about the recognition and valuing of difference in its broadest sense. It is about creating a working culture and practices that recognise, respect, value and harness difference for the benefit of the organisation and the individual. “

(BTH 2004, 2, Hervorhebung durch AF).

Wie King's auch, hat sich BTH zum Ziel gemacht, die Vielfalt der Belegschaft zum Spiegelbild der Lokalbevölkerung aufzubauen. Bereits im Jahr 2004 hieß es:

“The Trust is [...] committed to ensuring that the workforce is reflective of the local community at all levels of the organisation.” (BTH 2004, 11).

Eine neue „*Department of Equality & Diversity*“ wurde 2004 ins Leben gerufen, um die *Equality Strategy* zu implementieren, hier also ein klarer Hinweis dafür, dass *Diversity* eigentlich ein ausschlaggebender Bestandteil der *Equality Strategy* von BTH sein sollte, auch wenn der Strategienname dies nicht erkennen lässt. In darauf folgenden Veröffentlichungen wird dann von BTHs *Equality & Diversity Policy* (siehe z.B. BTH 2007a, 59; BTH 2007b, 33) bzw. explizit von einer *Equality & Diversity Strategy* (siehe z.B. BTH 2008a; BTH 2009d, 6) gesprochen.

Im Leitbild von 2004 heißt es, dass BTH ein Arbeitgeber und Gesundheitsdienstleister werden will, der Chancengleichheit praktiziert und sicherstellt, dass weder Patienten noch Beschäftigte Opfer von Diskriminierung oder Mobbing werden (vgl. BTH 2004, 6). Die Organisation sei bestrebt, die Vielfalts-schätzende Organisationskultur in allen Prozessen und Strukturen zu zeigen (vgl. BTH 2004, 6). Neben den sechs üblichen Diversity-Dimensionen - Alter, ethnische Herkunft/Nationalität, Geschlecht, Behinderung, Religion, sexuelle Orientierung – fügt BTH interessanterweise noch die Diversity-Dimensionen Krankheitsstand (z.B. HIV/AIDS), Familienstand und soziale Herkunft hinzu. BTH weist auch explizit darauf hin, dass einzelne Personen mehr als eine Form von Diskriminierung erfahren könnten (ebd.).

Die neue Strategie für den Zeitraum 2008-2015 unterstützt das Organisationsziel, der Bevölkerung von Bradford die beste Gesundheitsversorgung zu bieten, indem eine Organisationskultur geschaffen wird, in der alle Patienten/Patientinnen und Beschäftigten fair behandelt werden (vgl. BTH 2008a, 11).

Die strategischen Ziele aus dem Jahr 2004 nennen folgende Schwerpunkte der Strategie:

- Eine vielfältige Belegschaft als Spiegelbild der Bevölkerung Bradfords aufzubauen
- Fähigkeiten und Leistungsvermögen in der Organisation zu entwickeln, die für den Umgang mit Vielfalt und Chancengleichheit notwendig sind.
- die *equality strategy* in die Kernprozesse und –praktiken einzubetten
- das Personal, das eine hohe Arbeitsqualität für die unterschiedlichen Patientengruppen erbringen kann, anzuwerben, zu entwickeln und zu binden
- ein Arbeitgeber erster Wahl zu werden
- sicherzustellen, dass die Organisation ihren Einfluss als Arbeitgeber und Gesundheitsdienstleister einsetzt, damit berufliche und gesundheitliche Chancengleichheit sichergestellt wird, besonders für diejenigen, die ausgegrenzt oder benachteiligt sind.
- Die Strategie in allen zukünftigen Richtlinien der Organisation einzubeziehen (vgl. BTH 2004,10).

In der Organisationsstrategie (“*Corporate Strategy 2006-2010*”) wurde die *Equality & Diversity Strategy 2004-2007* allerdings gar nicht erwähnt (vgl. BTH 2006a). Lediglich eine allgemeine Aussage darüber, dass eine vielfältige Belegschaft Vorteile für alle mit sich bringt und ein Hinweis auf geschäftliche Partnerschaften mit lokalen BME-Geschäftsleuten lassen in der Organisationsstrategie ahnen, dass BTH eine entsprechende *Equality & Diversity Strategy* verfolgt: „*A diverse workforce is good for everyone. Our workforce will reflect the local population*“ (BTHa 2006, 33). Inzwischen sind in der neuen *Equality & Diversity Strategy 2008-2015* die Ziele besser mit der Gesamtorganisationsstrategie (2006-2010) abgestimmt (vgl. BTH 2008a, 3).

Ähnlich wie King's sind die Motive der *Equality & Diversity* Strategie von BTH eher im moralisch/ethischen Bereich und mit Hinblick auf die Erfüllung der rechtlichen Verpflichtungen zu finden, als aus wirtschaftlichen Interessen. Weder in den Jahresberichten, noch in der Strategie von 2004 finden kostensenkende oder –sparende Auswirkungen von *Equality & Diversity* Erwähnung (vgl. BTH 2004; BTH 2007a; BTH 2008b; BTH 2009a). Lediglich in der neuen *Equality & Diversity Strategy 2008* wird darauf hingewiesen, dass mit einer Menschenrechts- ausgerichteten Strategie die Zahl der Beschwerden und Rechtstreite reduziert werden soll, also ein impliziter Hinweis auf ökonomische Vorteile (vgl. BTH 2008a, 11).

8.3 Commitment und Strukturen für Diversity

8.3.1 Commitment und Strukturen in King's

Die Unterstützung und Befürwortung der Diversity-Strategie auf oberster Führungsebene („*corporate commitment*“) - wie im *Positively Diverse* empfohlen (siehe Kapitel 7.3) - wird in den Jahresberichten, auf der Webseite und in den Maßnahmenplänen betont, und im Vorwort vom Chief Executive, wird ausdrücklich auf die Bedeutung der Vielfalt für King's hingewiesen (vgl. King's 2002; King's 2003a; King's 2005a; King's 2009a). In der Umsetzung der Strategie scheint dies auch in der Tat umgesetzt zu sein, denn sowohl Strategie als auch Maßnahmenplan werden vom Trust Board geprüft und bewilligt (vgl. King's 2003a; King's 2006a) und Fortschritte und Grad der Zielerreichung werden an die *Equality & Diversity Committee* – bestehend aus Board-Mitgliedern – berichtet (King's 2005a), wie auch neue Versionen der *Equality & Diversity Vision* bestätigen (vgl. King's 2006a).

Das Commitment der obersten Führung lässt sich auch an der Bereitstellung der notwendigen Ressourcen messen. Mit der Einführung der *Diversity Strategy* ernannte King's eine Vollzeitkraft, den „*Valuing Diversity Officer*“, die sich mit der Wertschätzung von Vielfalt in der Belegschaft (ebenso in Hinblick auf eine Patientenorientierung) beschäftigt (vgl. King's 2002). Die Stelle sieht eine enge Zusammenarbeit mit dem Personalkoordinator vor, der die Aufgabe hat, als Teil des King's Politik der Chancengleichheit, gezielte Initiativen zu entwickeln und umzusetzen, um Personen aus den lokalen Bevölkerungsgruppen als potenzielles Krankenhauspersonal zu gewinnen (vgl. King's 2003a).

Mit der Schaffung einer *Disability Action Review Group* (DARG) im Jahr 2005, wurden Ansprechpartner für Fragen zum Thema Behinderung ernannt (vgl. King's 2005a). Die DARG hat die Aufgabe, an sie herangetragene Probleme - sowohl von Mitgliedern der Belegschaft als auch von Patienten und Patientinnen - zu prüfen und Beratung zu geben. Sie prüft ferner alle Betriebsvereinbarungen und Richtlinien des Krankenhauses auf mögliche Barrieren für Men-

schen mit Behinderungen und hilft bei der Priorisierung von geplanten Maßnahmen im Personalbereich in Hinblick auf die gesetzlichen Verpflichtungen (vgl. King's 2006a).

Der Umgang mit der *Equality & Diversity* Strategie der letzten Jahre gibt Hinweise dafür, dass das oberste Management diese als nachhaltigen kontinuierlichen Verbesserungsprozess versteht, der jährliche Berichterstattung, Prüfung der Fortschritte und Festlegung der nächsten Schritte vorsieht. Dies entspricht den im *positively diverse* Handbuch empfohlenen Vorgehensweisen (vgl. DoH 2001a; NHS-Employers 2005a). King's begann auch mit dem vorgesehenen Audit basierend auf bereits vorhandenen Daten, wie die Ergebnisse der jährlichen Mitarbeiterbefragungen der *Health Care Commission (HCC)*⁶⁷ sowie Daten aus der Personalabteilung (vgl. King's 2003a).

Hinzu kam eine Analyse und Bewertung (*Equality Impact Assessments*) der aktuellen Kommunikationsstrategie und -materialien, Organisationsrichtlinien und -vereinbarungen und anderen bereits vorhandenen Datenquellen, die für den Umgang mit Vielfalt und die Förderung von Chancengleichheit einen Relevanz haben könnten (vgl. King's 2003a; King's 2005a). Maßnahmen wurden in den jährlichen *Action Plans* mit Angaben zu den Zeitrahmen und verantwortlichen Personen festgelegt (vgl. King's 2006b). Fortschrittsberichte werden der Geschäftsleitung regelmäßig vorgelegt (vgl. King's 2003a; King's 2005a; King's 2009c).

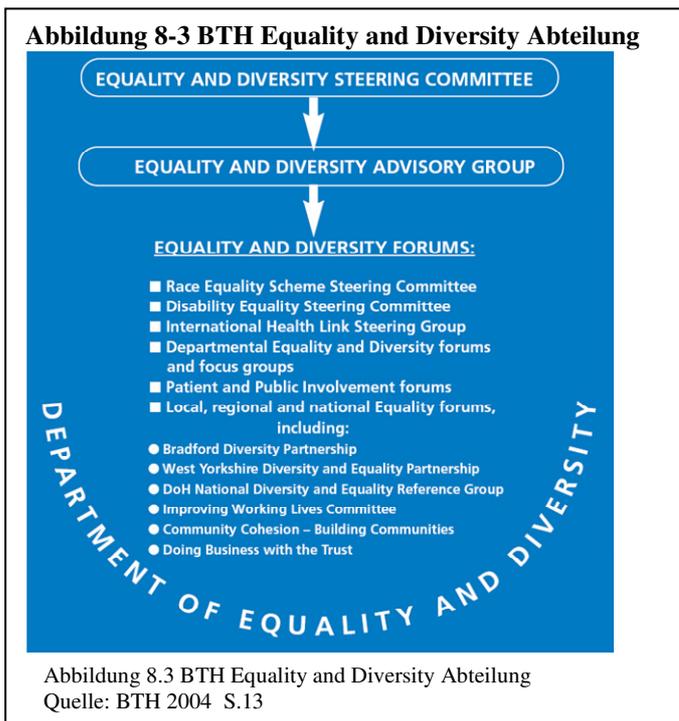
8.3.2 Commitment und Strukturen in BTH

BTH hat organisatorische Strukturen eingerichtet, die eine Umsetzung der *Equality & Diversity* Strategie unterstützen sollen (Abb. 8-3). Ein fest zugewiesenes *Equality & Diversity Department* besteht aus 17 Beschäftigten mit einem Jahresbudget von 500.000 Pfund (Stand 2004 in Khan 2005, 2). Die Abteilung ist für die Planung, Durchführung und Weiterentwicklung aller *Equality & Diversity* Angelegenheiten zuständig (Khan 2005, 2). An oberster Stelle steht der Lenkungsausschuss, bestehend aus geschäftsführenden Direktoren, unter dem Vorsitz des CEO. Der Lenkungsausschuss entwickelt die Strategie entwickelt und nimmt die jährlichen Berichte entgegen (vgl. BTH 2004, 13).

Auf der nächsten Ebene ist die *Equality & Diversity Advisory Group* (bestehend aus Personal, Patienten/Patientinnen sowie Vertreter der Einzugsbezirken), die dafür zuständig ist, vorhandene Barrieren zu identifizieren, welche benachteiligte Gruppen den Zugang zu Beschäftigung oder Gesundheitsleistungen erschweren. Vor allem in den Bereichen Personalbeschaffung, Personalbindung, sowie Personalentwicklung und Training ist die Gruppe tätig, um bestehende und neue Richtlinien zu prüfen und Verbesserungsvorschläge zu machen, damit diese *Equality*

⁶⁷ Die HCC wurde im Jahr 2009 von der neuen CQC abgelöst. Die CQC ist ein öffentlich-rechtliches Überwachungsorgan („*non-departmental public body*“), das das Gesundheits- und Sozialsystem Englands reguliert.

& *Diversity*-gerecht sind (vgl. BTH 2004, 13 & 16). Diverse Netzwerke und Foren bilden die unterste Ebene der Abteilung (ebd.).



Interessensgruppen, etwa wie die lokale Gruppe für Menschen mit Behinderungen, haben die Funktion, die Einbindung verschiedener Mitarbeiter-, Patienten- und Bevölkerungsgruppen in die *Equality & Diversity* Diskussionen und Vorgehensweisen sicherzustellen.

Die Geschäftsführung betont die Notwendigkeit der systematischen Einbindung von *Equality & Diversity* in die Kernprozesse und –prozeduren der Organisation (vgl. BTH 2004, 10). Wie bei King’s werden auch in relevanten BTH-Veröffentlichungen die Unterstützung und Befürwortung der Strategie auf oberster Führungsebene betont (vgl. BTH 2004, 17-18). Als kontinuierlicher Verbesserungsprozess verstanden, war eine regelmäßige Überprüfung der ersten Strategie und ihre Inhalte durch den Chief Executive und die *Equality Steering Committee* vorgesehen, mit Monitoringmaßnahmen, um die Erreichung der vereinbarten Ziele auf jährlicher Basis zu überprüfen (vgl. BTH 2004, 18).

8.4 Sensibilisierungs- und Trainingsmaßnahmen

8.4.1 Sensibilisierungs- und Trainingsmaßnahmen in King’s

King’s setzt auf Sensibilisierungsmaßnahmen, um das Personal für einen angemessenen Umgang mit Vielfalt sowohl in der Belegschaft als auch in Hinblick auf die Patienten und deren Bedürfnisse zu sensibilisieren. Zu Beginn der *Diversity Strategy* im Jahr 2002 sah King’s ein einstündiges Diversity-Training als Teil des Einführungsseminars für neues Personal vor.

Feedback aus ersten Trainings haben ergeben, dass mehr Fokus auf Kernthemen wie „Null Toleranz für Racismus“ sowie „Vielfalt zelebrieren“ erwünscht ist (vgl. King's 2005a, 6).

Seit 2007 ist die Pflichtschulung für alle neuen Krankenhausbeschäftigte ergänzt worden. Die mittlerweile halbtägige Schulung behandelt die Themenbereiche Chancengleichheit und Vielfalt innerhalb einer Trainingseinheit (vgl. King's 2009a). Seit Ende 2006 kooperiert King's mit einer lokalen Beratungsfirma, die Theaterstücke und Rollenspiele in die Trainingseinheiten integriert⁶⁸ (vgl. King's 2009b). Zusätzlich werden im *Single Equality Scheme 2009-2012* (vgl. King's 2009a) weitere Entwicklungen des Trainingsangebotes genannt, wie die Pflichtteilnahme an einen Workshop für Trust Board Mitglieder zu den gesetzlichen Anforderungen laut aktueller Gleichstellungsgesetzgebung, ein *Equality & Diversity* Teil innerhalb des Trainingsprogrammes für alle Führungskräfte sowie ein halbtägiges Training für King's *Diversity Champions*, das sind Freiwillige aus der Belegschaft, die sich zu Experten für Diversity-Fragen ausbilden lassen und als Ansprechpartner/-partnerinnen für das Krankenhauspersonal bei Fragen zu *Equality & Diversity* fungieren (vgl. King's 2009a).

Neben Trainingseinheiten, sollen alle Hauptprozesse und Richtlinien geprüft werden, um festzustellen, in wie weit sie *Equality & Diversity*-sensitiv sind (vgl. King's 2004, 3; King's 2005a, 7). Die Analyse der Prozesse war Bestandteil der *Diversity Action Plan 2003/4* (vgl. King's 2003a, Annex 2).

Um mehr Offenheit in Bezug auf Behinderungen zu fördern, veröffentlichte King's im Frühjahr 2008 einen Leitfaden, in dem der Trust seine Erwartungen an seine Beschäftigten und deren Pflichten im Umgang mit Behinderung festlegt (vgl. King's 2008a). Der Leitfaden umfasst auch King's Charta für Behinderung, die King's Ethos und Engagement für die Gleichberechtigung für Menschen mit Behinderung darstellt (vgl. King's 2008a; King's 2009a).

Im *Diversity Annual Report 2005/06* wurde ein Kapitel dem Thema Alter gewidmet, allerdings wurde lediglich der Umgang mit älteren Patienten und Patientinnen behandelt, ohne Altersdiskriminierung in der Belegschaft zu erwähnen (vgl. King's 2006a). Erwähnt wird Altersdiskriminierung noch im *Single Equality Scheme 2009-2012*, allerdings nur in Bezug auf die Anforderungen des neuen Gleichberechtigungsgesetzes (vgl. King's 2009a).

Die Vielfaltsdimension Religion wird bereits im *Diversity Bericht 2002/2003* erwähnt, da seit 2002 ein muslimischer Geistlicher als Ansprechpartner für Patienten und Patientinnen sowie für die Belegschaft das Team aus christlichen Geistlichen ergänzt (vgl. King's 2003). Seit 2006

⁶⁸ The Garnett Foundation <http://www.thegarnettfoundation.com/ourclients/nhs.html>

werden Räumlichkeiten und regelmäßige Gottesdienste für verschiedene Religionen (Christen, Muslime und Juden), sowohl für Patienten und Patientinnen als auch für Beschäftigte angeboten (vgl. King's 2006a).

2005 wurde eine neue Interessensgruppe für Personen, die sich als homosexuell, bisexuell oder transgener verstehen, ins Leben gerufen (vgl. King's 2006a). Wie die *Cultural Diversity Group* und die *Disability Action Review Group* vertritt die *Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Group* ihre Interessensgruppe (vgl. King's 2009a).

2005 sah die Einführung von Verhaltensstandards, die den gegenseitigen Respekt im Arbeitsalltag unterstreichen soll, vor. Neues Personal wird während des Einführungsseminars auf die Antimobbingpolitik von King's aufmerksam und mit dem empfohlenen Prozess zur Meldung eines Vorfalls bekannt gemacht (vgl. King's 2003a). Dieser Themenbereich ist auch Bestandteil der Trainingkurse für Führungskräfte (vgl. King's 2003a).

King's hat ferner eine Helpline eingerichtet, deren Nummer Organisationsweit publiziert wird und die von Beschäftigten benutzt werden kann, sollten sie den Eindruck haben, dass sie Opfer von Mobbing oder Belästigung geworden sind. Im Sommer 2003 wurden acht neue Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen eingestellt und ausgebildet, um die Helpline Nachfrage gerecht zu besetzen (vgl. King's 2003a)⁶⁹. 2004/2005 wurde der Meldeprozess in Fällen von Mobbing und Belästigung überarbeitet und das Konzept der unabhängigen Gutachter eingeführt (vgl. King's 2005a). Die unabhängigen Gutachter haben keine Linienmanagement-Beziehung mit den betroffenen Beschäftigten, so dass sie als unabhängig von allen Beteiligten anerkannt werden. Im Jahr 2006 wurden Begutachter durch die Schiedsstelle ACAS⁷⁰ ausgebildet und sind im Beratungsausschuss für Mitarbeiterbeschwerden („*Grievances*“) (vgl. King's 2006a).

Eine BME-Interessensgruppe, die „*Cultural Diversity Group*“, wurde 2005 ins Leben gerufen (King's 2006a). Diese Gruppe, die aus Freiwilligen aus der Belegschaft besteht, wird beispielsweise von Management eingeladen, wenn Beschäftigte aus der Gruppe der BME in Disziplinarverfahren involviert sind (vgl. King's 2008a).

⁶⁹ Inzwischen wird die Helpline von einer unabhängigen Organisation betrieben und ist rund um die Uhr täglich besetzt (King's 2009a, King's 2009b).

⁷⁰ Die Advisory, Conciliation and Arbitration Service (ACAS) ist eine unabhängige, außergerichtliche Beratungs-, Schlichtungs- und Schiedsstelle in Großbritannien. ACAS wurde 1974 gegründet und beschäftigt ca. 850 Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen. ACAS wird überwiegend durch öffentliche Mittel finanziert und von einem Gremium geleitet, das aus Vertreter_innen der Arbeitgeber- und Arbeitnehmer-Verbände und der Wissenschaft besteht. ACAS wird sowohl für kollektive als auch individuelle Streiten eingeschaltet und schlichtet erfolgreich in ca. 80% aller Fälle außergerichtlich. Viele Streiten handeln sich inzwischen um Lohngleichheit und Diskriminierung (siehe www.acas.org.uk)

8.4.2 Sensibilisierungs- und Trainingsmaßnahmen in BTH

Wie King's setzt auch BTH auf Sensibilisierung durch Diversity Training (vgl. BTH 2004, 18). Für die Einführung der *Equality Strategy* von 2004, führte ein Unternehmensberater eine Bedarfsanalyse über sechs Monate durch. Im Anschluss wurden Gespräche mit Führungskräften, Beschäftigten und Patienten geführt, um notwendigen Maßnahmen zu priorisieren (vgl. HO 2002, 6). Dadurch wurden zwei Themen auf Priorität gesetzt: ein interkulturelles Trainingsprogramm mit Schwerpunkt Religionen sowie Informationsveranstaltungen zum Thema asiatische Namenskonventionen (vgl. HO 2002, 6). Diese sind inzwischen Bestandteil des Trainingsprogrammes (vgl. Kahn 2005, 9). Zwei Beschäftigte sind für Trainingmaßnahmen in Bezug auf Equality & Diversity zuständig (vgl. Khan 2005, 4). Der Arbeitsbereich wird in zwei Aufgabengebieten unterteilt: eine Arbeitsstelle behandelt die Themen Behinderungen, Gender/Geschlecht und Sexualität, die andere deckt die Aspekte Rassismus und Diskriminierung, Ethnizität und Mobbing, sowie die Entwicklung von interkulturellen Kompetenzen ab (vgl. Khan 2005, 8).

Allgemeine *Equality & Diversity* Trainingprogramme werden allen Beschäftigten angeboten (vgl. Khan 2005, 8), und sind Teil der Einführungsveranstaltung für neues Personal (vgl. Thrive 2005, 9). Gleichzeitig, wie in King's Hospital, sind Abteilungsspezifische oder Berufsbezogene Weiterbildungen entwickelt worden, etwa für Führungskräfte oder für Personal in der Personalabteilung, die mit der Personalbeschaffung und -entwicklung betraut sind (ebd.). Termine für die Veranstaltungen sind im BTH Weiterbildungskalender integriert, damit die Beschäftigten rechtzeitig informiert sind (ebd.). *Equality & Diversity*-Training ist außerdem Bestandteil der Berufsausbildung für die Berufe Krankenpflege, Medizin, Physiotherapie, Diätassistenten und andere (ebd.).

Alle Executive Directors, Boardmitglieder und die Geschäftsführung haben am *Equality & Diversity*-Training teilgenommen (ebd., 9). Dolmetscher, die Gespräche zwischen Patienten/Patientinnen und Personal übersetzen, müssen an ein spezielles Trainingsprogramm absolvieren, damit sie einen angemessenen Umgang mit den verschiedenen Patientengruppen lernen (vgl. Khan 2005, 9). BTH hat ferner eine Richtlinie für alle Krankenhausbeschäftigte entwickelt, die das Verhalten in Situationen festlegt, in denen kulturelle und medizinische Fragen in Konflikt geraten (vgl. Thrive 2005, 9).

BTH hat inzwischen 24 *Equality & Diversity* Versprechen ausgearbeitet, die im halbjährlichen Rhythmus von der *Equality & Diversity Scrutiny Committee* geprüft werden. Ergebnisse werden im Jahresbericht bekannt gegeben (BTH 2008a, 22). „Schlüsselorganisationen“ sollen BTH dabei helfen, seine Ergebnisse gegen national eingesetzte Benchmarks zu prüfen z.B. in

Fragen zum Umgang mit Alter „*The Employers Forum on Age*“⁷¹, bezüglich Glaubensfragen „*Employers Forum on Belief*“⁷² sowie in Fragen zum fairen Umgang mit lesbischen, homosexuellen und bisexuellen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern „*Stonewall*“⁷³ (vgl. BTH 2008a, 22).

Bezüglich Religion werden verschiedene Religionsvertreter in bestimmte Entscheidungsfindungsprozesse mit einbezogen, wenn religiöse Überzeugungen der Mitarbeiter mit Krankenhausrichtlinien in Konflikt geraten, etwa bei Fragen der Kleiderordnung und Hygiene (vgl. BTH 2008a, 20)⁷⁴.

Ende 2008/Anfang 2009 wurde ein Mitarbeiter-Netzwerk für lesbische, homosexuelle und bisexuelle Beschäftigte gegründet – analog der Netzwerke für die Beschäftigten aus der Gruppe der BME und der Gruppe der Menschen mit Behinderungen (vgl. BTH 2009d, 16). Das Netzwerk darf unabhängig und selbstbestimmt arbeiten, es muss aber in Halbjahresberichten seine selbstdefinierten Aufgaben und Fortschritte berichten, sowie bei Equality Impact Assessments mitarbeiten (ebd.). Das Thema Altersdiskriminierung wird zum ersten Mal in der *Equality & Diversity Strategy 2008-2015* erwähnt, in der BTH sich dazu verpflichtet, eine mögliche Diskriminierung gegenüber bestimmten Altersgruppen zu prüfen und ggfs. Gegenmaßnahmen einzuleiten (vgl. BTH 2008a, 8).

BTH thematisiert ferner die Möglichkeit **Diskriminierung auf Grund von multiplen Vielfaltsdimensionen** zu erfahren, wie beispielsweise im *Disability Equality Scheme* erwähnt:

„We acknowledge that discrimination and disadvantage are compounded for many disabled people because they are female, are older, are from black or minority ethnic communities, are lesbian or gay or are refugees or asylum seekers. We will make sure that the concerns of disabled women, black disabled people, lesbian and gay disabled people and other disabled people facing specific discrimination are fully considered in the Scheme and Action Plan“ (BTH 2006b, 6).

⁷¹ <http://www.efa.org.uk>

⁷² <http://www.efbelief.org.uk>

⁷³ <http://www.stonewall.org.uk>

⁷⁴ In einem konkreten Fall ging es um Lösungen für praktizierende Musliminnen, die aus religiösen Gründen ihre Unterarme bedeckt halten wollten und dadurch die Hygienerichtlinien der Department of Health nicht einhalten konnten, die vorschreibt, dass Unterarme unbedeckt bleiben müssen, um gründliches Händewaschen zu ermöglichen (MCB 2008, 3).

8.5 Berücksichtigung von Diversity bei der Personalbeschaffung

8.5.1 Personalbeschaffung in King's

Mit ca.50.000 Bewerbungen im Finanzjahr 2008/2009 (vgl. King's 2009b, 16), stellen die Personalbeschaffungsprozeduren einen wichtigen Ansatzpunkt für *Equality & Diversity* dar. Die Prozeduren für Personalbeschaffung und –auswahl wurden in Hinblick auf „*valuing diversity*“ überarbeitet, um ein möglichst breites Publikum durch Stellenannoncen anzusprechen (vgl. King's 2003a). Hier soll ferner ein robustes Auditverfahren installiert werden, um sicherzustellen, dass die Personalbeschaffungsverfahren fair und gerecht sind (vgl. King's 2003a, 23).

Die Personalabteilung wurde mit Hilfe eines Trainingprogramms geschult, um eine größere Sensibilisierung für Vielfalt während des Personalbeschaffungsprozesses zu erreichen (vgl. King's 2003a). Als Teil des Monitoringprozesses werden mit einer im Jahr 2005 eingesetzten Software die Personalbeschaffungsprozesse in Bezug auf Ethnizität und Geschlecht überwacht und ausgewertet (vgl. King's 2006a). Vorbereitungen für die Definition von Zielvorgaben wurden bereits mit der *Diversity* Maßnahmenplanung für 2003/2004 angestoßen (vgl. King's 2003a), um den Verpflichtungen aus dem RR(A)A nachzukommen und ein *Race Equality Scheme* erstellen zu können. Hierzu wurden Zielvorgaben entwickelt, um die Zahl der Bewerber und Bewerberinnen mit einem BME-Hintergrund für die Heilberufe sog. „*Allied Health Professions*“ zu gewinnen (vgl. King's 2006a, 6).

Speziell in Bezug auf Menschen mit Behinderung, garantiert King's, Bewerber und Bewerberinnen aus dieser Zielgruppe eine Einladung zum Vorstellungsgespräch, solange sie die Mindestanforderungen für die Stelle erfüllen (vgl. King's 2003a; King's 2009b). King's hat ein spezielles Praktikumskonzept mit Hilfe von staatlichen Fördermitteln entwickelt, um Menschen mit Behinderung den Weg in eine Festanstellung zu ermöglichen (vgl. King's 2006a; King's 2009b, 20).

8.5.2 Personalbeschaffung in BTH

BTH erhielt 20.207 Bewerbungen im Kalenderjahr 2008, von denen 885 zu einer Einstellung führten (vgl. BTH 2009b, 13). Damit im Einstellungsverfahren Diskriminierung bekämpft und Fairness gefördert wird, hat BTH ein spezielles Trainingprogramm für Beschäftigte in der Personalbeschaffung entwickelt. Ziel ist es, dass das gesamte Personal, das am Einstellungsverfahren beteiligt ist, an solchen Trainingseinheiten teilnimmt. Im Jahr 2005 waren zumindest alle, die den Vorsitz im Auswahlverfahren hatten, sensibilisiert worden (vgl. Khan 2005, 9). Die *Equality Strategy* 2004-2007 macht explizit darauf aufmerksam, dass positive Maßnahmen

möglicherweise notwendig sein werden, um existierender Diskriminierung unter bestimmten (nicht näher definierten) Umständen entgegenzuwirken. Wie andere Hauptprozesse auch, werden die Personalbeschaffungsprozesse einem Audit unterzogen, um Barrieren für benachteiligte Gruppen zu identifizieren und abzubauen (vgl. BTH 2004, 7). Mit einem 10-tägigen Vorbereitungskurs versucht die BTH-Personalabteilung, junge Menschen mit einem südasiatischen Hintergrund (z.B. aus Pakistan oder Indien)⁷⁵, für den Beruf des Geburtshelfers/der Geburtshelferin zu begeistern (vgl. Trust-Today 2009).

Das BTH *Disability Equality Scheme* aus dem Jahr 2006 behandelt, neben dem Zugang zu Gesundheitsleistungen für Patienten mit Behinderungen, auch den Zugang zu Beschäftigung (und auch zu Weiterbildung und Beförderung) für Beschäftigte mit Behinderungen. Laut eigener Angabe hat BTH einen sozialen Ansatz gewählt, der sich, im Gegensatz zum medizinischen Ansatz, nicht auf die Unzulänglichkeiten seitens der Betroffenen konzentriert. Stattdessen setzt BTH auf die Beseitigung von Barrieren, die vom Arbeitgeber errichtet wurden (vgl. BTH 2006b, 6). Im *Disability Equality Scheme* wird auf die Komplexität der Diskriminierung oder Benachteiligung von Menschen mit Behinderungen hingewiesen, die auf Grund von anderen persönlichen Merkmalen wie Ethnizität, Alter, Geschlecht usw. zu weiteren Benachteiligungen führen kann. Mitglieder der lokalen Gemeinden, zusammen mit Krankenhausbeschäftigten, bilden die *Disability Equality Group*, die die Interessen von Menschen mit Behinderungen bei der Prüfung von möglichen Barrieren bzgl. Gesundheitsversorgung und Beschäftigung in BTH vertreten.

8.6 Berücksichtigung von Diversity bei der Personalentwicklung

8.6.1 Personalentwicklung in King's

Die Personalentwicklung wird seit 2006 mit Hilfe eines Verwaltungstools überwacht und das Training nach demographischen Gruppen analysiert (vgl. King's 2006a). Sogenannte „beschleunigte Personalentwicklungspläne“ sind seit 2002 vorhanden, um potenzielle Führungskräfte aus den BME-Gruppen zügig für Führungspositionen zu qualifizieren (vgl. King's 2003a; King's 2005a; King's 2008a; King's 2009). Das „*BME Leadership Programme*“ zum Beispiel, bietet Mitgliedern der unteren und mittleren Managementebenen die Möglichkeit, praktische Erfahrungen auf den oberen Managementebenen zu sammeln und ihre eigenen Stärken und Schwächen zu erkennen. Netzwerke zum Erfahrungsaustausch und gegenseitige Un-

⁷⁵ Die UN-Klassifikation der Region Südasien bzw. Southern Asia umfasst die Staaten: Afghanistan, Bangladesh, Bhutan, Indien, Iran (Islamische Republik), Maldiven, Nepal, Pakistan und Sri Lanka.
<http://millenniumindicators.un.org>

terstützung werden gefördert (vgl. King's 2005a). Darüber hinaus wurden 2004 zwei BME-Beschäftigten in das nationale Führungskräfteprogramm „*Breaking Through*„ aufgenommen. Interessanterweise wird der Begriff „*positive Action*“ (positive Maßnahmen) in den jährlichen *Diversity Reports* nicht erwähnt, obwohl diese Maßnahmen sicherlich in diese Kategorie fallen. Erst mit der Veröffentlichung der *Single Equality Strategie* 2009, wird auf die Notwendigkeit positive Maßnahmen zu ergreifen explizit hingewiesen, und zwar bei der Entwicklung von Führungskräften aus BME-Gruppen (vgl. King's 2009a).

8.6.2 Personalentwicklung in BTH

BTH arbeitet gemeinsam mit dem West Yorkshire BME Netzwerk, dessen Mitglieder die berufliche Entwicklung anderer BME-Beschäftigte fördern wollen. Das Netzwerk geht davon aus, dass Vorbilder notwendig sind, um die Zahl der Bewerbungen für Krankenhausstellen aus den BME-Gruppen, sowie die Mitarbeiterbindung in diesen Gruppen zu erhöhen. Die Mitglieder des Netzwerkes bieten berufliche Begleitung (Mentoring), professionsbezogene Führungsentwicklung, Coaching usw. (vgl. EOR 2003, 6).

8.7 Fazit zu den Vorgehensweisen

Motive: Auf der Suche nach Handlungserklärung für die Einführung von Diversity-Management und die Entscheidung für *Equality & Diversity*-Strategien kann auf das Konzept der Isomorphie zurückgegriffen werden (siehe Kapitel 2.2.7). Im Bezug auf eine mögliche institutionelle Isomorphie kann eine Imitation („*mimetic isomorphism*“) in Anbetracht der Tatsache, dass die beiden Beispiele selbst zu den Vorreitern und als Vorbildorganisationen zählen, ausgeschlossen werden. Aber staatliche Vorgaben und die Anweisungen, beispielsweise zum Gebrauch von positiven Maßnahmen sowie der Standard *Improving Working Lives*, haben sehr deutliche Zeichen gesetzt und *Equality & Diversity* zu einem Hauptziel des NHS als Ganzes gemacht (Kapitel 7), so dass ein gewisser normativer Druck („*normative isomorphism*“) als Handlungserklärung in Frage kommt.

Zudem ist der Nachweispflicht für Organisationen im öffentlichen Dienst, hinsichtlich der Umsetzung der neuen Gesetze zu Chancengleichheit, gestiegen (Kapitel 4.5). Auch die Erwartungshaltung der Öffentlichkeit in den Einzugsgebieten von BTH und King's – man erinnert an die lange Tradition von Interessensgruppen und Bürgerbewegungen, die sich in England ihre Rechte einfordern (Kapitel 4.3) – dürfte für zusätzlichen Druck im Umgang mit Vielfalt gesorgt haben. Moralische Verpflichtungen der Lokalbevölkerung gegenüber scheinen ebenso wichtige Faktoren zu sein, sowohl bei King's als auch bei BTH. King's und BTH blicken beide auf eine lange Tradition als Krankenversorger in sozialbenachteiligten Regionen zurück, was

ihr Selbstverständnis und ihre soziale Verantwortung geprägt hat. Sowohl London als auch Bradford haben zudem mit Unruhen und Ausschreitungen zu kämpfen, wie Kapitel 4.3 zeigte (es waren gerade die sozialen Unruhen der 1990er Jahre in Bradford, die dem Bradford Community Health NHS Trust den Anlass gaben, das *Positively Diverse Programme* auf lokaler Ebene zu entwickeln - siehe Kapitel 7.3).

Hinsichtlich des gewählten Ansatzes haben sich die beiden Krankenhausorganisationen für eine langfristige und umfassende Prozessorientierung entschieden, die als kontinuierlicher Verbesserungsprozess konzipiert ist. Eine Bündelung einzelner Maßnahmen in einem umfassenden Ansatz verspricht die Effektivität der einzelnen Maßnahmen zu erhöhen (vgl. Kallew/Dobbin 2006). King's und BTH haben *Equality & Diversity*-Visionen und -Ziele definiert, die Unterstützung der obersten Führungsebene eingeholt und dieses intern und extern kommuniziert. Somit weisen die gewählten Ansätze einige Aspekte des ganzheitlichen Lernen- und Effektivitäts-Ansatzes auf - allerdings wird auf ein Wertschöpfungs-/Kostensenkungspotenzial nicht eingegangen. Im Praxishandbuch zur Einführung von *Positively Diverse* wird unterstrichen, wie wichtig für die Implementierungserfolg es ist, bereits in der Planungsphase die Frage der Rollen und Verantwortungen zu klären, sowie ausreichende Ressourcen für das Diversity-Management sicherzustellen (vgl. NHS-Employers 2005a, 22). Diese Anforderung hat King's im Jahr 2001 mit der Ernennung eines Diversity-Beauftragten erfüllt, BTH hat sogar eine eigene Abteilung dafür geschaffen.

Ziele: In Bezug auf die Zielsetzung der Strategien haben weder King's noch BTH betriebswirtschaftliche Ziele definiert, sondern den Schwerpunkt auf Fairness, Respekt und Inklusion gesetzt. Das Fehlen von betriebswirtschaftlichen Zielen ist insofern von Interesse, als dass es offenbar kein Hindernis für die NHS-Employers-Organisationen darzustellen scheint, King's und BTH als Best-Practice-Organisationen im Umgang mit Vielfalt („*Positively Diverse Lead Sites*“) zu ernennen. Und dies obwohl *Positively Diverse* die Kostensenkung als eines der Hauptziele nennt - es wird sogar ausdrücklich davor gewarnt, die ökonomischen Aspekte außer Acht zu lassen, da sonst ohne sichtbare ökonomische Vorteile die Akzeptanz von Diversity-Management-Maßnahmen gering sein kann (siehe Kapitel 7.3). Dass King's und BTH trotzdem *Lead Sites* geworden sind, ist nicht ganz nachvollziehbar. Möglicherweise ist die Fokussierung auf die moralischen und rechtlichen Aspekte von Diversity das eigentliche Ziel des britischen Gesundheitsministeriums, so dass die angegebenen Kostenvorteile lediglich einen Anreiz darstellen, um NHS-Organisationen für eine freiwillige Auseinandersetzung mit dem Thema Chancengleichheit und Vielfalt zu gewinnen.

Warum BTH sich das Ziel gesetzt hat, die Vielfalt der Lokalbevölkerung auf allen Organisations Ebenen widerzuspiegeln, bleibt auch ohne Erklärung. Dem können reine Fairness-/ Inklusionsgründen zu Grunde liegen, oder aber auch andere Argumentationen für Diversity (siehe Kapitel 2.3), wie z.B. das Bestreben nach mehr Kunden-/Patientenorientierung, oder die Überwindung von Personalengpässen und die Beschaffung der besten Talente auf dem Arbeitsmarkt (Personalbeschaffungsargument). Allerdings wissen wir aus Kapitel 2.4, dass diese beiden Argumente in der Praxis nicht bestätigt werden konnten. Aus der Formulierung anderer Ziele von BTH lassen sich Hinweise dafür erkennen, dass sich alle drei Argumente hinter diesem Ziel verbergen, denn BTH strebt eine Belegschaft an, die in der Lage ist, die Bedürfnisse der unterschiedlichen Patientengruppen und Individuen zu erkennen und zu erfüllen (vgl. BTH 2004, 10). Ebenso wenig gibt King's an, warum sie seit 2006 eine Belegschaft anstrebt, die die Lokalbevölkerung repräsentiert, und warum dieses zum Ziel der *Equality & Diversity Strategy* wurde (vgl. King's 2006a, 2). Vielmehr wird wie bei BTH ohne Hinterfragung erklärt, dass Vielfalt grundsätzlich etwas Positives darstellt.

Die Maßnahmen: Eine klare Linie ist durch die undeutliche und wechselnde Verwendung der Begriffe *Equality*, *Equalities*, *Diversity* und *Equal Opportunities* schwer erkennbar. Die wechselnden Begriffe in den Veröffentlichungen von King's, sowie die Umbenennung bereits bestehender *Equalities*-Gruppen sowie *Equalities*-Materialien in *Diversity*-Gruppen/-Material lassen den Eindruck entstehen, dass es sich hier vielfach um eine eher kosmetische Überarbeitung der Organisationspolitik handelt, um eine bessere Akzeptanz bei der Umsetzung der gesetzlichen Anforderungen zu erzielen. Ähnlich auch bei BTH, die erst 2007 eine *Equality & Diversity Strategy* als solche nennt. Beide Krankenhausorganisationen haben auf Training und Sensibilisierung der Belegschaft gesetzt. Auch für die Board-Mitglieder sind Trainingmaßnahmen entwickelt worden, allerdings haben diese den Schwerpunkt gesetzlicher Anforderungen in Bezug auf Gleichstellung / Chancengleichheit gehabt und weniger zum Themenbereich Umgang mit Vielfalt.

Im Bereich Personalbeschaffung und -entwicklung liegen die Schwerpunkte klar bei der Erreichung und Inklusion von Minderheiten und, seit 2005 auch von Menschen mit Behinderungen. Das Ziel von BTH, eine Belegschaft als Spiegelbild der lokalen Gesellschaft aufbauen zu wollen, ist zunächst nicht nachvollziehbar, da – zumindest in Bezug auf Ethnizität – die Belegschaft mehr Ethnizität aufweist, als in der Gesellschaft vorzufinden ist. Die Maßnahmen zielen anscheinend nicht darauf ab, mehr Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen aus der Gruppe „*white british*“ einzustellen.

Komplexität: Zwar berücksichtigt BTH im *Disability Equality Scheme* die Tatsache, dass gegen eine einzelne Person, auf Grund mehrerer Vielfaltsdimensionen, mehrfach diskriminiert werden kann, aber die Hauptausrichtung der Strategie verläuft, wie bei King's, entlang getrennter Gleichheitsstränge oder „*equality strands*“. Ohne Erwähnung dagegen bleiben andere Kategorien von Vielfaltsdimensionen, wie etwa die Zugehörigkeit zu bestimmten Berufsgruppen, Sub-Kulturen, der Status oder hierarchische Position. Diese können aber im komplexen sozialen System eines Krankenhauses Einflüsse auf die Verhaltensweisen und Einstellungen der Mitglieder haben (siehe Kapitel 2). Auch darf nicht vergessen werden, dass sich im gleichen Zeitraum Einflussfaktoren im gesundheitspolitischen, medizinischen und technischen Bereich auf die Krankenhäuser und ihre Belegschaften ausgewirkt haben. So, beispielsweise, dürften auch Sparmaßnahmen im klinischen Bereich schwerer zu akzeptieren sein, wenn gleichzeitig viel Geld und Ressourcen für die Umsetzung von Chancengleichheitsmaßnahmen bereitgestellt werden. Hier wäre der Bezug zu ökonomischen Vorteilen durch Diversity-Management für die Akzeptanz einzelner Maßnahmen eventuell wertvoll gewesen. Ohne ökonomische Ziele fehlen klare Anreize für Abteilungen und Fachbereiche, die Strategie umzusetzen. Vor allem in Zeiten von zunehmendem Kostendruck, die viele Krankenhäuser europaweit erleben, können Prioritätenkonflikte entstehen. Kritiker und Experte für Chancengleichheit, Gooding, meint:

„In some NHS organisations Equality & Diversity are not high on the agenda. From my experience they just have too much else going on and they have their own agenda to deliver“(Gooding 2009).

Dies kann dazu führen, dass nur die Mindestanforderungen (dies wären dann im Bereich Gleichstellung/Chancengleichheit) erfüllt werden (vgl. Johns 2006, 231). Die Ergebnisse, die mit den jeweiligen Strategien erzielt wurden, sind Gegenstand des 9. Kapitels.

9 WELCHE ERGEBNISSE LASSEN SICH IDENTIFIZIEREN?

9.1 Datenbasis

Die *equality & diversity*-Ziele der zwei Krankenhausorganisationen, die in Kapitel 8 vorgestellt wurden, lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

- Ausgrenzung, Barrieren, Diskriminierung und Mobbing abbauen (King's und BTH)
- Wertschätzung, Inklusion, Fairness und Chancengleichheit fördern (King's und BTH)
- Vielfalt zum Nutzen der Organisation und der Individuen einsetzen (BTH)

Eine klare Trennung in moralisch-ethische, rechtliche und ökonomische Ziele lässt sich zwar nicht erkennen, dies ist allerdings nicht untypisch in einem „Business-Case für Diversity Management“ (siehe Kapitel 2.3.1). Zur Zielerreichung wurden Maßnahmen vor allem in den Bereichen Personalbeschaffungsmaßnahmen, Personalentwicklungsmaßnahmen, Sensibilisierungs- und Trainingsmaßnahmen eingesetzt.

Zur Messung ihres Fortschrittes stehen den zwei Trusts die Daten aus ihrem Personalmonitoring zur Verfügung. Diese umfassen neben Zahlen zu Personalfluktuation, auch Daten über Beschwerden, Disziplinarverfahren und Auseinandersetzungen vor dem Arbeitsgericht, die sie selbst erheben. Ferner greifen sie auf die Ergebnisse der national durchgeführten unabhängigen Mitarbeiterbefragungen zurück, um zu erfahren, wie die Empfindung und Wahrnehmung der Beschäftigten bzgl. Themen wie Mobbing, Zufriedenheit, Unterstützung durch Vorgesetzten usw. sind. Somit verfügen die zwei Organisationen über mehr Daten zur Messung des Fortschritts als viele Unternehmen, die Diversity Management betreiben (siehe Becker M in Kapitel 2.4.1)

9.2 Ziel: Die Vielfalt der Belegschaft zu stärken

9.2.1 Ergebnisse der Personalbeschaffungsmaßnahmen in King's

Die Maßnahmen King's im Bereich der Personalbeschaffung zielten vor allem darauf ab, bisher unterrepräsentierten Gruppen den Zugang zur Arbeit zu erleichtern. Allerdings wies die Belegschaft in King's ohnehin bereits Anfang der 2000er Jahre weitgehend einen Aufbau aus, der sich – in Hinblick auf die Kategorien „weiß“ und „schwarze und ethnische Minderheiten“ (BME) - in etwa der Zusammensetzung in der Gemeinde Lambeth entsprach (Tab.9-1). Inzwischen hat fast die Hälfte der 6.500 Beschäftigten von King's einen BME-Hintergrund, so dass die weiße Bevölkerung Lambeths sogar noch mehr unterrepräsentiert ist, als im Jahr 2002

(Tab. 9-1)⁷⁶. King's gezieltes Anwerben von Personen aus den BME-Gruppen für die Heil- und therapeutischen Berufe hat Wirkung gezeigt. Der Anteil dieser Berufsgruppe mit einem BME-Hintergrund stieg von 19% im Jahr 2004 (vgl. King's 2006a) auf 25% im Jahr 2008 (Zielvorgabe war 26% bis 2009 - King's 2008a).

Tabelle 9-1 Entwicklung von King's Belegschaft nach ethnischer Herkunft			
	Lokale Bevölkerung in Lambeth Census 2001*	King's Belegschaft 2002 [#]	King's Belegschaft 2009 [§]
Weiß	62%	58%	50%
BME	37%	38%	48%
davon:			
Asien	2%	6%	8%
schwarz Afrika	12%	10%	12%
schwarz Karibik	12%	10%	10%
schwarz andere	2%	1%	1%
indischer Subkont.	4%	5%	9%
multiethnisch und andere	5%	6%	8%
Unbekannt	1%	4%	2%
Quellen: *King's 2009d, [#] King's 2006a, [§] King's 2010d			

Rekrutiert wurde in Zusammenarbeit mit den lokalen Arbeitsagenturen, um besonders benachteiligte Gruppen zu erreichen. Dies hat dazu geführt, dass zwischen Herbst 2004 und Frühjahr 2006 176 Personen mit einem BME-Hintergrund für Pflegeberufe eingestellt wurden, die Mehrheit von ihnen war zuvor arbeitslos (vgl. King's 2006a). Ob dies dazu geführt hat, dass die Krankenhausorganisationen über das Personal mit den Fähigkeiten und Qualifikationen verfügt, die sie für eine optimale Patientenversorgung benötigen, ist nicht klar d.h. wurden hier betriebswirtschaftliche Interessen verfolgt oder wurde im Sinne von sozialer Verantwortung gehandelt?

Analysen von King's Bewerber- und Einstellungsdaten aus dem Jahr 2007 zeigen allerdings, dass es immer seltener zu Vorstellungsgesprächen kommt, wenn in einer Bewerbung Hinweise

⁷⁶ Interessant ist auch die Entwicklung der Bewerberzahlen insgesamt bei King's. Die Zahl der jährlichen Bewerbungen ist von 39.000 2007/2008 (King's 2008a S. 4) auf 50.000 für den Zeitraum 2008/2009 (King's 2009b S.16) gestiegen. Ein gewisser Zusammenhang mit den offensiven, gezielten Werbekampagnen auf dem lokalen Arbeitsmarkt für bisher selten erreichte Zielgruppen lässt sich hier zumindest vermuten. Diese Zunahme an Bewerbungen muss von der Personalabteilung bewältigt werden. Auch die Möglichkeit sich Online zu bewerben, was dem Zugang zu Jobbewerbungen erleichtern soll, hat dazu geführt, dass mittlerweile zwischen 600 und 1.800 Onlinebewerbungen monatlich bearbeitet werden müssen (King's 2006b S.6). Ob dies als positive oder negative Entwicklung aus *Equality & Diversity* in King's betrachtet wird, wird nicht angegeben.

auf einen BME-Hintergrund zu erkennen sind⁷⁷ (vgl. King's 2007b, 39). Obwohl nur knapp 30% der Bewerbungen für den ärztlichen Dienst von der Gruppe „whites“ stammten, wurden mehr als 50% der Stellen aus dieser Gruppe besetzt (vgl. Kings 2007b, 17). Dieses Phänomen war auch im Zeitraum Mitte 2008 bis Mitte 2009 vorhanden (vgl. King's 2009d, 10). Ursachen hierfür werden in den Berichten nicht besprochen. Denkbare Ursachen könnten sowohl diskriminierende Vorgehensweisen in der Personalabteilung sein (diese könnten sowohl an den Prozessen und/oder am Personal selbst liegen), als auch möglicherweise unzureichende Qualifikationen der Bewerbenden – denn während Krankenhäuser ihre Prozesse und Verhaltensmuster in Hinblick auf Diskriminierung überprüfen, bleiben auf gesellschaftlicher Ebene Barrieren bestehen, die einen fairen Zugang zu Bildung und Berufsausbildung verhindern können.

Die Personalbeschaffungsmaßnahmen umfassten neben ethnischer Vielfalt auch Menschen mit Behinderungen. In wie weit der Anteil der Belegschaft mit einer Behinderung in den letzten Jahren gestiegen oder gesunken ist, lässt sich mit dem vorhandenen Daten nicht ermitteln. 2,7 % der Beschäftigten geben aktuell an, eine Behinderung zu haben (vgl. King's 2009a), gegenüber 2 % im Jahr 2006 (vgl. King's 2006a). Es gibt allerdings Gründe zur Annahme, dass diese Daten kein umfassendes Bild abgeben. Zum einen ist in den letzten Jahren die Bereitschaft der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen gestiegen, Angaben zu ihrem eigenen Behinderungsstatus zu machen. So machten 69% der Belegschaft eine Angabe im Jahr 2009 gegenüber 60% im Jahr 2007 (vgl. King's 2009a).

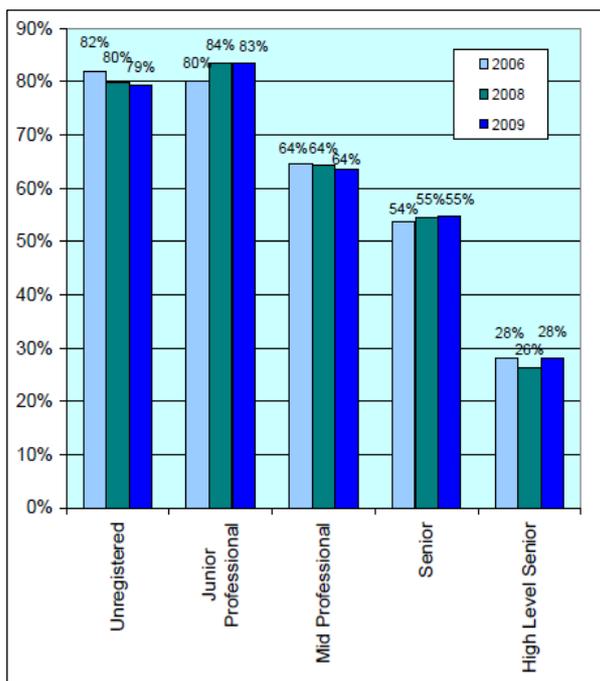
Dies steht möglicherweise mit den Sensibilisierungsmaßnahmen zum Umgang mit Behinderungen in Zusammenhang. Zum anderen lieferten Antworten aus den anonymen Mitarbeiterbefragungen aus den Jahren 2004 und 2005 Hinweise, dass der wirkliche Anteil bei ca. 5 % liegt (vgl. King's 2006a). In Bezug auf Menschen mit Behinderungen erhielten 2008 vier Personen die Möglichkeit Praxiserfahrung zu sammeln, dank des für die Zielgruppe entwickelten Praktikumskonzeptes (vgl. King's 2008a). Weder King's noch BTH geben an, in wie weit die Förderung dieser Personengruppen Vorteile für die Organisation darstellt, so dass man auch hier von einer rein rechtlichen bzw. sozial-moralischen Pflichterfüllung ausgehen muss.

In Bezug auf Geschlecht liegt der Frauenanteil in King's seit Jahren bei ca. drei Viertel der Gesamtbelegschaft (vgl. King's 2003a; King's 2006a; King's 2009d; King's 2010d), so dass sich hier kaum Auswirkungen aus den *Equality & Diversity* Maßnahmen erkennen lassen. Es gibt keine Hinweise auf gezielte Maßnahmen in King's, um die Geschlechterverteilung zu ändern. Dabei ist die Geschlechterverteilung auf die Berufsgruppen erwartungsgemäß alles ande-

⁷⁷ In Großbritannien ist es nicht üblich ein Lichtbild mit den Bewerbungsunterlagen mitzuschicken, auch Angaben zur Religion und Familienstand werden nicht erwartet. Allerdings ist es denkbar, dass Namen und Wohngegenden Hinweise auf einen Migrationshintergrund liefern.

re als ausgeglichen: im Jahr 2004 waren 89% des Krankenpflege- und Hebammenpersonals weiblich, dagegen nur 44 % der Mediziner (vgl. King's 2005a, 15). Vier Jahre später hat sich in der Verteilung kaum was verändert (vgl. King's 2008a, 3). Männer bilden nur 25% der gesamten Belegschaft aber 55% der Mediziner. Männer bleiben also in den Pflegeberufen und Frauen im ärztlichen Dienst unterrepräsentiert. Im Jahr 2009 waren 79% der un- bzw. geringqualifizierten Stellen von Frauen besetzt, ein leichter Rückgang gegenüber 2006 (siehe Abbildung 9-1).

Abbildung 9-1 Entwicklung des Frauenanteils in King's nach Dienstgrad
Quelle: King's 2009d, 9



Wie auch im Jahr 2006 sind weniger als 30% der „high level senior“-Positionen von Frauen besetzt. Ob hier Handlungsbedarf in King's erkannt wird, ist nicht klar, aber die Zahlen im neuen *Single Equality Scheme 2009-2012* werden folgendermaßen kommentiert:

“The high proportion of female workers is typical of NHS organisations and reflects the historic gender split of people entering health care professions and other care roles.”

(King's 2009a, 45)

Die Situation wird mit der Begründung „es war immer so“ hingenommen. In einem Bericht des britischen Gesundheitsministeriums aus dem Jahr 2009 wird darauf hingewiesen, dass

obwohl tatsächlich mehr Frauen unter den Assistenz- und Fachärzten zu finden sind, eine weitaus größere Auswirkung erwartet wurde, da Frauen seit 1991 ca. 50% der Medizinstudiplätze belegen.⁷⁸

9.2.2 Ergebnisse der Personalbeschaffungsmaßnahmen in BTH

Obwohl der Anteil der Weißen in der Belegschaft von 69% auf 74% zwischen 2006/07 und 2009 anstieg (Tabelle 9-2), bleibt er noch geringfügig unter dem Anteil der Lokalbevölkerung (77%)⁷⁹. Mit einem Anteil von stabil 19% der Belegschaft ethnischer Herkunft gegenüber 23%

⁷⁸ NHS Medical Careers, Download am 15.09.2011 von www.medicalcareers.nhs.uk/postgraduate_doctors/women_in_medicine

⁷⁹ Allerdings wurde im Jahr 2006/07 12% der Belegschaft als „unbekannter Herkunft“ kategorisiert, so dass genauere Aussagen zu den Entwicklungen schwer machbar sind. Möglicherweise sind weniger Beschäftigte bereit

der Lokalbevölkerung war das Ziel „Belegschaft als Spiegelbild der Lokalbevölkerung aufzubauen“ weitgehend erreicht, allerdings nicht, wenn man die Gesamtgruppe BME unterteilt. Dann fällt auf, dass die Gruppe der Pakistani 15% der lokalen Bevölkerung ausmacht, aber nur 5% der Belegschaft von BTH. Eine Erklärung hierfür ist möglicherweise weniger in diskriminierenden Prozessen, als in den kulturellen Werten dieser Bevölkerungsgruppe zu finden, da Frauen mit pakistanischem Hintergrund seltener erwerbstätig sind, als Frauen anderer ethnischen Gruppen (siehe Kapitel 4.4).

BTH erhielt im Jahr 2008 den Preis der nationalen Hebammenhochschule für Exzellenz in der Mitarbeiterbeschaffung und –Bindung für sein Engagement, um Studenten und Studentinnen mit asiatischem Hintergrund für den Hebammenberuf oder andere Karriereziele innerhalb des NHS zu inspirieren (vgl. BTH 2009a, 11). Dies war der Erfolg des Vorbereitungskurses für Schulabgänger oder Studenten/Studentinnen im Sozialwesen, der sich insbesondere an Bewerberinnen und Bewerber mit einem südasiatischen Hintergrund richtete.

Tabelle 9-2 Entwicklung von BTH Belegschaft nach ethnischer Herkunft

	Lokale Bevölkerung in Bradford Census 2001 [#]	BTH Belegschaft 2006/07 [*]	BTH Belegschaft 2009 [§]
Weiß	77%	69%	74%
BME	23%	19%	19%
davon:			
Pakistan	15%	6%	5%
Indien	3%	4%	3%
Asien andere	2%	3%	4%
Schwarz (Afrika / Karibik)	1%	2%	2%
Andere	0%	1%	4%
multiethnisch	2%	3%	1%
Unbekannt	0%	12%	7%
Quellen: [#] BTH 2009b 19, [*] BTH 2007c , [§] BTH 2010d			

Trotz des Erfolges zeigt eine Analyse von BTH-Bewerbungs- und Einstellungsdaten, dass es dort ebenfalls prozentual bessere Chancen für weiße Bewerberinnen und Bewerber gibt, als für Personen mit einem BME-Hintergrund, auch wenn diese Ungleichheit zwischen 2007 und 2009 etwas zurückgegangen ist (siehe Tabelle 9-3 und Tabelle 9-4).

diesbezüglich Angaben zu machen, wie die aktuellen Diskussionen zum Thema Herkunftskategorien in den Volkszählungen vermuten lassen (siehe Kapitel 4.4.1)

Die Gruppe der Pakistani machte 2009 22% aller Bewerbungen für niedrig-Lohn-Stellen aus, aber nur 6% der Einstellungen. Auch hier stellt sich die Frage, ob es sich um krankenhaushinterne Prozess- oder Personaldiskriminierung handelt, oder ob gesellschaftliche oder kulturelle Faktoren zu diesen Ergebnissen beitragen d.h. ganz einfach weniger pakistanische Bewerber oder Bewerberinnen, die für die Stellen geeignet sind.

Bei den gehobenen Gehaltsklassen zeigt sich eine deutlich bessere Chance für weiße Bewerber und Bewerberinnen, eingestellt zu werden. Tabelle 9-4 zeigt, dass im Jahr 2007 (also nachdem BTH bereits mehrere Jahre eine *equality & diversity* Strategie verfolgt) fast fünfzig Prozent der Stellen im gehobenen Dienst an weiße Bewerber oder Bewerberinnen gingen, obwohl nur 12% aller Bewerbungen von weißen Bewerbern oder Bewerberinnen kamen.

Tabelle 9-3 BTH Bewerbungen und Einstellungen Niedriglohngruppen

niedrige Gehaltsgruppen ⁸⁰				
ethnischer Hintergrund	2006/2007*		2009	
	Be- wer- bun- gen	Einstell- ungen	Bewer- bun- gen	Einstell- ungen
Gesamt	3639	97	3101	32
Davon in %				
Weiß	52%	78%	56%	63%
Asiatisch				
- Indisch	8%	5%	7%	9%
- Pakistani	27%	10%	22%	6%
- andere	3%	1%	4%	9%
multiethnisch	1%	3%	2%	3%
Schwarz	4%	2%	6%	6%
Andere	3%	1%	3%	3%

Quelle: *BTH 2007c; BTH 2009b

Im Jahr 2009 waren weniger als 10 Stellen zu besetzen, aber auch hier erhielten weiße Bewerber oder Bewerberinnen 56% der Stellen, obwohl sie nur 24% der gesamten Bewerbungen ausmachen.

In Bezug auf Menschen mit Behinderung gaben in einer Befragung aus dem Jahr 2004 1,6 % der Beschäftigte in BTH an, eine Behinderung zu haben, während schätzungsweise 20% der Bevölkerung im Einzugsgebiet Bradford District eine Behinderung haben (vgl. BTH 2006b, 10)⁸¹. Es konnte nicht festgestellt werden, ob diese „Unterrepräsentation“ von Menschen mit

⁸⁰ BTH definiert Niedriglohnstellen als die Stellen, bei denen man nicht mehr als 15.107 Jahresgehalt (Vollzeit-äquivalent) verdient (BTH 2007c).

⁸¹ Die Daten aus der Befragung wurden nicht in die Personalakten notiert, so dass eine Entwicklung heute gegenüber 2004 nicht möglich ist, aber mit Hilfe der neu eingeführten elektronischen Mitarbeiterakte will BTH diese Datenlücke in den kommenden Jahren schließen. <http://www.bradfordhospitals.nhs.uk/about-us/e/workforce-information/workforce-information-2007/disability> download am 1.9.2010

Behinderung daher stammt, dass sich wenig Menschen mit Behinderungen bewerben oder dass sie ihre Behinderung nicht angeben (ebd.). Im Jahr 2009 gaben 55 Beschäftigte an, eine Behinderung zu haben, 5 mehr als im Vorjahr (vgl. BTH 2020d, 11).

Tabelle 9-4 BTH Bewerbungen und Einstellungen gehobene Gehaltsgruppen

gehobene Gehaltsgruppen				
ethnischer Hintergrund	2006/2007*		2009	
	Bewerbungen	Einstellungen	Bewerbungen	Einstellungen
Gesamt	1882	25	349	<10
davon in %				
Weiß	12%	48%	24%	56%
Asiatisch				
- Indisch	42%	28%	30%	} 44%
- Pakistani	20%	12%	21%	
- andere	7%	0%	7%	
multiethnisch	2%	0%	3%	
Schwarz	7%	4%	10%	
Andere	10%	8%	6%	

Quelle: *BTH 2007c; BTH 2009c

Eine interne Analyse des Personalbeschaffungsprozesses ergab, dass im Jahr 2008 3% der Bewerbenden im Niedriglohnbereich angaben, eine Behinderung zu haben, jedoch keiner der Bewerbenden für höhere Funktionen machte Angaben zu einer möglichen Behinderung. Diese Ergebnisse wurden in BTH so interpretiert, dass in höheren Funktionen Diskriminierung gegen Menschen mit Behinderungen befürchtet wird (vgl. BTH 2009c, 29). Daraufhin wurde entschieden, das Personal im Personalauswahlverfahren erneut zu briefen, damit man a) Menschen mit Behinderungen als potenzielle Beschäftigte besser erreicht und b) Diskriminierung gegen Menschen mit Behinderungen während des Personalauswahlverfahrens ausschließen kann (vgl. BTH 2009c, 39).

Die Geschlechterverteilung in den Krankenhäusern Bradfords lag jahrelang (ähnlich King's) bei ca. 75% (vgl. BTH 2007c), ein Anstieg auf 79% wurde allerdings im Jahr 2009 verzeichnet (vgl. BTH 2010d, 27). Von den 1053 Niedriglohnstellen (2009) waren 74% von Frauen und 26% von Männern besetzt (vgl. BTH 2009d, 28) (im Vergleich: 75% zu 25% im Jahr 2007 - BTH 2007c). Im gehobenen Dienst waren im Jahr 2009 49% der Stellen von Frauen besetzt (41% im Jahr 2007) (vgl. BTH 2010d). Auf der obersten Leitungsebene (Direktoren) sind nur 13% Frauen (ebd.)⁸². Im *Gender Equality Scheme 2007-2010* bezieht sich der Board und Chief

⁸² Es sind keine Zahlen für das Vergleichsjahr 2007 verfügbar.

Executive auf die bereits existierenden flexiblen Arbeitszeiten, das System des Jahresarbeitszeitkonto, Teilzeit- und Job-Sharing-Möglichkeiten als geeignete Maßnahmen, um Eltern und Betreuern Möglichkeiten zu geben, ihre beruflichen und familiären Verpflichtungen zu organisieren (vgl. BTH 2007b, 14). Diese seien, laut einer Studie der *Equal Opportunities Commission*, für die Bedürfnisse von männlichen und weiblichen Beschäftigten geeignet, so dass BTH die Regelungen weiterhin fördern wird (ebd.). Ob und in wie weit sie dazu beitragen, dass z.B. Alleinerziehende beruflich weiterkommen, wird nicht angegeben.

9.3 Ziel: Fairness im Umgang mit Vielfalt

9.3.1 Beförderung, Beschwerden und Disziplinarverfahren in King's

Haben Menschen mit einem Migrationshintergrund die gleichen Chancen auf Entwicklung und Beförderung? In Bezug auf die Personalentwicklung sind in den letzten Jahren einige Bewegungen und Ergebnisse zu verzeichnen. So scheinen die gezielten Maßnahmen zur Entwicklung von Führungskräften aus den Reihen der „*black and minority ethnics*“ (BME) positive Auswirkungen in King's zu zeigen.

Die Verteilung der ethnischen Minderheiten nach Dienstgrad kann herangezogen werden, um festzustellen, ob eine Förderung bisher benachteiligter Gruppen Wirkungen gezeigt hat. Abbildung 9-2 zeigt die Entwicklung der BME-Beschäftigte in King's nach Dienstgrad (hier sind sowohl Neuanstellungen als auch Beförderungen enthalten). Nach wie vor zeigt sich ein sehr hoher Anteil an BME in den unqualifizierten Stellen, mit einem leichten Anstieg bei den Junior und Senior-Posten.

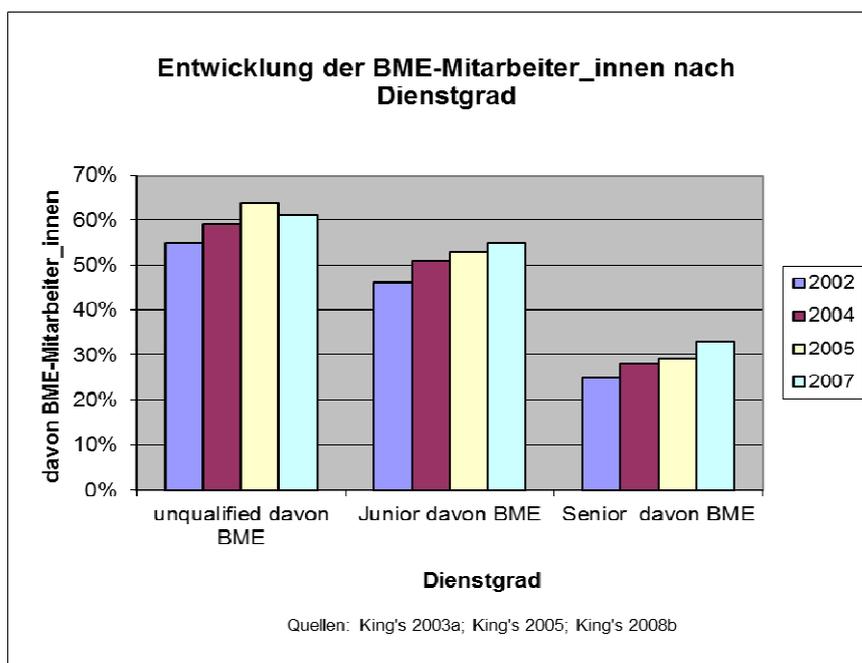
Durch das Belegschaftsmonitoring konnte gezeigt werden, dass in den Jahren 2002 bis 2007 der Prozentsatz der Seniorpositionen, die von BME-Beschäftigten besetzt sind, von 25% auf 33% stieg. Auch für die Jahre 2008 und 2009 werden positive Entwicklungen verzeichnet, eine Änderung der Kategorisierung im Jahr 2008 verhindert einen genauen Vergleich mit den Vorjahren. Festhalten lässt sich aber, dass Beschäftigte aus den BME-Gruppen relativ gut in den mittleren Managementpositionen vertreten sind und liegen inzwischen bei 44% (März 2009), und 10% der obersten Führungspositionen durch Beschäftigten mit einem BME-Hintergrund (vgl. King's 2009a, 45). Diese Entwicklungen werden positiv berichtet (vgl. King's 2007, 38; King's 2009a, 45), auch wenn nur selten auf die immer noch bestehende signifikante Unterrepräsentation dieser Gruppe auf höheren Managementebenen hingewiesen wird.

In Bezug auf Ethnizität zeigen aber die Berichte aus den Jahren 2007 bis 2009, dass seit Jahren anhaltend weiße Beschäftigte eher befördert werden, als Beschäftigte mit einem BME-

Hintergrund (vgl. King's 2007b, 10; King's 2008a, 6; King's 2009a, 45). Eine krankenhauserne Analyse der Mitarbeiterdaten für den *Diversity Report 2004* ergab, dass Krankenpflegerinnen aus Südafrika, die im Rahmen der Anwerbekampagne eingestellt wurden, durchschnittlich drei Monate länger in einer niedrigeren Gehaltsklasse (für neu qualifiziertes Krankenpflegepersonal) bleiben, als ihre britischen Kollegen und Kolleginnen, die bereits nach 16 Monaten in die höhere Gehaltsklasse für erfahrenes Krankenpflegepersonal wechseln dürfen (vgl. King's 2004, 2). Das Thema wurde an die Krankenpflegeleiter und -leiterinnen zur Prüfung weitergeleitet (ebd.).

Weitere Maßnahmen für Mitglieder der BME-Gruppen umfassen ein Förderprogramm, das jungen Beschäftigten ein dreijähriges Hochschulstudium zum *Allied Health Professional* oder Krankenpfleger bzw. -pflegerin ermöglicht. Von den 28 Studierenden im Mai 2006 hatten 18 einen BME-Hintergrund (vgl. King's 2006a).

Abbildung 9-2 King's Entwicklung der BME-Belegschaft



Mit *Diversity* Maßnahmen soll eine Reduzierung der Zahl der arbeitsrechtlichen Auseinandersetzungen und Disziplinarmaßnahmen erreicht werden (vgl. DoH 2001a, viii). Ein leichter Rückgang der Zahl von Disziplinarverfahren konnte King's im Zeitraum 2008/09 verzeichnen, mit 81 Verfahren (vgl. King's 2009a, 46) gegenüber 2007/08, zu 101 Beschäftigten in formellen Disziplinarverfahren, ähnlich 2006/07 (vgl. King's 2008a, 8).

Allerdings sind diese Zahlen wesentlich höher als der Durchschnitt für die Jahre 1998 bis 2004 (vgl. King's 2008a, 8). Der Anstieg gegenüber früheren Jahren wird in Verbindung mit der Einführung der King's Verhaltensstandards, strengeren Maßnahmen bei der Bekämpfung von

Betrug und erweiterten Leistungskontrollen gebracht (vgl. King's 2008a, 8). Hauptproblemfelder der 2007/08 waren im Bereich der Arbeitszeit und unerlaubter Abwesenheit (25% der Fälle), Unachtsamkeit (23%) und Betrug (14%). 15 Personen wurden wegen Fehlverhalten gekündigt. Unter denen, die eine Disziplinarmaßnahme erhielten, war eine überproportional hohe Zahl an BME-Beschäftigten.

Im Zeitraum 2007/8 waren BME-Beschäftigte in 66% der Disziplinarverfahren involviert (im Zeitraum 2008/09 waren es 60%), während sie nur 46% der Gesamtbelegschaft bilden (vgl. King's 2008a, 8). Von diesem Phänomen wurde bereits 2003/04 berichtet (vgl. King's 2004, 3). Auch eine überproportional hohe Zahl an formellen Fehlzeitenbesprechungen wurde mit den Beschäftigten durchgeführt, die einen schwarz-karibischen Hintergrund hatten (ebd.). Diese Zahlen haben King's dazu veranlasst, durch eine Reihe von Maßnahmen zu versuchen, eventuelle Missverständnisse und unfaires Verhalten zu minimieren u.a. durch Pflichttraining bzgl. Disziplinarverfahren für alle Führungskräfte (vgl. King's 2008a, 8). King's hat zudem ACAS beauftragt, qualitative Daten zu erheben, um die Hintergründe dieses Phänomens zu erforschen und eine externe Organisation ist beauftragt, das Verfahren an sich zu überprüfen (vgl. King's 2008a, 9).

Ob die hohen Zahlen tatsächlich in Zusammenhang mit Diskriminierung gegen BME-Beschäftigte zu verstehen sind, ist nicht nachgewiesen. King's eigene Datenanalysen haben ergeben, dass auch Faktoren wie Dienstgrad, Berufsgruppenzugehörigkeit, Alter und Dienstjahre eine entscheidende Rolle dabei spielen, ob ein Mitglied der Belegschaft in ein Disziplinarverfahren involviert wird (ebd.). In 67% der Fälle ist neues Personal bzw. sind Nachwuchskräfte involviert, obwohl diese Gruppen nur 37% der Belegschaft darstellen. Aber 63% dieser Gehaltsgruppen haben einen BME-Hintergrund (vgl. King's 2008a, 9). Jüngere Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sowie neues Personal (unter 1 Jahr Betriebszugehörigkeit) sind überrepräsentiert.

In Bezug auf Menschen mit Behinderungen ist der Zugang zu Weiterbildungs- und Personalentwicklungsmaßnahmen verbessert worden: laut der Mitarbeiterbefragung 2007 nahmen ca. 86% des Personals mit Behinderungen im Jahr 2007 an Weiterbildungsmaßnahmen teil, gegenüber ca. 79% der Beschäftigten ohne Behinderungen (vgl. King's 2008a).

King's veröffentlichte geschlechterbezogene Daten in Bezug auf Auszeichnungen im Jahr 2006 für medizinische Spitzenleistungen. Im Jahr 2006 waren 68% der Beschäftigten mit Facharztstatus männlich und 32% weiblich. 70% der Bewerbungen für Auszeichnungen kamen von den Fachärzten und 30% von den Fachärztinnen, während 80% der Auszeichnungen an Fachärzte gingen und 20% an Fachärztinnen (vgl. King's 2006a, 13-17). Interessanterweise waren

auch 72% der Fachärzte und Fachärztinnen weiß aber 79% der Auszeichnungen 2006 gingen an weiße Fachärzte/-ärztinnen (vgl. King's, 2006a). Drei Jahre später waren noch 69% der Fachärzteschaft weiß, während sie 71% der Auszeichnungen erhielten (vgl. King's 2009d, 14). Betrachtet man den Anteil an Frauen in leitenden Positionen nach Berufsgruppe, so ist ein 80% Anteil an Frauen in den Leitungspositionen für die nicht-registrierten Berufsgruppen und nur ein 28% Anteil in den höheren Positionen zu verzeichnen (vgl. King's 2009a, 45). In Hinblick auf Disziplinarverfahren spiegelt die Geschlechterverteilung mit 75% der Disziplinarverfahren gegen Mitarbeiterinnen und 25% gegen Mitarbeiter die Aufteilung der Belegschaft wieder, so dass Geschlecht hier wahrscheinlich keine diskriminierende Rolle spielt (vgl. King's 2008a, 9).

9.3.2 Beförderung, Beschwerden und Disziplinarverfahren in BTH

BTH hat den Zugang zu Schulungsangeboten für Beschäftigte mit einem Migrationshintergrund verbessern können. Im Berichtszeitraum 2006/2007 führten Bradford Hospitals 14.649 Schulungsaktivitäten aus, davon wurden 73% von Personal aus der Gruppe *white* besucht, während diese Gruppe nur 69% der Gesamtbelegschaft ausmachte (vgl. BTH 2007c). Im Jahr 2009 wurden insgesamt 24.399 Schulungsaktivitäten durchgeführt, dabei waren 71% der Teilnehmer und Teilnehmerinnen *white*, während die Gruppe *white* 74% der Gesamtbelegschaft ausmacht, so dass die Gruppe der *whites* in Bezug auf Schulungsmaßnahmen inzwischen eher unterrepräsentiert ist (vgl. BTH 2010d).

Daten zu Disziplinarverfahren nach Ethnizität werden seit 2007 veröffentlicht. Im Berichtszeitraum August 2006 bis Juli 2007 gab es 45 Disziplinarverfahren, wo von 12 Verfahren (26%) gegen Beschäftigte mit BME-Hintergründen eingeleitet wurden: 16% asiatisch, 7 % Schwarze, 2% multiethnisch (vgl. BTH 2007c). Zur Erinnerung: 2% der Belegschaft von BTH hatten im selben Berichtszeitraum einen schwarz-afrikanischen oder schwarz-karibischen Hintergrund, 69% waren aus der Gruppe *white*. Im Kalenderjahr 2009 ist die Zahl der Disziplinarverfahren drastisch zurückgegangen, mit weniger als 10 Verfahren, davon die Hälfte mit Beschäftigten aus der Gruppe *White*, 2 Personen mit asiatischem Hintergrund, 1 Person aus der Gruppe *Black/Black British*, 1 Person aus der Gruppe *andere* und 1 Person ohne näheren Angaben (vgl. BTH 2009b). Im Gegensatz zu King's bietet BTH keine Erklärung oder Stellungnahme in Bezug auf die Auswertungen der Statistiken, sondern veröffentlicht sie lediglich in tabellarischer und grafischer Form.

Bezüglich Menschen mit einer Behinderung berichtet BTH nur wenig. In Bezug auf den Zugang zu Weiterbildungsmaßnahmen gaben nur 1% der Teilnehmenden der mehr als 24.000 Trainingseinheiten im Jahr 2009 an, eine Behinderung zu haben (vgl. BTH 2010d).

BTH liefert seit 2007 Daten zu den Frauen- und Männeranteilen in Trainingsmaßnahmen, wonach etwas mehr als 80% der Trainings von Frauen besucht werden: 2007: 82% (vgl. BTH 2007c) und 2009: 84% (vgl. BTH 2010d). Die Daten werden allerdings in den Berichten nicht kommentiert, so dass es nicht erkenntlich ist, welche Schlussfolgerungen gezogen oder Maßnahmen eingeleitet werden. Auch lassen sich diesbezüglich keine spezifischen Maßnahmen in den Diversity-Berichten erkennen. Die Verteilung der Disziplinarverfahren nach Geschlecht gibt in BTH ein anderes Bild im Vergleich zu King's mit 82% der Disziplinarverfahren gegen Frauen, gegenüber einem Frauenanteil von 73% der Gesamtbelegschaft im Jahr 2007 (vgl. BTH 2008a; BTH 2007c).

9.3.3 Der Umgang mit Alter, Religion und sexuelle Orientierung in King's

Drei weitere Diversity-Dimensionen von Vielfalt werden in der King's Berichterstattung erwähnt, allerdings mit deutlich weniger Beachtung: Religion, sexuelle Orientierung und Alter. Das Thema Altersdiskriminierung wurde im Jahr 2004 in King's aufgegriffen. Mit einem internen Audit konnte gezeigt werden, dass zwar die Organisationsrichtlinien und Verfahren keine altersbedingten Barrieren zu Dienstleistungen darstellen, aber dass doch unterschiedliche Einstellungen in der Belegschaft zum Thema Alter existieren. Als Folge wurde eine Kampagne gegen Altersdiskriminierung gestartet, mit Plakaten in allen entscheidenden Bereichen des Krankenhauses (vgl. King's 2005a). Im *Diversity Annual Report 2005/06* wurde ein Kapitel dem Thema Alter gewidmet, allerdings wurde lediglich der Umgang mit älteren Patienten/Patientinnen behandelt, ohne Altersdiskriminierung in der Belegschaft zu erwähnen (vgl. King's 2006a). Erwähnt wird Altersdiskriminierung noch im *Single Equality Scheme 2009-2012*, allerdings nur in Bezug auf die Anforderungen des neuen Gesetzes zum Thema Chancengleichheit und Alter (vgl. King's 2009a).

Im Bezug auf sexuelle Orientierung wurde die Interessensgruppe für homosexuelle, bisexuelle und transgender Beschäftigte in die Entwicklung von neuen Richtlinien und Verfahren im Krankenhaus einbezogen, und hat zu der Ausgestaltung des *Single Equality Scheme 2009-2012* aktiv beigetragen (vgl. King's 2009a).

Besondere Ergebnisse im Bereich Religion sind nicht berichtet worden.

9.3.4 Der Umgang mit Alter, Religion und sexueller Orientierung in BTH

BTH führte erstmalig eine Befragung im Jahr 2008 durch, um Daten bzgl. Religionszugehörigkeit zu erhalten (vgl. BTH 2009b, 45). Die Auswertungen ergaben, dass die Belegschaft zu ca. 42% aus Christen besteht. Die nächstgrößten Glaubensrichtungen, die vertreten sind und auch Angaben machten, waren Atheisten mit 6%, gefolgt von Muslimen mit 5% und Hindi mit 1%. Glaubensrichtungen wie Sikhismus, Judentum, Buddhismus und Jainismus sind in weniger als 1% der Belegschaft vertreten. Neben dem Christentum sind aber die zweit- und drittgrößten Gruppen die, die ihre Glaubensrichtung als „undefiniert“ angeben, mit 27%, bzw. diejenigen, die keine Angaben zu machen wünschten mit 15%. 16% der Beschäftigten in den niedrigen Lohngruppen und 14% in den höheren Lohngruppen wollten keine Angaben zu ihrer Glaubensrichtung machen. Von den 20.207 Bewerbungen im Jahr 2008 gaben 47% Christentum und 27% Islam als Religionszugehörigkeit an, bei den Neueinstellungen waren 61% Christen und 13% Muslime, also eine überproportionale Anzahl von Christen und eine Unterrepräsentation von Muslimen.

In Bezug auf sexuelle Orientierung hat BTH auch im Jahr 2008 eine Befragung durchgeführt. Diese ergab, dass 1% der Belegschaft angibt, homosexuell zu sein, und jeweils weniger als 1% gibt an, lesbisch oder bi-sexuell zu sein (vgl. BTH 2009b, 55). 45% der Befragten wollten keine Angaben machen bzw. gaben die Antwort “keine Angabe” an.

9.4 Ziel: Sensibilisierung der Belegschaft für Diversity & Equality

9.4.1 Sensibilisierung in King's

Trainings- und Sensibilisierungsmaßnahmen werden gerne als Instrument eingesetzt, um *Equality & Diversity*-Strategien in NHS-Organisationen umzusetzen und zwar nicht nur in den Krankenhäusern (vgl. Johns 2006, 167; EOR 2009; Hunt 2007). Auch King's führt verschiedene Maßnahmen durch, um für mehr Toleranz gegenüber Unterschiedlichkeiten zu werben (die grundsätzliche Wirksamkeit solcher Maßnahmen wird später in Kapitel 10 diskutiert).

Zwischen Juni 2005 und Januar 2006 nahmen 1000 Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen an Diversity Awareness Training teil, 80% sagten, sie würden das Training weiterempfehlen (vgl. King's 2006a, 6). Inzwischen haben mehr als 3.200 Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen seit 2006 an den Diversity Trainings, die in Form von Workshops mit Schauspiel und Drama angeboten werden, teilgenommen (vgl. King's 2009b, 19). Diese Form der Sensibilisierung ist mittlerweile Pflicht für Personal im Bereich Personalbeschaffung (vgl. King's 2009b, 19).

Die Überprüfung von Prozessen und Richtlinien auf Diversity-Sensitivität hat King's 2007/08 mit Hilfe eines *Equality Impact Assessment* (EqIA) folgende Prozesse untersucht: Krankheitsbedingte Fehltag, Mitarbeiterbindung bei Menschen mit Behinderungen, Mobbing, Disziplinarverfahren, Mitarbeiterpartizipation (vgl. King's 2008a, 11). Ansonsten evaluiert King's seine Diversity-Maßnahmen größtenteils durch die Analyse von Daten über Aufbau und demographische Beschaffenheit der Belegschaft. King's, wie alle NHS-Arbeitgeber, ist gesetzlich verpflichtet, im Rahmen der Gleichstellungspflicht Daten über die Belegschaft zu sammeln und zu veröffentlichen.

Diese Monitoringdaten stellen ein Hauptteil von King's Evaluierungsbasis dar. In manchen Fällen werden mehr Daten erhoben als gesetzlich zwingend vorgeschrieben, wie von NHS-Employers empfohlen (vgl. NHS-Employers 2009a). Beispielsweise wurden im Berichtsjahr 2002/2003, neben den erforderlichen Daten zu Ethnizität und Geschlecht, auch Daten zur Altersverteilung in den Hauptberufsgruppen erfasst (vgl. King's 2003a). Das *Monitoring* ist seitdem weiterentwickelt worden, um die neuen Pflichtdaten im Bereich Behinderung zu erfassen (vgl. King's 2007) und inzwischen auch Daten zur sexuellen Orientierung sowie Religion/Glaube (vgl. King's 2009a). Dies wird durch die Auswertung von Daten aus den elektronischen Mitarbeiterakten ermöglicht (vgl. King's 2009a).

9.4.2 Sensibilisierung in BTH

In Bezug auf Sensibilisierung in den Prozessen hatte BTH März 2008 alle vorgeschriebenen Vorprüfungen der Folgenabschätzungen (*Initial Equality Impact Assessments*) für die 179 identifizierten Funktionen und 201 Richtlinien abgeschlossen. Bis Ende 2009 wurden dann auch 38 umfassende Folgenabschätzungen durchgeführt (vgl. BTH 2009d, 14) und die Ergebnisse auf ihre Webseite zur Verfügung gestellt. So wurden beispielsweise die Funktionen und Richtlinien/Verfahrensanweisungen der Akut Chirurgie dahingehend geprüft, ob und in wieweit sie eine besondere Berücksichtigung aus Sicht der verschiedenen Stränge (Alter, Geschlecht, Behinderung, sexuelle Orientierung, Ethnizität und Religion) benötigen - und zwar entweder auf Patienten/Patientinnen oder auf Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen bezogen oder beide Gruppen. Die Prüfung der Richtlinie „Einwilligungserklärung“ ergab, dass sie bestimmte Besonderheiten aller 6 Stränge eventuell berücksichtigen soll, und erhielt somit Top-Priorität für die zeitnahe Überarbeitung aus Diversity-Sicht.

Die IEIA haben im Durchschnitt den Umfang von 2 DIN A4 Seiten. Die Funktion der Personalbeschaffung wurde Gegenstand einer umfassenden EIA mit einem Umfang von 46 DIN A4 Seiten. Es wurden 28 detaillierte Fragen/Probleme und die daraus resultierenden potenziellen

Folgen oder Implikationen mit Maßnahmen dokumentiert, deren Aussagekraft oder Nutzung allerdings nicht immer offensichtlich ist. So erhält vor allem der Aspekt „Belegschaft als Spiegelbild der lokalen Gesellschaft“ anscheinend sehr hohe Priorität und führt zu Maßnahmen im Aktionsplan, die allerdings fragwürdig erscheinen: es wird festgestellt, dass 2% der Belegschaft zwischen 16-19 Jahren sind, im Vergleich zu 7% der lokalen Bevölkerung⁸³. Schlussfolgerung der Berichtsteller: es werden nicht genug Schulabgänger eingestellt, so dass als Maßnahme die Suche nach Barrieren für diese Altersgruppe im Plan festgelegt wird. Ein bedarfsgerichteter Personalbeschaffungsplan wurde demnach in den Hintergrund gerückt, um die *Equality & Diversity Targets* zu erfüllen.

Hier stellt sich die Frage, ob Krankenhausorganisationen vom Staat instrumentalisiert werden, um soziale Ungleichheit zu bekämpfen, und das auf Kosten der Optimierung der Patientenversorgung?

In Bezug auf Diversity-Training gibt es inzwischen allgemeine *Equality & Diversity Trainings*, verfügbar für alle Beschäftigten sowie abteilungsspezifische Schulungen (vgl. Khan, 2005). Ferner sind Elemente aus *Equality & Diversity Trainings* in den Aus- und Weiterbildungsprogrammen der Gesundheitsberufe integriert (Krankenpflege, Medizin, Physiotherapie, Ernährungswissenschaft usw.) (ebd.). Auch der BTH-Board erhielt *Equality & Diversity Training* und besuchte sog. Schlüsselgruppen der Lokalbevölkerung, wie die ehrenamtliche, gemeinnützige Gruppe *Action for Black Community Development* (vgl. BTH 2007a, 42)

9.4.3 Sensibilisierung der 2 Beispiele im Vergleich zu anderen Akutkrankenhäusern

Im Vergleich zu allen anderen Akutkrankenhäusern haben King's und BTH in ihrer Vorbildfunktion nicht unbedingt mehr Beschäftigte mit ihren Sensibilisierungs- und Trainingsmaßnahmen erreicht, als andere NHS Krankenhausorganisationen. Tabelle 9-5 zeigt, wie viel Prozent der befragten Beschäftigten *Equality & Diversity Training* zwischen 2004 und 2007 erhalten haben.

Es fällt auf, dass obwohl im Jahr 2004 beide Krankenhausorganisationen über dem Durchschnitt aller anderen Akutkrankenhäuserorganisationen lagen, dies in BTH in den folgenden Jahren nachließ - in vielen Bereichen deutlich unter dem Durchschnitt. King's bleibt dagegen auf einem durchgängig höheren Niveau, als der Durchschnitt in allen Trainingsbereichen: Chancengleichheit, Interkulturalität (*Race*), Gender, Behinderung, Religion, Alter und sexuelle Orientierung. Auch der Anteil derjenigen, die nie ein Training in diesem Themenbereich erhalten

⁸³ Bradford District hat einen überdurchschnittlich großen Anteil an jüngeren Einwohner_innen

haben, liegt im Durchschnitt bei 45% für alle Akutkrankenhausesorganisationen, bei 47% für BTH (HCC-BTH 2008a) und 38% für King's (vgl. HCC-King's 2008a).

Tabelle 9-5 Prozent der Belegschaft in den letzten 12 Monaten geschult

Trainingsthema:	Chancengleichheit				Interkulturalität (Race)				Geschlechter				Behinderung			
	2004	2005	2006	2007	2004	2005	2006	2007	2004	2005	2006	2007	2004	2005	2006	2007
Alle Acute-Trusts	25%	14%	16%	12%	20%	13%	15%	12%	14%	10%	13%	11%	14%	10%	13%	11%
King's	27%	19%	26%	16%	21%	20%	27%	16%	15%	15%	24%	13%	15%	15%	24%	13%
BTH	43%	13%	14%	13%	46%	13%	13%	13%	23%	9%	8%	8%	23%	9%	8%	8%
Trainingsthema:	Religion				Mobbing				Alter				Sexuelle Orientierung			
	2004	2005	2006	2007	2004	2005	2006	2007	2004	2005	2006	2007	2004	2005	2006	2007
Alle Acute-Trusts	14%	10%	12%	11%	28%	16%	16%	-	-	-	-	13%	-	-	-	10%
King's	15%	14%	19%	14%	31%	23%	24%	-	-	-	-	16%	-	-	-	13%
BTH	42%	18%	12%	12%	49%	12%	16%	-	-	-	-	12%	-	-	-	9%

Quellen: HCC 2005a; HCC 2006; HCC 2007a; HCC-BTH 2008a; HCC-King's 2008a

9.5 Ziel: Inklusion, Gegenseitiger Respekt und Wertschätzung fördern

9.5.1 Mitarbeiterzufriedenheit in King's

Ein häufig genanntes Argument für Diversity-Management ist die Möglichkeit einer Kostensenkung durch niedrige Personalfuktuation und Krankheitstage zu erreichen (siehe Kapitel 2.3), so dass man sich als Arbeitgeber, neben der moralischen Verpflichtung, für das Wohlbefinden der Beschäftigten zu sorgen, auch ökonomische Vorteile zu erzielen erhofft. Auch diverse Leitlinien und Mitteilungen des britischen Gesundheitsministeriums und des NHS-Arbeitgeberverband weisen auf diese Vorteile hin (siehe Kapitel 7). King's hat keine Zahlen zu Krankheits- und Abwesenheitstagen im Rahmen seiner *Diversity* bzw. *Equality & Diversity* Berichterstattung bekannt gegeben. Daten über ausscheidende Arbeitnehmer/Arbeitnehmerinnen wurden in King's aber analysiert, um Aussagen zu möglichen Trends machen zu können - allerdings ohne die Ergebnisse in Kosten/Kostenersparnissen auszudrücken. Im Protokoll einer Vorstandssitzung aus dem Jahr 2010 wird jedoch von "*significant savings achieved by other groups through reduced agency spending and improvements in recruitment and retention*" berichtet (vgl. King's 2010c).

Bezüglich Kündigungen zeigen Jüngere und weiße Beschäftigte eine höhere Neigung zu kündigen als ältere Beschäftigte oder Mitglieder der BME-Gruppe (vgl. King's 2008a, 10). Das flexible Arbeitszeitkonzept *Kingsflex* wird mit zunehmendem Alter in Anspruch genommen (vgl. King's 2009a, 45), was möglicherweise zur Verbesserung der Personalbindung von älteren Beschäftigten beiträgt.

In den Mitarbeiterbefragungen 2008 und 2009 schneidet King's überdurchschnittlich gut bei einem Teil der Fragen ab: King's gehört zu den oberen 20% der Akutkrankenhausesorganisationen, wenn es um die Frage geht „Zufriedenheit mit der eigenen Arbeitsqualität“, und stimmen zu, dass „die eigene Arbeit eine entscheidende Rolle für die Patientenversorgung spielt“. King's erzielte ein durchschnittliches Ergebnis bei der Frage ob man sich von Kollegen und Kolleginnen wertgeschätzt fühlt. (CQC-King's 2010a). Ebenso empfinden die Beschäftigten, dass sie gute Möglichkeiten erhalten, das eigene Potenzial zu entwickeln (seit 2 Jahren Bestnoten). King's zählt allerdings zu den schlechtesten 20% bei der Frage, in wie weit man Unterstützung durch den direkten Vorgesetzten erfährt (ebd.).

King's hat seit 2006 ein Beschwerdeverfahren für seine Beschäftigten, die sich offiziell über Verhalten, Diskriminierung oder unfaire Behandlung beschweren wollen. Im Berichtszeitraum 2006/07 wurden 22 Beschwerden eingereicht und 32 ein Jahr später, wobei 13 der 32 Beschwerden im Jahr 2008 um Mobbing, Diskriminierung oder unfaire Behandlung vom Linienmanagement gingen (vgl. King's 2008a, 9). 59% der Beschwerden waren von BME-Beschäftigten (gegenüber 55% im Berichtszeitraum 2006/07). Bei einer Belegschaft von ca. 6.500 Personen sind 32 Fälle im Jahr weniger als 0,5 %, die das Beschwerdeverfahren benutzen.

Hinblickend auf Mobbing und Belästigung, zählen King's Ergebnisse aus den Mitarbeiterbefragungen seit Jahren zu den **schlechtesten aller NHS-Akutkrankenhäuser**, vor allem, wenn es um Fragen zu den wahrgenommenen Fällen von Mobbing und Belästigung durch Kollegen oder Kolleginnen und durch Vorgesetzte geht (siehe Tab. 9-6).

Im Jahr 2009 gaben 22% der Belegschaft an, in den vergangenen 12 Monaten von anderen Krankenhausbeschäftigten gemobbt oder belästigt worden zu sein, 3% haben sogar physische Gewalt von Kollegen oder Kolleginnen erlebt, während die nationalen Durchschnittswerte für Akutkrankenhäuser bei 18% bzw. 1 % liegen (vgl. CQC-King's 2010a).

Lediglich bei der Frage, ob effektive Maßnahmen ergriffen werden, wenn von Mobbing berichtet wird, konnte King's seit 2005 überdurchschnittliche Ergebnisse erzielen (vgl. HCC 2005b; HCC-King's 2005; HCC-King's 2007; HCC-King's 2009a). 2009 zählte der Wert für King's wieder zu den besten 20% (vgl. CQC-King's 2010a; King's 2009a, 46).

Tabelle 9-6 Häufigkeit von Mobbing, Belästigung und Diskriminierung in King's

% der Belegschaft, das Mobbing durch Kollegen/Kolleginnen oder Vorgesetzte in letzten 12 Monaten erfahren hat						
	2004	2005	2006	2007	2008	2009
King's College Hospital NHS Trust	20% ^{a)}	20% ^{a)}	19% ^{b)}	26% ^{b)}	28% ^{b)}	22% ^{b)}
Nationaler Durchschnitt Acute-Trusts	13% ^{c)}	16% ^{c)}	18% ^{b)}	18% ^{b)}	18% ^{b)}	17% ^{b)}
Quellen: ^{a)} HCC-King's 2007; ^{b)} CQC-King's 2010a; ^{c)} HCC 2007b;						

Im Jahr 2008 ergaben nähere Analysen, dass die Wahrscheinlichkeit von Kollegen/Kolleginnen gemobbt zu werden, bei BME-Beschäftigten größer ist, als bei weißem Personal (vgl. King's 2009a, 45). Auch die Merkmale „weibliches Geschlecht“ sowie „Behinderung“ führen zu einer höheren Wahrscheinlichkeit, Opfer von Mobbing zu werden (ebd.). Ferner scheint Alter eine Rolle zu spielen, mit 31% der Befragten zwischen 41 und 50 gegenüber 21 % der 16 bis 30 Jährigen, die sich als Opfer von Mobbing einstufen (vgl. King's 2008a, 8).

Im Jahresbericht 2008 äußert sich die Geschäftsleitung von King's als enttäuscht von den anhaltend schlechten Ergebnissen bezüglich Mobbing. Als Erklärungsversuch wird im Bericht darauf aufmerksam gemacht, dass die steigende Sensibilisierung für Mobbingfälle möglicherweise dazu führt, dass Beschäftigte schlechtes Benehmen als Mobbing oder Belästigung kategorisieren (vgl. King's 2008a, 8). Die Geschäftsleitung macht ebenfalls darauf aufmerksam, dass – wie oben erwähnt – die Belegschaft die ergriffenen Maßnahmen gegen Mobbing als effektiver empfinden als früher (ebd.). Ferner sanken die Krankheits- und Abwesenheitsraten im Berichtszeitraum 2008/09 um 1.01% gegenüber dem Vorjahreszeitraum (vgl. King's 2009b, 22).

Im Protokoll des *Equality & Diversity Committee Meeting* 2009, an dem auch Board-Mitglieder teilnahmen, wurde bemerkt, dass trotz Maßnahmen zur Bekämpfung von Mobbing, die Zahl der berichteten Fälle in den Mitarbeiterbefragungen noch ansteigt (vgl. King's 2010b, 204). Im Protokoll wird darauf hingewiesen, wie wichtig es ist, dass Führungskräfte gute Mediationsfähigkeiten haben, da die meisten Mobbingfälle von den Kollegen oder Kolleginnen stammen und nicht von den Vorgesetzten. Es wurde vorgeschlagen *Diversity Awareness Training* mit Hilfe einer Scorecard weiter zu fördern, da King's eine gesetzliche Verpflichtung hat, *equality & diversity* zu fördern (vgl. King's 2010b, 204). Hier fällt auf, dass der Board sich nicht mehr freiwillig dazu verpflichtet, sondern sich auf seine rechtlichen Pflichten bezieht.

Des Weiteren betont der Board, dass King's bemüht ist, - neben den *Equality & Diversity* Maßnahmen gegen Mobbing - das Klima für eine gute Zusammenarbeit zu fördern. Vor allem

mit Hilfe eines neuen Projektes „*King's Values*“ sollen gemeinsame Werte entwickelt und geteilt werden, um Zusammenhalt und Kooperation zu fördern (vgl. King's 2009c, 36).

Ob diese Äußerungen des Boards bedeuten, dass die *equality & diversity strategy* versagt hat und nur noch aus der gesetzlichen Verpflichtung heraus betrieben wird, während neue Maßnahmen den Schwerpunkt auf gemeinsame Wertvorstellungen setzen, wird die Zukunft zeigen.

9.5.2 Das Wohlbefinden des Personals in BTH

BTH hat weder Zahlen zur Personalfluktuation, noch zu Krankheitstagen, im Rahmen ihrer veröffentlichten *Diversity* bzw. *Equality & Diversity* Berichterstattung bekannt gegeben und auch – im Gegensatz zu King's – keine Aussagen zu möglichen Trends in Bezug auf die Gründe für Kündigungen gemacht.

Die Zahl der offiziellen Mitarbeiterbeschwerden in BTH wird seit 2007 veröffentlicht. Im Berichtszeitraum 2006/2007 gab es 5 Beschwerden, alle von Beschäftigten der Gruppe *White*, keine gab an, eine Behinderung zu haben, drei der Betroffene waren Männer, zwei waren Frauen (vgl. BTH 2007c). Im Jahr 2009 gab es 4 Beschwerden, zwei von der Gruppe *White*, 1 von der Gruppe *Black* und 1 mit einem asiatischen Hintergrund. Es gab keine Daten zur Religion oder sexuellen Orientierung der Betroffenen. Zwei der Personen, die eine offizielle Beschwerde einlegten, waren über 50 Jahre alt, eine Person war zwischen 40 und 49 und eine war jünger (vgl. BTH 2010d). Da die Gründe für die Beschwerden nicht angegeben werden, ist die Aussagekraft dieser veröffentlichten Statistiken sehr eingeschränkt.

Laut Mitarbeiterbefragungen schneidet BTH in manchen Bereichen erheblich besser ab als King's. Wie King's gehört BTH zu den oberen 20% der Akutkrankenhausorganisationen, wenn es um die Fragen „Zufriedenheit mit der eigenen Arbeitsqualität“, und „Zustimmen, dass die eigene Arbeit eine entscheidende Rolle für die Patientenversorgung spielt“. Bei der Frage, ob man sich von Kollegen und Kolleginnen wertgeschätzt fühlt, schneidet BTH besser ab, als King's. Hier gehört BTH seit zwei Jahren zu den Besten unter den NHS-Akutkrankenhausorganisationen (vgl. CQC-BTH 2010a).

Dagegen sind die Ergebnisse im Bereich Mobbing schwach (siehe Tabelle 9-7). Zwei Jahre hintereinander schnitt BTH unterdurchschnittlich bei der Frage physische Gewalt unter Beschäftigten ab. Ebenso bei Mobbing und Belästigung in der Belegschaft. Die Wahrnehmung der Befragten darüber, ob der Arbeitgeber effektiv gegen Gewalt und Belästigung vorgeht ist im Jahr 2009 schlechter als im Vorjahr. (vgl. CQC-BTH 2010a).

Tabelle 9-7 Häufigkeit von Mobbing, Belästigung und Diskriminierung in BTH

% der Belegschaft, das Mobbing durch Kollegen/-innen / Vorgesetzte in den letzten 12 Monaten erfahren hat						
	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Bradford BTH	20% ^{a)}	14% ^{a)}	14% ^{b)}	21% ^{b)}	20% ^{b)}	19% ^{b)}
Nationaler Durchschnitt Acute-Trusts	13% ^{c)}	16% ^{c)}	18% ^{b)}	18% ^{b)}	18% ^{b)}	17% ^{b)}
Quellen:: ^{a)} HCC-BTH 2007; ^{b)} CQC-BTH 2010a; ^{c)} HCC 2007b;						

9.6 Fazit zur Zielerreichung

Sowohl King's als auch BTH haben sich für den *Positively Diverse* Ansatz entschieden, haben eine langfristig angelegte Strategie entwickelt und sie über Jahre hinweg umgesetzt. Beide sind mit ihren Vorgehensweisen Best-Practice-Krankenhäuser geworden.

Die zwei Organisationen haben - neben der Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen - soziale Verantwortung gezeigt, in dem sie benachteiligte Gruppen mit gezielten Personalbeschaffungsmaßnahmen erreicht und ihnen den Zugang zu Arbeit im Krankenhaus ermöglicht haben - vor allem in Bezug auf Ethnizität und Menschen mit Behinderung. Interessant hierbei ist, dass weder King's noch BTH sich offen zu der Verwendung von positiven Maßnahmen geäußert haben – zumindest sucht man bis 2009 vergeblich in den Veröffentlichungen nach dem Begriff „*positive action*“. Möglicherweise teilt King's Führung die Angst vieler Arbeitgeber in Großbritannien, dass positive Maßnahmen leicht mit positiver Diskriminierung verwechselt werden⁸⁴.

Aber auch wenn die zwei Organisationen soziale Verantwortung gezeigt haben, geben die Personalbeschaffungsstatistiken von King's, als auch die von BTH Grund zur Annahme, dass die Prozesse möglicherweise noch diskriminierend gegenüber BMEs sind. Bewerbende haben nach wie vor bessere Chancen zum Vorstellungsgespräch eingeladen zu werden, wenn sie weiß sind

⁸⁴ In einer Befragung der Personalleiter in 461 NHS-Trusts im Jahr 1998-1999 stellte Johns fest, dass sich die Mehrheit (73%) zwar für positive Maßnahmen aussprachen, um die Vielfalt der Belegschaft zu erhöhen (vgl. auch die Ergebnisse des PAMECUS 266 Antworten, entspricht eine Rücklaufquote von 58% (Johns 2006, 8-36; PAMECUS Project - Positive Action Measures in the European Union, Canada, United States & South Africa der Universität Bradford unter www.brad.ac.uk/pamecus. Allerdings fällt die Zahl der tatsächlich umgesetzten Maßnahmen entscheidend schwächer aus. Nur 13% gaben an, tatsächlich gezieltes Job-Training durchzuführen, 39% hatten gezielte Maßnahmen in der Personalbeschaffung und 38% hatten gezielte Werbekampagnen initiiert (Johns 2006, 242-246). Die Mehrheit schien der Meinung zu sein, dass *positive action* ein sinnvoller Weg sei, um die Vielfalt zu erhöhen, dies steht allerdings im Widerspruch zum Prinzip der Gleichbehandlung (ebd.). Grundsätzlich schien es eine unklare Vorstellung von positiven Maßnahmen in Abgrenzung zu positiver Diskriminierung unter den teilnehmenden Personalleiterinnen und -leitern zu geben.

als Personen mit einem BME-Hintergrund. Ist das ein Hinweis auf unfaire Einstellungsverfahren oder auf unzureichende Qualifizierung ethnischer Minderheiten? Handelt es sich hierbei um ein krankenhausspezifisches Problem, oder haben bestimmte Bevölkerungsgruppen mit einem Migrationshintergrund einen schlechteren Zugang zu Bildung? Wenn letzteres der Fall ist, dann versuchen King's und BTH ein gesellschaftliches Problem auf Krankensebene zu beheben. Hier sind weitere Untersuchungen notwendig, um die genauen Ursachen zu identifizieren, bevor weitere Maßnahmen eingesetzt werden können.

Während King's seine Daten zum Stand einiger Equality & Diversity Ziele der Öffentlichkeit in einer leicht verständlichen Form der Jahres- und Monitoring-Berichte liefert, sind ähnliche Informationen in den BTH-Berichten nur spärlich vorhanden, wenn überhaupt. Vor allem mangelt es an Schlussfolgerungen für BTH in Bezug auf gewonnene Zahlen/Ergebnisse und Entwicklungen zur Belegschaftszusammensetzung. Die gesetzlich geforderten Folgenabschätzungen (*equality impact assessments*) werden von BTH zwar durchgeführt und die Ergebnisse veröffentlicht, diese geben aber nur Teilinformationen. Die Tatsache, dass für King's auch zusätzliche Informationen analysiert und kommentiert werden – wie z.B. die Geschlechterverteilung bzgl. Auszeichnungen an Fachärzte und –ärztinnen – kann als Hinweis verstanden werden, dass Transparenz bzgl. *Equality & Diversity Strategy* in King's höher bewertet ist.

Das ist lobenswert und selten, denn Studien haben ergeben, dass die Mehrheit der NHS-Organisationen ihre Belegschaften monitoren, die Informationen werden aber selten oder nie ausgewertet, so dass die Ergebnisse in nur wenigen Fällen Einfluss auf die Organisationspolitik haben (vgl. Johns 2006, 243f). Ahmed (2007) stellt fest, dass allzu oft im Rahmen von Diversity-Management-Maßnahmen zu viel Dokumentation verlangt wird, und dass das Vorhandensein der Analyseergebnisse fälschlicherweise als Nachweis für ein funktionierendes Diversity-Management interpretiert wird: „*You end up doing the document rather than doing the doing*“ (Ahmed 2007). Auch Sullivan von der Gewerkschaft UNISON meinte in Bezug auf die Umsetzung der RR(A)A-Forderungen im Jahr 2003:

"A lot of trusts are concentrating on getting the piece of paper out without thinking too deeply about how to implement it." (EOR 2003, 4).

Anscheinend haben sich die Verantwortlichen in BTH auf die Erfüllung der Chancengleichheitspflichten konzentriert und Diversity aus dem Auge verloren. Die mangelnde Kommentierung der Statistiken in den Veröffentlichungen von BTH lässt dies vermuten. Eine positive Auswirkung zeigen Audit- und Monitoring-Aktivitäten allerdings: es stehen Daten bzgl. Alter, Herkunft, Geschlecht usw. der Beschäftigten zur Verfügung, so dass der von Becker M. als Hemmnis genannte Mangel an Daten zur demographischen Belegschaftsstruktur (siehe Kapitel 2.4.1) nicht mehr auf die zwei Krankenhausorganisationen zutrifft.

In Bezug auf Behinderung zeigt sich das Krankenhauspersonal wenig bereit, eine Behinderung anzugeben – sowohl in King's als auch in BTH. Ausgehend von den Durchschnittswerten in den Lokalbevölkerungen kann man annehmen, dass mehr Krankenhausbeschäftigte eine Behinderung haben als die erhobenen Daten zeigen. Allerdings scheinen die Sensibilisierungsmaßnahmen in beiden Organisationen erste Wirkungen zu zeigen, denn langsam steigt die Zahl der Beschäftigte an, die Angaben zu einer Behinderung machen. Das könnte möglicherweise bedeuten, dass die Beschäftigte mehr Vertrauen in ihre Arbeitgeber entwickelt haben, dass mit den Daten fair und diskret umgegangen wird.

King's und BTH hatten bereits Anfang der 2000er Jahre einen hohen Anteil an Personal mit einem Migrationshintergrund. Eine gezielte Anwerbung von neuem Personal aus den Minderheiten heraus war nicht nötig, um einen ähnlich hohen Prozentsatz von Menschen mit Migrationshintergrund in der Belegschaft zu erreichen, wie in der jeweiligen Lokalbevölkerung. Ganz im Gegenteil: King's zumindest zeigte bereits im Jahr 2002 eine Unterrepräsentation der weißen Bevölkerung, deren Anteil in der Belegschaft im Jahr 2009 noch weiter gesunken war. Vielmehr scheint es, dass beide Krankenhausorganisationen eher bemüht waren, ihrer gesellschaftlichen Verantwortung (siehe *The Vital Connection* in Kapitel 7.2) nachzukommen, in dem sie sozial benachteiligten Gruppen den Zugang zu Arbeit verholfen haben.

Allerdings: sowohl King's als auch BTH haben dadurch selbst den Zugang zu unterqualifizierten Hilfskräften im Niedriglohnbereich erhalten. Dies ist möglicherweise auch eine Erklärung dafür, warum der extrem hohe Frauenanteil (bei 75% in King's bzw. bei 79% in BTH) nicht als störend betrachtet wird, obwohl er nicht als repräsentativ für die Lokalbevölkerungen betrachtet werden kann. Denn die weiblichen Beschäftigten sind überdurchschnittlich hoch bei den Niedriglohnstellen vertreten. Hier stellt sich die Frage, wer von dieser Personalpolitik profitiert, und ob die Maßnahmen weniger ein Zeichen für soziales Verhalten sind, als eher eine als soziales Handeln getarnte Selbstbedienung am Arbeitsmarkt verstanden werden können.

Bei aller Kritik, haben sich beide Krankenhausorganisationen doch an einem Gesamtkonzept orientiert, den Umgang mit Vielfalt als Teil eines Prozesses verstanden und es geschafft, das Thema Diversity über mehrere Jahre hinweg am Leben zu halten (siehe Diversity-Management-Modelle in Kapitel 2.2.6 und 7.5). Trotzdem: das Themenfeld Diskriminierung und Mobbing stellt sowohl für King's, als auch für BTH, ein erhebliches Problem dar, so dass von einer Kultur der Inklusion und Wertschätzung nicht die Rede sein kann. Hier sind die Ergebnisse nach so vielen Jahren enttäuschend, und das mit Recht, angesichts der Tatsache, dass für King's *Diversity and Equality* auf „*respect, consideration and fairness for all*“ abzielt (vgl. King's 2006a) und dass BTH mit Hilfe von *Diversity and Equality* eine Arbeitskultur und Ar-

beitsweisen schaffen will, „*that recognise, respect, value and harness difference for the benefit of the organisation and the individual.*“ (vgl. BTH 2004, 2).

Woran mögen diese schlechten Ergebnisse liegen? Welche Aussagen lassen sich grundsätzlich über die Wirksamkeit der von den Krankenhäusern gewählten Instrumente und Vorgehensweisen machen in Abetracht der Erkenntnisse aus den Kapiteln 2 bis 7? Kapitel 10 wird sich diesen Fragen widmen.

10 STÄRKEN UND SCHWÄCHEN DER STRATEGIEN

10.1 Der Reifeprozess: wie weit ist man gekommen?

10.1.1 Die doppelte Strategie

Bezugnehmend auf die Fragestellung dieser Arbeit in Kapitel 3.4, befasst sich Frage 2 mit dem Reifegrad des Diversity-Management-Prozesses. Wie weit sind BTH und King's im Entwicklungsprozess gekommen? Beide Krankenhausorganisationen haben jeweils mit einer, doppelten Strategie von Chancengleichheit und Vielfalt versucht, mehrere Ziele auf einmal zu erfüllen: ihren gesetzlichen Verpflichtungen in Sachen Chancengleichheit nachzukommen, ihre Vorbildfunktion als öffentlicher Arbeitgeber ernst zu nehmen, ihre soziale Verantwortung gegenüber Minderheiten in den lokalen Bevölkerungen zu zeigen und gleichzeitig den Umgang mit Vielfalt zu verbessern und innerbetriebliche Probleme wie mangelnde Fairness, Inklusion und Respekt in der Belegschaft zu lösen. Sie haben sich anfangs am *Positively Diverse* Programm orientiert und eine für Großbritannien typische doppelte Strategie von *Equality & Diversity* gewählt.

Jedes der mit der Strategie beabsichtigten Themen ist für sich lobenswert (ob sich „lobenswert“ als Bewertungskriterium für die Leistungen eines Krankenhauses eignet, sei zunächst dahingestellt). Eine kombinierte Strategie ist allerdings aus mehreren Gründen riskant: die Zielsetzungen müssen klar voneinander abgegrenzt, definiert, operationalisiert und kommuniziert werden, denn ansonsten besteht die Gefahr, dass Aussagen, Ziele und Maßnahmen fehlinterpretiert oder falsch umgesetzt werden. Ferner gehören die Ziele im Themenfeld *Equality & Diversity* nicht zu den Kernzielen eines Krankenhauses. Umso wichtiger, dass diese Ziele klar definiert sind, wenn das Personal nicht überfordert wird und verstehen soll, warum diese Zielerreichung für sie und ihre Organisation wichtig ist. Leider zeigt die unklare Verwendung der Terminologien und Begrifflichkeiten in den Veröffentlichungen der beiden Beispielkrankhausorganisationen wie unscharf ihre Strategien definiert sind (siehe Kapitel 8.4.1.).

10.1.2 Welche Stufe im Reifeprozess?

Wie in Kapitel 2.2.6 gezeigt, können die vier von Thomas und Ely identifizierten Paradigmen „Resistenz“, „Fairness und Diskriminierung“, „Marktzutritt“ und „Lernen und Effektivität“ als Stufen eines Reifeprozesses betrachtet werden (vgl. Watrinet 2007, 41ff; Vedder 2006, 18). King's und BTH haben beide die Resistenzphase (d.h. die Phase, in der Organisationen die Tatsache zu ignorieren versuchen, dass es Diversity gibt oder aber Vielfalt als Bedrohung wahrnehmen vgl. Vedder 2006, 18ff) spätestens mit der Einführung der jeweiligen Strategie

verlassen. Ferner scheinen sie beide viel mehr als eine reine „Nivellierung der bestehenden Unterschiede“ (vgl. Becker M, 2006) anzustreben, so dass das „Fairness und Diskriminierungs-Paradigma“, mit dem die gleiche Behandlung aller Beschäftigten, egal welche Unterschiede sie vorweisen, angestrebt wird, nicht zutreffen kann. Der Zustand der vollkommenen Wertschätzung von Vielfalt und einen gezielten Umgang mit Unterschieden zum Nutzen des Unternehmens und der Beschäftigten (Wertschöpfung des Potenzials) (vgl. Ohms/Schenk 2003) ist allerdings noch nicht erreicht (im Sinne des „Lernen und Effektivitätsparadigmas“).

Vielmehr lassen sich Anzeichen des Marktzutrittsparadigmas erkennen, auch wenn es sich bei den zwei Beispielen um staatliche Krankenhausorganisationen handelt. Denn der Versuch, die Belegschaft zum Spiegelbild der Gesellschaft aufzubauen, um den Bedürfnissen der „Kundschaft“ (in diesem Fall der Patienten) gerecht zu werden, ähnelt dem Verständnis von Diversity, das im Marktzutrittsparadigma zu finden ist.

Hansen (2006) kritisiert das Marktzutrittsparadigma, weil es dazu führt, dass Mitglieder von Minderheiten nicht wirklich akzeptiert oder integriert, sondern vielmehr funktionalisiert werden. Trifft diese Kritik auf die zwei Krankenhausorganisationen zu? Verdient deren Personalbeschaffungspolitik Kritik, weil Beschäftigte aus Minderheitengruppen explizit zu einer Bewerbung animiert wurden, um eine Funktion zu erfüllen? Meines Erachtens ist die Antwort in diesem Fall zweitrangig, denn die Einstellung bisher benachteiligter Minderheiten kann teilweise als Folge einer positiven Maßnahme verstanden werden, die einer historisch gewachsenen bzw. gesellschaftlich bedingten Exklusion entgegen zu wirken versucht und nicht, um die eigene Marktposition mittels einer Instrumentalisierung von Minderheiten zu stärken. Zwar warnt Kien Nghi Ha vor positiven Maßnahmen, die seines Erachtens zu einer Übernahme der Verantwortung für Andere führt und allzu leicht in Paternalismus und Entmündigung enden kann (2004, .92) - Baxter (1997) spricht ferner davon, dass sich NHS-Beschäftigte aus Minderheiten benutzt vorkommen und dass die aktive Förderung oft als positive Diskriminierung ausgelegt wird. Doch wie Wrench sagt:

„What is the point of celebrating a diverse organisational culture when the long-term effects of historical exclusion mean that underrepresented minorities are not in a position to take advantage of opportunities to join, or progress within, the organisation?“

(Wrench 2005).

Eine Betrachtung der Strategiereife der Krankenhäuser aus Sicht der 4 Phasen des Reifeprozesses scheint hier an Grenzen zu stoßen, denn auch wenn ihre Handlungsweisen dem Marktzutrittsparadigma ähneln, haben die Krankenhäuser nicht wirklich aus konventionellen Marketinggründen agiert.

10.1.3 Auf welcher Handlungsebene

Das Modell der 6 Handlungsebenen von Wrench bietet etwas mehr Information zur Beurteilung der Reife der Strategien. Wie in Kapitel 2.2.6 gezeigt, identifiziert Wrench eine logische Reihenfolge der Maßnahmen und Aktionen, die durchgeführt werden, um Diskriminierung abzubauen und Inklusion zu fördern. Die Reihenfolge kategorisiert er wie folgt: 1. Schulung von Einwanderern; 2. Etablierung kultureller Zugeständnisse; 3. Hinterfragung rassistischer Einstellungen; 4. Bekämpfung von Diskriminierung; 5. Politik der Chancengleichheit mit positiven Maßnahmen; 6. Implementierung von Diversity Management.

Aus dieser Perspektive betrachtet, haben King's und BTH versucht, alle Stufen auf einmal zu bewältigen, und zwar mit zunehmender Komplexität, denn nach dem anfänglichen Fokus auf Rassismus, kamen durch die Gesetzgebung zu Chancengleichheit weitere Vielfaltsdimensionen hinzu. Es wird klar wie ehrgeizig die zwei Krankenhäuser vorgegangen sind, und das liefert zum Teil auch eine Erklärung dafür, warum die Ergebnisse eher enttäuschend ausfallen.

Immerhin haben King's und BTH damit begonnen, Personen aus benachteiligten Gruppen eine Berufsausbildung anzubieten und ihnen den Zugang zu Arbeit zu erleichtern. Außerdem wird versucht, die kulturellen Bedürfnisse verschiedener Gruppen in der Belegschaft besser zu berücksichtigen. Verfahren und Vorgehensweisen in den Krankenhäusern werden mit Hilfe von Audits („*Impact Assessments*“) auf rassistische Einstellungen überprüft und ggf. korrigiert, Instrumente in der Personalbeschaffung und Beförderung eingesetzt, um diese Verfahren fairer zu gestalten, den Themen Mobbing und Diskriminierung wird der Kampf angesagt und strukturell gewachsener Diskriminierung mit Hilfe von positiven Maßnahmen entgegengewirkt.

Im Stufen-Modell nach Wrench ist erkennbar, dass die Stufen 1 bis 5 bestimmte Maßnahmen enthalten, die eher auf der Meso-Ebene als gesellschaftspolitisches Ziel angesiedelt werden können, während Stufe 6 sich auf einer organisationsstrategischen Ebene stattfindet. Hier stellt sich die Frage, warum sich Krankenhäuser mit Aufgaben befassen haben, die auf die gesellschaftliche Ebene gehören? Zwar können sich Krankenhäuser aus sozialer Verantwortung heraus an gesellschaftspolitischen Maßnahmen beteiligen und versuchen, Einfluss nehmen. Die Verantwortung dafür tragen sie jedoch nicht. Es ist auch fraglich, ob die Krankenhausbeschäftigten – vor allem die Führungskräfte – Verständnis dafür haben, dass sie gesellschaftspolitische Ziele neben ihrem ureigenen Krankenhausziel - der Gesundheitsversorgung - erfüllen sollen. Wenn nicht, dann wird die Akzeptanz der Maßnahmen gering ausfallen.

Wrench gibt ferner zu bedenken, dass, wenn gesellschaftspolitische Probleme nur in Unternehmen und Organisationen gelöst werden, Diversity-Management zu einer weichen Lösung von harten gesellschaftlichen Problemen wird – zum Beispiel in dem man Diversity in den

Organisationen „zelebrieren“ lässt anstatt Rassismus in der Gesellschaft zu bekämpfen (vgl. Wrench 2003).

10.1.4 Zusammenfassung

Zum Reifegrad der zwei Strategien kann zusammenfassend angemerkt werden, dass die zwei Organisationen Diversity zwar bewusst wahrnehmen und ein inklusives und faires Arbeitsumfeld anstreben, sie aber nach vielen Jahren immer noch nicht die Stufe des wertschöpfenden und strategischen Diversity Managements erreicht haben.

Dies liegt möglicherweise damit daran, dass einerseits nicht die Vielfaltsdimensionen berücksichtigt wurden, die tatsächlich für Krankenhäuser relevant sind, und dass andererseits *Equality & Diversity* in einer gemeinsamen Strategie verfolgt werden. Dies führt tendenziell dazu, dass die gesamte Strategie eingeschränkt auf die gesetzlich geforderten Chancengleichheitsmerkmale fokussiert. Folglich werden alle Beschäftigten aus der Sicht von vordefinierten Vielfaltskategorien betrachtet. Die Frage welche Vielfaltsdimensionen hätten besser berücksichtigt werden müssen, wird nachfolgend behandelt. Die Möglichkeiten und Grenzen dieses Denkens in „*strands of equality*“ werden im Anschluss dazu näher beleuchtet.

10.2 Die Schwerpunkte der Strategien

10.2.1 Welche Vielfaltsdimensionen sind für Krankenhäuser relevant?

King's und BTH haben zwar einige Anstrengungen unternommen, damit Themen wie Diskriminierung, Ausgrenzung, Benachteiligung, Mobbing und Fairness heute in ihren Krankenhäusern offen diskutiert und aktiv angegangen werden. Aber in Anbetracht der Kenntnisse über die Probleme in NHS-Krankenhäusern – vor allem Themen wie schlechte Zusammenarbeit, Mobbing und Rivalitäten (siehe Kapitel 6.5), ist der Fokus der bisherigen Bemühungen aus systemtheoretischer Sicht zu eingeschränkt und simplistisch gewesen. In Kapitel 2.5 konnte gezeigt werden, dass sich Managementansätze aus der Wirtschaft eine Anpassung an die Besonderheiten einer Krankenhausorganisation bedürfen, wenn sie erfolgreich implementiert werden sollen.

Vielfalt in einem Krankenhauskontext zu erkennen, anzuerkennen, wertzuschätzen, zu fördern und nützen heißt allerdings auch die Merkmale zu identifizieren und berücksichtigen, die für die Leistung und Versorgungsqualität relevant sind. Zwar konnten die zwei Beispielorganisationen gewisse Verbesserungen durch ihre Maßnahmen verzeichnen – etwa der verbesserte Zugang zu Schulungen für Beschäftigte mit einem Migrationshintergrund (siehe Kapitel 9.3). Die Gründe für Exklusion, Mobbing und respektlose Behandlung von Kolleginnen und Kollegen

liegen allerdings nicht ausschließlich in den sechs gesetzlich geforderten Kategorien begründet. Vielmehr können Abteilungs rivalitäten, mangelndes Verständnis oder mangelnder Respekt für andere Professionen oder für Beschäftigte in Juniorpositionen eine entscheidende Rolle spielen.

Es existieren bestimmte krankenhausspezifische Vielfaltsdimensionen, die eine offene und inkludierende Krankenhauskultur fördern oder verhindern (siehe Kapitel 6):

- Zugehörigkeit bzw. Nichtzugehörigkeit zu einer bestimmten Gesundheitsprofession oder -berufsgruppe
- Zugehörigkeit bzw. Nichtzugehörigkeit zu einem bestimmten Dienstgrad bzw. die Position in der beruflichen Hierarchie
- Zugehörigkeit bzw. Nichtzugehörigkeit zu einer bestimmten Fachabteilung oder Expertenbereich

Es wäre also sinnvoll für BTH und King's gewesen, gerade diese Merkmale mit in eine Diversity Strategie aufzunehmen und zu prüfen, in wie weit diese Faktoren förderlich oder hinderlich, im Sinne eines offenen Umgangs mit Vielfalt, sind.

10.2.2 Der Kontext der Strategien

In der Interaktion zwischen zwei oder mehreren Krankenhausbeschäftigten geht es aber fast immer um mehr als das Spiel zwischen einem Junior- und einem Senior-Mitarbeiter, oder einem Arzt und einer Pflegerin, oder zwei Beschäftigten aus zwei unterschiedlichen Fachabteilungen. Vielmehr liegen komplexe Interaktionen zwischen verschiedenen Akteuren vor. Es reicht also nicht aus, allein einzelne Vielfaltsdimensionen zu betrachten, sondern sie in dem selben Kontext zu untersuchen, in dem sie erlebt werden, d.h. in der Organisationskultur des Krankenhauses.

King's und BTH haben es bei der Entwicklung ihrer Strategien versäumt, die vorherrschende Organisationskultur innerhalb der jeweiligen Krankenhausorganisation zu berücksichtigen. Hierzu gehört eine Betrachtung der Macht- und Diskriminierungsstrukturen (siehe Kapitel 2.6.2). Die NHS-Organisationen sind allerdings auch nicht auf eine solche Anforderung im NHS *Positively Diverse* Handbuch hingewiesen worden - lediglich in einem Anhang zum Handbuch wird empfohlen, die Personen und Gruppen in der Organisation zu identifizieren, deren Macht und Einfluss bei der Einführung von Veränderungen hilfreich oder hinderlich sein könnten und zu überlegen, wie man diese Personen und Gruppen frühzeitig für Diversity gewinnen kann (vgl. NHS-Employers 2005a, Appendix 10.1).

Die Nichtbetrachtung von krankenhausspezifischen Vielfaltsdimensionen scheint besonders gravierend, wenn man die typische Krankenhauskultur bedenkt, die in Kapitel 6 vorgestellt wurde: Revierkämpfe, Misstrauen und Rivalitäten zwischen den Fachabteilungen, eine starre Hierarchie innerhalb der Professionen, berufsständische Denkweisen und Animositäten zwischen den Professionen. Vor diesem Hintergrund gewinnen die Argumente von Autoren wie Tatli und Zaroni (siehe Kapitel 2.6.2) an Bedeutung: will man Vielfalt in einer Organisation managen, sind Faktoren wie Macht- und Diskriminierungsstrukturen innerhalb der Organisation sowie ihrem sozioökonomischen Umfeld mit zu berücksichtigen. Denn hier sind bedeutungsschwere Barrieren und Hemmnisse im Umgang mit personeller Vielfalt zu finden.

Die vorhandene strukturelle Organisation der NHS-Krankenhäuser lässt, auf Grund der dort entstandenen Abteilungsegos und verschiedenen Interessensbereiche der Fachexperten, kaum eine gemeinsame Ausrichtung zu. Konkurrenz und Misstrauen erschweren oder verhindern die Entstehung einer offenen und inklusiven Arbeitsatmosphäre. Erschwerend hinzu kommen Kommunikationsprobleme zwischen den einzelnen Berufsgruppen und Professionen auf Grund ihrer unterschiedlichen Sub-Kulturen innerhalb der Krankenhausorganisationen. Diese Sub-Kulturen prägen die Werte und Einstellungen der Berufsgruppen und Professionen und lassen unterschiedliche Verständnisse von Rollen, Erwartungen und Begrifflichkeiten entstehen. Es herrscht oft nicht einmal ein gemeinsames Verständnis dafür, was die Begriffe „Zusammenarbeit“ und „Kooperation“ bedeuten (siehe Kapitel 6.4).

Mit einem Blick auf die krankenhausspezifischen Besonderheiten kann man leicht erkennen, dass die Krankenhäuser sinnvollerweise diese Einflussfaktoren im Kontext der Organisationskultur bei der Gestaltung und Umsetzung ihrer *Equality & Diversity*-Strategie hätten berücksichtigen sollen. Eine offene, partizipative Kultur für *Equality und Diversity* wird angestrebt, ohne die bereits bestehenden Kulturprobleme der Krankenhäuser zu berücksichtigen. Ferner reichen allgemeine Aussagen nicht, sondern es müssen die Komplexität der Kultur und die für eine Kulturveränderungen benötigten Maßnahmen verstanden und berücksichtigt werden.

Mannion et al. (2008, 29) sagen dazu:

Health care policy in the UK (as elsewhere) frequently invokes notions of 'cultural change' as a key means of achieving performance improvement and delivering good quality health care. However, although frequently invoked, notions of organisational culture are often under-specified. (Mannion et al. 2008, 29).

10.2.3 Zusammenfassung

In ihrem Bestreben, den gesetzlichen Chancengleichheitsanforderungen nachzukommen, haben die 2 Krankenhausorganisationen die Existenz von weiteren krankenhausspezifischen Vielfaltsdimensionen außer Acht gelassen. Dabei existieren zahlreiche Studien über die Einflüsse der Zugehörigkeit zu bestimmten krankenhausspezifischen Gruppen wie Krankenhausprofessionen oder –berufsgruppen, Fachabteilungen, Dienstgrad usw., die im Krankenhausalltag ausgrenzend wirken können. Die Maßnahmen, um bisher benachteiligte Gruppen zu fördern, wurden ohne ausreichende Berücksichtigung der vorherrschenden Krankenhauskultur durchgeführt.

10.3 Grenzen des Denkens in Vielfaltskategorien

10.3.1 Kategorien, Identität und das Konzept von „*Super-Diversity*“

Dass sich Diskriminierung und Ungleichheit gehäuft entlang typischer Kategorien oder *Strands* wie Herkunft, Geschlecht und Behinderung - was Aspinall und Mitton (2008) „*the old strands*“ nennen - manifestiert, ist weitgehend unumstritten. Der Abbau von Vorurteilen und eine aktive Inklusion und Wertschätzung gegenüber diesen spezifischen Organisationsmitgliedern, als Ziel einer Diversity-Strategie, scheint deswegen zunächst sinnvoll (vgl. Wrench 2005). Allerdings lässt eine derartige Fokussierung auf besondere Kategorien unberücksichtigt, dass Vielfalt – in der Belegschaft wie auch in der Landesbevölkerung als Ganzes - an sich immer „vielfältiger“ wird und dies auch von der Allgemeinheit entsprechend wahrgenommen wird (vgl. Vertovec 2006; Fanshawe/ Sriskandarajah 2010, 5). Da Identitäten als etwas Komplexes wahrgenommen und Grenzen zwischen den Kategorien immer fließender werden, wird eine Einteilung der Bevölkerung in vordefinierten Kategorien immer fragwürdiger.

Die hitzigen Diskussionen im Vorfeld der letzten zwei Volkszählungen in England - *Census 2001* und *Census 2011* – zeigten, wie ungern sich die Bevölkerung Englands in Kategorien nach ethnischer Herkunft einteilen lässt⁸⁵. Ist eine kategoriebasierte Vorgehensweise noch angemessen, um eine Organisationskultur zu entwickeln, in der „*all staff, whatever their differences, feel valued*“ (vgl. DoH 2001a, vii)?

⁸⁵ Die öffentliche Diskussion darüber, welche Fragen zu Identität (ob ethnische Identität oder Nationalität) in der nationalen Volkszählung inkludiert werden sollen, ist nicht neu. Seit der ersten Aufnahme der Kategorie „*ethnicity*“ im Jahr 1991 wird die Frage, welche Kategorien geeignet sind, die britische Bevölkerung zu identifizieren, kontrovers diskutiert, wie in Kapitel 4.2 bereits erörtert vgl. Sillitoe und White, 1991; Burton, Nandi und Platt, 2008; Nazroo, 1998; Fenton, 2004, 41. In Vorbereitung auf den *Census 2011* bemühte sich eine Minderheit aus der südwest englischen Grafschaft Cornwall, für die Aufnahme einer Unterkategorie „*cornish*“ im Fragenbereich Identität – allerdings ohne Erfolg, obwohl die Kategorie im *Census 2001* vorhanden war. Die neue Kategorisierung 2011 soll bessere Möglichkeiten bieten, die eigene Identität durch die Kombination Nationalität und Ethnizität zu bestimmen (vgl. ONS 2007).

Kritik an der Kategorisierung hat ein Vertreter der britischen Lobbygruppe für Homo- und Bisexuelle genannt: seiner Ansicht nach ist eine Abstufung der Kategorien nach vermeintlicher Wichtigkeit zu erkennen. Er bemängelt, dass der NHS seine Aufmerksamkeit auf Geschlecht, Herkunft und Behinderung richtet, so dass eine Hierarchie in der Behandlung der Kategorien entstanden ist (vgl. Gooding 2009; vgl. auch Aspinall/Mitton 2008). In der Tat haben King's und BTH viel mehr Maßnahmen für die Kategorien Ethnizität und Behinderung ergriffen, als beispielsweise für die Kategorie sexuelle Orientierung. Allerdings bemängeln andere Autoren eben exakt das, was sie die „Enthierarchisierung von Diskriminierungstatbeständen“ nennen (vgl. Ohms/Schenk 2003, 9), da aus der Diversity-Perspektive alle zu betrachtenden Vielfaltsdimensionen als gleichwertig erachtet werden. Aus ihrer (genderorientierten) Sicht bemängeln Ohms und Schenk, dass die völlige Gleichrangigkeit aller Diskriminierungstatbestände verkennt, dass gerade die Geschlechterfrage die einzige ist, die in ausnahmslos alle übrigen Diskriminierungsfelder eingeschrieben ist (ebd.). Gleichzeitig bewirkt die Gesetzgebung zu Chancengleichheit möglicherweise eine Verstärkung des Problems, dass Frauen sich selbst als diskriminierte Minderheit wahrnehmen und führt dazu, dass der Status als Opfer zum Bestandteil weiblicher Identität wird (ebd.). Mit einer *Equality & Diversity* Strategien können die bestehenden Mängel in der Minderheitenpolitik weitergeführt und mit Hilfe eines neuen Konzeptes *Diversity* ein neues Image erhalten.

Auch Fanshawe und Sriskandarajah (ebd.) sind der Frage der Eignung eines Identitätsbasierten Ansatzes nachgegangen. Sie fanden heraus, dass sich immer weniger Personen in Großbritannien mit den im *Census 2001* verwendeten Herkunfts-Kategorien identifizieren. Vielmehr sehen sich immer mehr Menschen gezwungen, sich unter „*Other*“ oder „*Mixed*“ einzuordnen, weil sie sich mit den angebotenen Kategorien nicht identifizieren können oder wollen. Für die „*Facebook Generation*“ sei ein identitätsbasiertes Diversity-Konzept unzeitgemäß, so Fanshawe und Sriskandarajah (2010, 15). Heute identifiziert man sich deutlich weniger als frühere Generationen mit einer bestimmten Bevölkerungsgruppe. Man ist sich der eigenen, wachsenden Vielfalt bewusst und bringt diese Vielfalt auch immer mehr zum Ausdruck.

Autoren wie Vertovec (2006) und Fanshawe/Sriskandarajah (ebd.) sprechen hier von einer „*Super-Diversity*“, die sich nicht in herkömmliche Kategorien hineinzwängen lässt. Für Said (1994) ist es ein gravierender Fehler, die Komplexität von Vielfalt zu reduzieren und Menschen zu kategorisieren, denn so wird verkannt, dass Menschen ihre eigenen Kulturen und Identitäten selbst, anstatt entlang vorgefertigter Definitionen entwickeln (vgl. Said 1994 in Ha 2004, 163):

„[n]o one today is purely one thing. Labels like Indian, or woman, or Muslim, or American are no more than starting-points, which if followed into actual experience for only a moment are quickly left behind. Imperialism consolidated the mixture of cultures and identities on a global scale. But its worst and most paradoxical gift was to allow people to believe that they were only, mainly, exclusively, white, or black, or Western, or Oriental.“
(Said 1994 in Ha 2004, 163).

An Stelle einer Gruppenidentität identifiziert man sich heute mit Themen und mobilisiert sich für Aktionen in bestimmten Themenbereichen, wie folgende Aussage eines Befragten von Fanshawe und Sriskandarajah in einem Experteninterview verdeutlicht:

“The current younger generation coalesces around its youth, not identity. Whereas the legacy of 70s and 80s civil rights movement campaigned for sexual equality against the homophobic laws, for women’s rights, they were all predicated on identity. Now the mass movements are about ecology, anti-war... they are about issues, not identity“
(Fanshawe/Sriskandarajah 2010, 18).

Und in einer qualitativen Befragung mit jungen Erwachsenen pakistanischer Herkunft, fanden Condor, Gibson und Abell (2006) heraus, dass diese Gruppe ihre persönliche Identität durch ihre unmittelbare Gesellschaft und Kultur definiert und formale ethnische Gleichheit weder an einem Gefühl von „Englisch werden“, noch „Englisch sein“, noch von der Anerkennung anderer „Englisch zu sein“, festmachte. Vielmehr scheinen soziale Inklusion und Chancen abhängig zu sein, von den Möglichkeiten sich frei von Rassismus bewegen zu können, die Bereitschaft und Fähigkeit sich, wo nötig, an die vorherrschende Kultur anzupassen und die Gelegenheit und Neigung, sich in sinnvolle Interaktionen mit Personen aus verschiedenen Kulturen zu begeben (vgl. Condor/Gibson/Abell 2006, 152).

Dass sich unterschiedliche Gruppen bilden, ist ohnehin typisch und notwendig für ein Krankenhaus, das als Expertensystem eine hohe Spezialisierung und Aufgabenteilung aufweist (siehe Kapitel 2.6.1). Überträgt man das von Vertovec vorgeschlagene Verständnis von Super-Diversity auf das Krankenhauspersonal, so lassen sich Krankenhausbeschäftigte als Mitglieder mehrerer Krankenhaus-relevanter Gruppen und Sub-Kulturen (siehe Kapitel 6) gleichzeitig wahrnehmen: etwa als Mitglied einer Fachabteilung oder einer Station **und** einer Profession **und** einer Gruppe eines Dienstgrades (z.B. Junior, Senior, Koryphäe) **und** als Vertreter eines besonderen Therapieansatzes usw. Demnach werden die NHS-Krankenhäuser ihre Diversity-Ziele nur schwer erreichen können, da viele Maßnahmen auf Personengruppen zugeschnitten werden, die sich in Wirklichkeit nicht bewusst als Gruppe erleben. Die vermeintlichen Mitglieder der Zielgruppe, die keine Gruppenidentität empfinden, werden sich folglich nicht mit den Maßnahmen identifizieren und keine eigenen Vorteile darin erkennen. Zwar können Maßnah-

men trotzdem eine positive Wirkung haben, aber der Nutzen für die Beschäftigten wird möglicherweise verkannt.

10.3.2 Gefahr der falschen Schlussfolgerungen

Die Reduktion der Komplexität durch das Denken in Kategorien birgt ferner die Gefahr, dass falsche Schlussfolgerungen gezogen werden. Sriskandarah et al. 2007 zeigen auf, dass, während 66% der englischen „*Black Africans*“ im Zeitraum 2005/2006 berufstätig waren, eine Ausdifferenzierung der Gruppe einen ganz anderen Eindruck ergibt: schon 80% der aus Ghana stammenden aber nur 20% der aus Somalia stammenden Personen in England gehen einer Beschäftigung nach.

Die Schwankungen innerhalb der einzelnen Kategorien kann so groß sein, dass die generellen Aussagen keinen Mehrwert für die NHS-Organisationen haben, wie auch im folgenden Beispiel: während die Gruppen der BMEs (*Black and Minority Ethnic*s) und die Gruppe der Frauen relativ gut in den mittleren Management-Etagen der NHS-Organisationen vertreten sind, sind diese zwei Gruppen im Top-Management unterrepräsentiert (vgl. Fanshawe/Sriskandarajah 2010, 22). Die Autoren fragen, ob dies wirklich ein Indiz dafür ist, dass gegen Frauen oder BMEs diskriminiert wird, oder ob nicht vielmehr eine die Diskriminierung gegenüber des Pflegepersonals oder der Mediziner vorliegt, die eventuell als ungeeignet für das gehobene Management gelten. Das würde bedeuten, dass Maßnahmen zur Förderung von Frauen und BME eben nur diese zwei Dimensionen berücksichtigen, anstatt Barriere zwischen den Professionen und/oder zwischen den Hierarchieebenen zu identifizieren und abzubauen (ebd. 22).

Ähnliche Bedenken hat Sveinsson (2009), der die politische Diskussion über die mögliche Benachteiligung der „*white british working class*“ aufgreift. Er gibt zu denken, dass während Mitglieder der weißen Unterschicht in vielen sozialen Bereichen benachteiligt werden, es so gut wie keine Beweise dafür gibt, dass gegen sie auf Grund ihres Merkmals „*White British*“ diskriminiert wird. Vielmehr scheinen andere Faktoren wie sozialer Hintergrund und Status ausschlaggebend zu sein. Autoren wie Hecht and Ribeu (1991) sowie Travassos und Williams (2004) fanden, dass, je nach soziodemographischer Situation, Menschen unterschiedliche ethnische Kategorien für sich auswählen, abhängig von z.B. ihrem Geschlecht, Alter und Einkommen (zitiert in Burton et al. 2008, 19). Sowohl im Bereich Bildung, als auch in Hinblick auf sozioökonomische Kennzahlen, schneidet eine Person aus der Mittelschicht, sei sie eine Frau oder ein Mitglied einer ethnischen Minderheit oder einer nicht-christlichen Religion, deut-

lich besser ab, als ein Mitglied der Gruppe „white british“, der aus der Unterschicht stammt (vgl. Daley 2008 in Sveinsson 2009).

Wie Fanshawe und Sriskandarajah sagen: man muss einfach genauer analysieren, auf Grund welcher Faktoren Diskriminierung, Benachteiligung oder Zugangsbarrieren entstehen:

*“[...] we want to highlight **the need to be accurate about exactly the nature of the discrimination, disadvantage or lack of access being tackled** and not work from blanket assumptions about certain social groups.”*

(Fanshawe/Sriskandarajah, 2010, 25⁸⁶, Hervorhebung durch AF).

Für Fanshawe und Sriskandarajah lässt sich eine Ausgrenzung aufgrund eines ethnischen Hintergrundes nur in Zusammenhang mit der sozialen Schicht erklären und es hängt auch vom aktuellen Kontext und von der individuellen Person ab, ob die Vielfaltsdimension Herkunft bedeutungsvoller ist als der Faktor soziale Schicht (ebd. 29). Ähnlich argumentieren andere Autoren mit Hilfe der Intersektionalitätstheorie⁸⁷, welche das Phänomen zu beschreiben versucht, dass eine Person gleichzeitig Opfer von unterschiedlichen Diskriminierungen sein kann.

Und umgekehrt kann es zu fehlerhaften Rückschlüssen bezüglich vermeintlicher Ausgrenzungen kommen, wenn man sich auf nur eine besondere Kategorie von Vielfaltsdimensionen konzentriert, wie folgendes Zitat eines Beamten des gehobenen Dienstes in England zeigt:

„If you think that adding me to your Board creates diversity, you’d be wrong. I am middle aged, in senior management and Oxbridge educated. The fact that I am Asian does not make any difference. On a charity Board I am just more of the same“. (Fanshawe/Sriskandarajah 2010).

Mason spricht sich grundsätzlich gegen die Betonung der Unterschiede in britischen *Diversity*-Ansätzen aus. Der Wunsch, Unterschiedlichkeiten zu betonen und zu kategorisieren, stammt seines Erachtens aus den Normen der dominanten Gruppe:

„This emphasis on difference is not, it should be noted, one which celebrates diversity. Rather it emphasises divergences from some presumed norm that can all too easily resonate with ethnocentric beliefs and racists prejudices“. (Mason 2000, 99).

⁸⁶ Als Teil der erwähnten Initiative wurden Fanshawe und Sriskandarajah von einem Kulturrat gebeten, lokale „BME-Theatergruppen“ zu gründen. Die Autoren fragten, welches Problem diese Initiative lösen sollte? Und was unter „BME-Theatergruppe“ gemeint sei? Sind es Theatergruppen, die nur von Menschen mit BME-Hintergrund geführt werden? Oder sollen nur Menschen mit einem BME-Hintergrund spielen? Und wer ist gemeint? Schwarze, Asiatische, Gastarbeiter aus Polen, Asylsuchende? Sie fragten, ob die Initiative, wenn auch gut gemeint, nicht vielleicht aus einer vagen Vorstellung stammt, dass „BME-Menschen“, wer auch immer gemeint, weniger Zugang zu Kultur haben als „white British“.

⁸⁷ Mit dem Begriff Intersektionalität werden Ausgrenzungsmechanismen auf drei Ebenen betrachtet: 1) die Verhältnisse und Wechselwirkungen zwischen Kategorien werden analysiert und die Beziehungen und Zusammenhänge verschiedener Differenzkategorien untereinander betrachtet, 2) Differenz und Ungleichheit innerhalb einer Kategorie werden analysiert, 3) die Kategorien werden selbst als Konstruktion thematisiert und ihre Dekonstruktion angestrebt (Hong 2011, 198ff).

10.3.3 Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Betonung der Gesetzgebung auf die sechs Kategorien viel dazu beigetragen hat, dass Benachteiligung und Diskriminierung in der Öffentlichkeit diskutiert wird, aber die Effektivität der Gesetzgebung wird zunehmend in Frage gestellt. Vor allem die Tatsache, dass Chancengleichheit aus Sicht der „dominanten Gruppe“ – d.h. überwiegend weiße Männer ohne Behinderung – und im Krankenhauskontext Mediziner – und aus ihrer Machtperspektive gestaltet wird, verringert ihre Bedeutung für benachteiligte Minderheitsgruppen, denn die Ziele und Interessen hinter der Gleichstellungspolitik entsprechen denen der dominanten Gruppe. Diese können von den Zielen und Interessen der Benachteiligten abweichen (vgl. Ross/Schneider 1992; Powell et al. 2005).

In Anbetracht der Grenzen der bisher eingesetzten *Equality & Diversity* Strategien und des Denkens in Kategorien, scheint an dieser Stelle ein Blick auf die Anforderungen eines systemtheoretischen Ansatzes sinnvoll, der das Krankenhaus als soziales Expertensystem betrachtet. Denn der systemtheoretische Ansatz lässt eine Berücksichtigung der sozial konstruierten Differenzen und Hierarchien zu, die in einer Krankenhausorganisation reproduziert werden und zu Ausgrenzung und Unterdrückung führen (vgl. Weheliye 2008, siehe Kapitel 2.6.3).

10.4 Annahmen und soziale Konstrukte überprüfen

10.4.1 Aus wessen Sicht der Dinge wird gehandelt?

Macht- und Status-Strukturen beeinflussen nicht nur die Verhaltensmuster und die Zusammenarbeit in einer Organisation. Sie beeinflussen auch die Entscheidungsträger, wenn es darum geht zu entscheiden, was im Umgang mit personeller Vielfalt als veränderungswürdig gilt. Entscheidungen werden auf Basis bereits existierender Wertvorstellungen getroffen, die meistens von der dominanten Gruppe einer Organisation geprägt werden. Holvino und Kamp geben beispielsweise zu denken, dass Diversity-Management ein Umdenken im Umgang mit Vielfalt hervorrufen will, um Potenzial freizusetzen, andererseits aber das soziale Konstrukt „Potenzial“ innerhalb der Organisation unberührt bleibt. Asymmetrische Machtpositionen können so bestehen bleiben (vgl. Cavanaugh 1997). Zu Überprüfen wäre: Wer in der Organisation entscheidet was Potential ist? Wer in der Organisation entscheidet, ob eine Idee innovativ und wertvoll ist? Hängen diese Entscheidungen von einzelnen Experten ab oder werden sie von einer Gruppe offen diskutiert und geprüft, die – zumindest für diese Entscheidung – auf Augenhöhe sind?

Um produktive Ergebnisse aus einer Diversity-Strategie herauszuholen, müsste man laut Holvino und Kamp (2009) folgende Fragen beantworten: wer wird „anders“ konstruiert, zu welchem Zweck, mit welchem Folgen, wie ist der zwischenmenschliche Austausch in bestimmten Kontexten und wie sind die Zusammenhänge zwischen Identitäten und materiellen Ungleichheiten (vgl. Holvino/Kamp 2009). Führt man diese Argumentation fort, kann man auch den Einsatz in BTH und King's von Prozess- und Abteilungsaudits und auch die Interpretation von Monitoringergebnissen in Frage stellen. Haben die Auditoren die Kenntnisse und den Abstand, um Problembereiche in bestehenden Prozessen zu identifizieren? Auch mit dem Hinzuziehen von Vertretern und Vertreterinnen aus Interessensgruppen bleibt es fraglich, ob die Analyse eines Prozesses durch eine Mitglied einer Minderheiten- oder Betroffenengruppen ausreicht, um entsprechende Hindernisse in Prozessen zu erkennen. Ist allein die Zugehörigkeit einer Gruppe oder das Vorhandensein eines Merkmals eine ausreichende Qualifikation für diese Aufgaben (vgl. Johns 2006, 168⁸⁸)?

Cowperthwaite (2010)⁸⁹ beispielsweise untersucht die Auswirkung von Kulturen auf Auditsergebnisse. Er macht auf die kulturellen Einflüsse in Bezug auf Reaktionen auf Ungleichheit, Macht und Unsicherheit aufmerksam, die die Vergleichbarkeit und Objektivität von Beurteilungen in Frage stellt. Und für Power sind Audits ohnehin lediglich:

„deluded visions of control and transparency which satisfy the self image of managers, regulators and politicians but which are neither as effective nor as neutral as commonly imagined“. (Power 1997, 143).

In ähnlicher Weise werden Zweck und Wirkung von Diversity-Training in Frage gestellt, auch wenn sie zu den Maßnahmen gehören, die gerne in den Krankenhäusern angeboten werden. Denn wer entscheidet welche Themen im Rahmen von *Equality & Diversity Audits* oder *Impact Assessments* behandelt werden? Denn unabhängig vom Geschlecht, Alter, Vorhandensein einer Behinderung, von der Ethnizität, der Religion, der sexuellen Orientierung könnten auch ganz andere Faktoren zu einer Exklusion oder Diskriminierung führen, wie etwa Aussprache, die gerade in Großbritannien eine wichtige Rolle bei der Wahrnehmung des sozialen Status bzw. der Zugehörigkeit einer sozialen Klasse spielt (vgl. Romaine 2001)⁹⁰.

⁸⁸ Johns bezieht sich auf den Einsatz von Personal aus BME-Gruppen für die Durchführung von Diversity-Trainings allein auf Grund ihrer Zugehörigkeit einer bestimmten Minderheitsgruppe, ohne weitere Expertise nachweisen zu können oder müssen.

⁸⁹ Cowperthwaite untersucht zwar die Auswirkung von Kultur auf Auditsergebnisse in einem anderen Kontext, nämlich im Bezug auf Globalisierung und Vergleichbarkeit von Wirtschaftsprüfungen aus unterschiedlichen Ländern analog den International Standards on Auditing. Aber seine Hinweise auf kulturelle Einflüsse im Audit-Prozess geben Grund zur Annahme, dass sie auch durchaus auf *Equality & Diversity Audits* übertragbar sein könnten.

⁹⁰ Erst in den letzten zwanzig Jahren wird eine mögliche „Nivellierung“ vor allem durch den zunehmenden Einfluss von „Estuary English“ oder „EE“ beobachtet, die aus dem Süd-Osten Englands (d.h. in und um London)

Ferner kann man mit einer gezielten Auswahl an Maßnahmen den Blick von einem unerwünschten Punkt auf einen anderen lenken. Diese Vermutung teilen Mustafa und Tatli in Bezug auf Diversity Management (ohne Bezug auf den NHS):

*“the key difficulty in defining Diversity-Management has been the multiplicity of vested interests by multiple stakeholder groups [...]. This implies that the field of Diversity-Management accommodates competing perspectives and actors. Furthermore, the choice of different perspectives to diversity and equality are not haphazard. Indeed, they are used as frames for allocating resources, **flashing out certain concerns whilst silencing others.**“* (Mustafa/Tatli 2008, Hervorhebung durch AF).

10.4.2 Wunschdenken oder Evidenz-basierte Maßnahmen?

Der Ansatz von *Diversity-Training* wird in der Fachdiskussion zu Diversity-Management ohnehin als zu simplistisch kritisiert, da der Ansatz von der Annahme ausgeht, dass diskriminierendes Verhalten auf Ignoranz basiert und dass dieses durch Aufklärung eliminiert werden kann (vgl. Johns 2006, 169-170). Prasad et al. (1997) weisen darauf hin, dass eine benachteiligte Gruppe nur dann an Macht und Status gewinnen kann, wenn die dominante Gruppe etwas Macht und Status abgibt. Einfache Schulungs- und Aufklärungsarbeit ignoriert die komplexe Natur von Kulturen, auch von der weißen, dominanten Kultur (vgl. Johns ebd.) und ist gegen versteckten institutionellen Rassismus, der in den Organisationsprozessen festsetzt und „unbeabsichtigt“ stattfindet (vgl. Macpherson 1999), unwirksam. Sogar wenn Beschäftigte eine Offenheit für Vielfalt entwickeln und willens sind, diskriminierendes Verhalten zu vermeiden, werden sie und ihr Handeln durch institutionell vorhandenen Stereotypisierungen beeinflusst, und sie werden diese Strukturen zu ihrem persönlichem Vorteil nutzen, was die Effektivität von *Diversity Trainings* wiederum in Frage stelle (vgl. Deich et al. 2003).

Eine umfassende Review von Maßnahmen aus 31 Jahren und 830 mittel bis großen US amerikanischen Unternehmen ergab, dass die Wirksamkeit sehr unterschiedlich ausfällt. Nach der Einführung von *Diversity-Training*, sank die Zahl der Führungskräfte aus der Gruppe „Black Males“ beispielsweise um 12 Prozent, mit ähnlichen Effekten bei den Asiaten und Lateinamerikanern (vgl. Kalev/Dobbin 2006). Gerade auf der Managementebene gelten *Diversity-Trainings* als die am wenigsten effektiven Instrumente, um existierende Managementvorurteile abzubauen (vgl. Kalev/Dobbin 2006). Effektiver sind die aktive Förderung von Minderhei-

stammt (vgl. Rosewarne, 1984; Altendorf, 2003; Hilgers, 2000; Scott, 1995; Thomas et al., 2004). Scott ist der Meinung, dass EE unterschiedlich von verschiedenen Personengruppen eingesetzt wird: Personen aus der Oberschicht wählen EE, um ihren Upper-Class-Akzent zu „verdünnen“, während sich Angehörige der niedrigeren sozialen Schichten EE aneignen, um ihre Herkunft zu verschleiern (vgl. Scott, 1995, 42 in Hilgers, 2000, 50ff). In wie weit dies den Gruppen tatsächlich mit EE gelingt, wird von den o.g. Autoren unterschiedlich bewertet.

ten⁹¹, die Etablierung von *Diversity*-Beauftragten und *Diversity*-Arbeitsgruppen, sowie andere Maßnahmen, die die Verantwortung von *Diversity* in der Organisation etablieren (ebd.). Auch die Effektivität von Schulungen nahm mit der Etablierung von Verantwortungsstrukturen zu (ebd.).

Kalev und Dobbin kommen aber nicht zum Ergebnis, dass solche Schulungen grundsätzlich ineffektiv oder kontraproduktiv sind, sondern dass die Effektivität von mehreren Faktoren abhängt (ebd.). So haben Pflichtschulungen, welche die Unternehmen vor arbeitsrechtlichen Auseinandersetzungen schützen sollen, eher negative Auswirkungen, während die freiwillige Teilnahme an *Diversity*-Trainings, um die Ziele des Unternehmens besser zu erreichen, mit positiven Effekten in Verbindung gebracht werden (ebd.).

Grundsätzlich besteht die Gefahr, dass Pflichtveranstaltungen zu Groll und defensivem Verhalten führen können. Umgekehrt besteht bei der freiwilligen Teilnahme die Gefahr, nur die Personen zu erreichen, die ohnehin offen für die Thematik sind (vgl. RDSD 2002). Zur Erinnerung: von King's Schulungen wissen wir, dass Equality & Diversity zu den Pflichtschulungen aller neuen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen gehört (siehe Kapitel 8.4) und dass Diversity Training und Workshops obligatorisch für das Personal in der Personalbeschaffung geworden sind (Kapitel 9.4). Für das weitere Personal sind sie freiwillig.

10.4.3 Zusammenfassung

Will man eine Kulturveränderung in einem komplexen sozialen System herbeiführen, scheint es sinnvoll auch Aspekte wie die Einflüsse der vorherrschenden Machtstrukturen mit in Betracht zu ziehen. Auch wenn in King's und in BTH Vertreter von verschiedenen Interessensgruppen bei der Entwicklung von Maßnahmen häufig eingeladen und beteiligt waren, sind grundsätzliche Annahmen nicht in Frage gestellt worden. Denn sowohl die gesetzlichen Vorgaben, als auch die *Equality & Diversity* Politik der jeweiligen Organisation, werden mit einem Top-Down-Ansatz von den vorhandenen Machtinhabern festgelegt, so dass Schwerpunkte und Annahmen aus deren Sicht definiert werden. Auch wenig hinterfragt ist die Wirksamkeit mancher eingesetzten Instrumente, obwohl Studien dazu bereits existieren. Was für eine Gruppe sinnvoll ist, kann wenig wirksam für eine andere sein, bis hin zu der Erzeugung von negativen Ergebnissen.

⁹¹ Da die Studie von Kalev und Dobbin US-amerikanische Unternehmen untersucht, reden sie hier von „affirmative action“, die in den USA in bestimmten Fällen zulässig ist, in Gegensatz zu Großbritannien, wo nur „positive action“ gesetzlich erlaubt ist.

10.5 Fazit

Weder aus der Betrachtung des Reifegrades für Diversity, noch aus Sicht der sechs Handlungsebenen von Wrench, befinden sich BTH und King's im höchsten Reifegrad des integrativen und ganzheitlichen Diversity-Managements – obwohl sich beide Organisationen seit fast einem Jahrzehnt mit der Thematik intensiv befassen. Stattdessen sind ihre Bemühungen von den gesetzlichen Anforderungen an Chancengleichheit geprägt, so dass sie sich auf die Förderung bisher benachteiligter Personengruppen konzentriert haben. Dies ist zwar zumindest nach Wrench dann sinnvoll, wenn eine historisch gewachsene Unterrepräsentierung von Minderheiten vorliegt und sie dadurch von den Vorteilen von Diversity-Management ausgeschlossen wären. Doch scheint diese Vorgehensweise nicht zu der erwünschten Offenheit gegenüber Vielfalt geführt zu haben.

Die Gründe für Exklusion, Mobbing und respektlose Behandlung von Kolleginnen und Kollegen scheinen nicht unbedingt ausschließlich in den sechs gesetzlich geforderten Kategorien begründet zu liegen. Vielmehr können krankenhausspezifische Faktoren, wie Abteilungsrivalitäten, mangelndes Verständnis für andere Professionen und unterschiedliche Wertesysteme eine entscheidende Rolle spielen. Es ist aber sicherlich einfacher für Führungskräfte eines Krankenhauses, als Arbeitgeber *Diversity*-Trainings zu fördern, als sich beispielsweise mit der komplexen Sub-Kultur der Mediziner und Medizinerinnen zu befassen.

Die Fokussierung auf benachteiligte Personengruppen hat dazu geführt, dass die meisten Maßnahmen der beiden Krankenhausorganisationen auf eine oder mehrere der sogenannten *Equality Strands* oder Chancengleichheitskategorien abzielen. Genau diese Kategorisierung stellen aber Autoren wie Fanshawe, Sriskandarajah, Vertovec oder Said in Frage. Die Reduzierung von Komplexität durch eine Kategorisierung auf Grund von einer einzigen Vielfaltsdimension, wie etwa Behinderung oder Geschlecht, wie King's und BTH getan haben, ist laut den Autoren heute mehr denn je unzureichend. Zwar hat BTH ansatzweise versucht, zumindest im *Disability Equality Scheme*, nicht „nur“ von Menschen mit Behinderungen zu sprechen, sondern darauf hinweisen, dass auch Menschen aus der Kategorie der BME und/oder der Homosexuellen usw. der Gruppe der Menschen mit Behinderungen angehören können (siehe Kapitel 8.4.2). Diese Vorgehensweise reiche aber trotzdem nicht aus. Aus heutiger Sicht identifiziert man sich mit unterschiedlichen Interessensgruppen, je nach aktueller Situation und Thema. So besteht die Gefahr, dass die Adressaten von Maßnahmen, die King's und BTH auf bestimmte Bevölkerungsgruppen zugeschnitten haben, sich nicht mit der Personengruppe identifizieren, für die die Maßnahmen gedacht sind. Es scheint sinnvoll, die Komplexität der Vielfaltsdimensionen zu berücksichtigen, manche Autoren sprechen in diesem Kontext von „*super-diversity*“.

Bei der Prüfung der gewählten Maßnahmen muss man feststellen, dass es sinnvoll sein kann, einen weiteren Aspekt der Strategien zu überprüfen – nämlich wie sind die Entscheidungen bzgl. was förderungsbedürftig ist, was erreicht werden soll und welche Maßnahmen geeignet sind, getroffen worden und von wem? Denn solche Entscheidungen basieren auf sozial konstruierte Differenzen, Hierarchien und Machtstrukturen (vgl. Weheliye 2008). Will man eine Organisationskultur ändern, ist es sinnvoll auch diese Annahmen und Konstrukte auf Fairness und Objektivität zu überprüfen.

Bisher waren King's und BTH anscheinend bemüht, ihre Vorbildfunktion als öffentlicher Arbeitgeber ernst zu nehmen und haben im Sinne ihrer sozialen Verantwortung gehandelt. Ihre Bemühungen zielten aber überwiegend auf die Förderung von einzelnen, ausgewählten Personengruppen. Wenn aber das Ziel von Diversity ist, durch einen gezielten Umgang mit Vielfalt, Vorteile für die Organisation zu erzielen (dies können sowohl ökonomische Vorteile sein, als auch solche, die den Organisationsmitgliedern helfen, im Sinne eines respektvollen, inkludierenden und offenen Arbeitsumfeldes), dann ist es Zeit, eine Änderung der Organisationskultur herbeizuführen, die die Bedürfnisse **aller** Beschäftigte **und die der Organisation in den Mittelpunkt** stellt.

Wie muss dann der Umgang mit personeller Vielfalt aussehen, damit alle Organisationsmitglieder ihr Potenzial und ihre Fähigkeiten in eine Krankenhausorganisation einbringen können, zum Wohl der einzelnen und zum Wohl des Krankenhauses als eine Gesamtorganisation?

11 EIN UMGANG MIT VIELFALT ZUM WOHL DER BESCHÄFTIGTEN UND DES KRANKENHAUSES

11.1 Klare Trennung der gesetzlich vorgeschriebenen und der freiwilligen Ziele

Zunächst eine kurze Reflektion über die bisherigen Erkenntnisse zu den Themen Chancengleichheit, Vielfalt und die Aufgaben und Verantwortung eines Krankenhauses:

- Eine *Equality*-Strategie zur Herstellung von Chancengleichheit unterstützt gesamtgesellschaftliche Ziele des *Staates*
- Eine *Diversity*-Strategie zur Schaffung eines offenen Umgangs mit personeller Vielfalt zum Wohle der Organisation und deren Mitglieder unterstützt Ziele der Krankenhausorganisation
- Das Hauptziel eines Krankenhauses ist die effektive und effiziente Patientenversorgung. Um dieses Ziel zu erfüllen, muss ein Krankenhaus seine Ressourcen optimal auswählen und einsetzen dürfen.
- Die Herstellung von Chancengleichheit in Englands Gesellschaft kann nicht zu den Hauptzielen eines Krankenhauses gehören, denn es handelt sich um ein politisches und gesellschaftspolitisches Problem.
- Gleichwohl hat ein NHS-Krankenhaus als öffentlicher Arbeitgeber eine Vorbildfunktion bei der Erfüllung seiner gesetzlichen Verpflichtungen und hat Einfluss auf das Verhalten seiner Organisationsmitglieder innerhalb des Krankenhauses. Darüber hinaus trägt ein NHS-Krankenhaus eine soziale Verantwortung gegenüber seinen Beschäftigten: gesundheitsbelastendes Verhalten durch Mobbing, Ausgrenzung, Über- oder Unterforderung muss erkannt und Maßnahmen ergriffen werden, damit ein gesundheitsförderndes Arbeitsklima entstehen kann.
- Es liegt im wirtschaftlichen Interesse eines Krankenhauses, den optimalen Umgang mit seinem Personal aufzubauen. Der Aufbau der Vielfalt und die Rechte der Einzelnen werden zwar von der Chancengleichheitspolitik des Landes beeinflusst, jedoch braucht eine Organisation ein gewisses Maß an Autonomie im Umgang mit ihrer Vielfalt. Denn die Vielfaltdimensionen, die für ein Krankenhaus relevant sind, sind nicht unbedingt deckungsgleich mit denen, die gesetzlich geregelt und gefördert sind.

Vor diesem Hintergrund scheint es sinnvoll, die **verbindlichen, gesetzlichen** Anforderungen von den **freiwilligen, organisationsbezogenen** Anforderungen zu unterscheiden. So lassen

sich Ziele und Vorgehensweisen jeweils klarer benennen. Der angestrebte Umgang mit Vielfalt kann so definiert werden, dass sich klare ökonomische Vorteile für das Krankenhaus erkennen lassen, die durch die Umsetzung von Zielen gestärkt werden können, die sich mit dem Wohlergehen der Beschäftigten befassen, wie etwa den Abbau von Ausgrenzung und kränkendem Verhalten. Gleichzeitig und unabhängig davon werden Targets definiert, um den rechtlichen Verpflichtungen nachzukommen. Diese sind, im Gegensatz zu den ökonomischen Zielen, nicht verhandelbar und müssen innerhalb von einem von den Gesetzgebern festgelegten Zeitrahmen umgesetzt werden.

Durch die Trennung der Ziele können einerseits schwerwiegende Themen wie Rassismus und rassistisch begründete Diskriminierung offen beim Namen genannt und nicht innerhalb einer Diversity-Management-Strategie beschönigt werden (vgl. Johns 2006, 283).

Und andererseits kann eine gezielte Gestaltung des Umgangs mit personeller Vielfalt die besonderen, komplexen strukturellen und kulturellen Gegebenheiten im Krankenhauskontext berücksichtigen. Ein Krankenhaus muss versuchen, seinen Personalbestand für die Bedürfnisse eines Krankenhausbetriebes optimal aufzubauen und den Umgang mit der Vielfalt seines Personals so zu gestalten, dass keine Beschäftigten ausgeschlossen und jedes Organisationsmitglied sein Potential für die Zielerreichung entfalten kann. Eine solche Neugestaltung beinhaltet eine Änderung der Organisationskultur, die langfristig ausgerichtet sein muss. Hierfür ist möglicherweise eine andere Zeitplanung notwendig, als für die Erbringung von zahlenmäßigen Nachweisen zur Umsetzung der Chancengleichheitsgesetze.

Da eine kombinierte *Equality & Diversity*-Strategie weder gesetzlich verlangt, noch vom britischen Gesundheitsministerium vorgeschrieben ist, steht es den NHS-Krankenhausorganisationen zu, diesen getrennten Weg zu gehen.

11.2 Neutrale Aufnahme des Ist-Zustandes

In Kapitel 10.2 wurde auf krankenhausspezifische Vielfaltdimensionen eingegangen, deren Bedeutung für die Krankenhauskultur bereits in Studien belegt wurden: die Gesundheitsprofession oder –berufsgruppe, der Dienstgrad oder Position in der beruflichen Hierarchie, die Fachabteilung oder der Expertenbereich. Die Bedeutung dieser Vielfaltdimensionen für den Krankenhausalltag ist etwas, auf die die Krankenhäuser Einfluss nehmen können. Gänzlich abschaffen lassen sich die vorhandenen Hierarchien und Machtstrukturen wohl nicht, und es wäre auch nicht sinnvoll, denn Experten sehen, bedingt durch die juristisch und fachlich geforderten Rangpositionen im medizinischen Dienst (vgl. Steinau 2007), ein gewisses Maß an Hierarchien im Krankenhaus weiterhin als notwendig (vgl. Montgomery, 2007; Steinau 2007). Ferner hän-

gen die Möglichkeiten eine Aufgabe zu delegieren, von der Gewährleistung medizinischer Qualitätserfordernisse ab (vgl. Glossmann et al. 2000). Auch lassen sich vorhandene Hierarchien nicht ohne weiteres umgestalten (vgl. Bach 1996) oder in eine Netzwerkorientierung umwandeln (vgl. Bate 2000). Doch sind sich viele Experten darüber einig, dass viele Probleme im Bereich Mobbing und Diskriminierung hausgemacht sind und zum Teil von den vorherrschenden Hierarchien abhängen (vgl. Degenhardt 1998; BMA 2006).

Für die Überprüfung solcher Strukturen lassen sich bereits für die *Equality & Diversity*-Strategien eingesetzte Instrumente für die Prüfung der krankenhausspezifischen Vielfaltdimensionen verwenden, wie etwa die systematische Auditierung von Prozessen und Richtlinien (*Equality Impact Assessments*), mit denen man Barrieren im Krankenhausalltag aufdecken kann. So könnte beispielsweise überprüft werden, in wie weit ein bestehender Prozess für die Meldung und Bearbeitung von Beinahe-Unfällen von der Tatsache beeinflusst wird, ob der Vorfall von einem Chefarzt verursacht und von einer Krankenschwester oder einem Juniorarzt beobachtet wird. Ebenso wäre wertvoll zu prüfen, ob Professions- oder Abteilungsübergreifende, innovative Ideen oder Verbesserungsvorschläge beispielsweise aus der Ambulanz durch einen etablierten Prozess in Fachkreisen aufgenommen und offen diskutiert, oder ob die Möglichkeit besteht, dass sie ohne weitere Prüfung von den mitbetroffenen Abteilungsleitern abgelehnt werden.

Die Beauftragung externer neutraler Auditoren trägt dazu bei, eine möglichst objektive Überprüfung der Prozesse und Strukturen sicherzustellen (ob im Rahmen von wissenschaftlichen Studien oder von Aufträgen an externe Berater). Vorgehensweisen, Schwerpunkte, Einschätzungen und Schlussfolgerungen können dann möglichst unabhängig von existierenden Machtstrukturen getroffen werden (siehe Kapitel 10.4).

Erst nach einer Analyse des Ist-Zustandes in der jeweiligen Organisation ist die gezielte Entwicklung von maßgeschneiderten Maßnahmen sinnvoll.

11.3 Akzeptanz für eine Kulturveränderung erhöhen

11.3.1 Förderung von Verhaltensänderungen mit Hilfe der BSC

Die entscheidende Frage ist, mit welchen Mitteln können King's und BTH die verschiedenen Akteure in ihren Organisationen dazu motivieren, bisherige Denk- und Handlungsweisen zu ändern. Waldmann und Kollegen schlagen den Direktoren von Gesundheitseinrichtungen vor, evidenz-basierte Verbesserungsmaßnahmen zu verwenden, damit man sich weniger mit einzelnen Personen und ihren Einflüssen auf Organisationskultur beschäftigt, sondern mehr mit Daten und Fakten:

„By methodically collecting, analyzing, and disseminating data on structure, processes, and outcomes in service delivery, the staff 's attention can shift from obsessing with personalities and divisive philosophical argument and focus more attention on improvement.“ (Waldmann et al. 2003).

Zwar sind King's und BTH bei der Umsetzung ihrer *Equality & Diversity* Strategien bisher methodisch und geplant vorgegangen. Ihre Datenbasis beschränkt sich allerdings überwiegend auf die mengenmäßige Repräsentation von Minderheiten in der Belegschaft (*staff monitoring*). Diese Analysen haben zwar wichtige Hinweise geliefert – etwa über mögliche Benachteiligungen bei der Vergabe von Beförderungen oder Auszeichnungen (siehe Kapitel 9.3), sie beschränken sich allerdings auf einzelne Vielfaltsdimensionen. Um die Akzeptanz von Maßnahmen zur Verbesserung der Organisationskultur im Sinne von Super-Diversity zu steigern, die einen respektvollen Umgang unter der Belegschaft im allgemeinen verlangt (mit einer gewissen Indifferenz gegenüber Unterschieden), reichen sie nicht aus.

Vor allem Führungskräfte „der alten Schule“, die eine Senior-Position innehaben, werden wenig motiviert sein, eine Organisationskultur zu ändern, die ihnen Vorteile bringt (siehe Kapitel 6). Ebenso werden Junior-Kräfte sich schwer tun, verinnerlichte Verhaltensweisen abzulegen, die sie von ihren Vorgesetzten übernommen haben (siehe Kapitel 6). Eine Sensibilisierung für die moralischen Verpflichtungen eines jeden Beschäftigten im Krankenhaus wird vor diesem Hintergrund nur wenig Erfolg zeigen. Um eine Verhaltensänderung in einer Organisation voranzutreiben, können Ziele in einer Balanced Scorecard festgeschrieben werden und diese mit Hilfe von entsprechend angepassten Abteilungs- und persönlichen Zielen in monetären Anreize umgewandelt werden. Für Baetge (2006) stellt die BSC sowohl ein Messinstrument für die Unternehmenskultur dar, als auch ein Werkzeug, mit dem die Vision und Strategie im Unternehmen kommuniziert wird.

„Dies geschieht z.B. dadurch, dass die aggregierte Unternehmens-BSC auf die Mitarbeiterbene heruntergebrochen wird, d.h., dass jeder Mitarbeiter seine eigene BSC hat, aus der er seine persönlichen Zielvorgaben, seinen Erfüllungsgrad der Ziele und die Maßnahmen zur Zielerreichung je Perspektive entnehmen kann“ (Baetge 2006, 6).

Auch wenn eine BSC kein Wundermittel darstellt, kann sie schon dazubeitragen, das Verhalten einer Abteilung in direkte Beziehung mit der Auszahlung von Boni, Gratifikationen oder freiwilligen Zusatzleistungen usw. zu bringen. Die Verwendung von vordefinierten Kennzahlen zur Messung des Zielerreichungsgrades hat gute Chancen im evidenz-basierten Gesundheitswesen akzeptiert zu werden. So könnte in der BSC eines Chefarztes oder einer Pflegeleitung die Anzahl der Beschwerden gegen Mitglieder, deren Fachabteilung oder Station unter x% zu

halten, die Bewertung der Zusammenarbeit durch andere Abteilungen auf ein bestimmtes messbares Niveau zu bringen usw. Hier ist es wichtig, die Ziele und ihre Kennzahlen sorgfältig zu definieren, so dass am Anfang auch kleinere Verbesserungen sichtbar gemacht und belohnt werden, da sich Verhaltensweisen meist nur langsam ändern lassen.

11.3.2 Der Sozialkapitalansatz zur Messbarmachung von Kulturveränderungen

Neben der Definition einzelner Ziele in einer BSC, könnte man mit Hilfe des Sozialkapitalansatzes den Mehrwert einer Kulturveränderung begreifbar machen und dadurch die Akzeptanz neuer Maßnahmen erhöhen. Der Sozialkapitalansatz befasst sich mit dem Einfluss der nicht-monetären, nicht-sichtbaren Elemente einer Organisation in Bezug auf die Organisationsmitglieder und ihre Leistung. Er rückt die immateriellen Ressourcen eines Unternehmens bzw. einer Organisation wie gemeinsame Wertvorstellungen, soziale Beziehungen und Führungsqualität ins Visier, die als Merkmale sozialer Systeme verstanden werden und die **sowohl die Leistungsfähigkeit als auch die Gesundheit der Beschäftigten fördern** (vgl. Pfaff et al. 2005; Badura et al. 2008, 7ff). Der Ansatz geht von der Prämisse aus, dass eine Organisation mehr benötigt um erfolgreich zu sein, als ausreichende finanzielle, technische und personelle Ressourcen. Neben Sach-, Finanz- und Human-Kapital spielen auch immaterielle Faktoren eine Rolle, wie etwa Vertrauen und soziale Beziehungen unter den Mitgliedern, gemeinsame Überzeugungen und Werte, und eine qualitativ hochwertige Führung, die die Werte der Organisation als Vorbild aktiv lebt und für die Gestaltung eines produktiven und zielgerichteten Arbeitsklimas verantwortlich ist (vgl. Badura et al. 2008, 31-41).

Ziel des Aufbaus vom betriebseigenen Sozialkapital in Unternehmen ist es, die „außerökonomischen Bedingungen wirtschaftlichen Erfolges“ (vgl. Badura et al. 2008, 7ff) zu verbessern, um die betriebswirtschaftlichen Ergebnisse einerseits und das Wohlbefinden und die Gesundheit der Belegschaft andererseits zu fördern, was sich wiederum positiv auf die Leistung der Beschäftigten auswirkt. So könnten King's und BTH sowohl ihre moralischen Ziele, die in der Tradition der jeweiligen Organisation fest verankert sind, als auch ihre ökonomischen Ziele für die Belegschaft sichtbar verknüpfen und messen. Erste Forschungsergebnisse konnten zeigen, dass vor allem die sozialen Beziehungen einen besonders starken Einfluss auf die Qualität der Leistung haben (vgl. Badura et al. 2008, 124-127). Ein gemeinsamer Vorrat an Werten und Überzeugungen, in Verbindung mit den Arbeitsbedingungen, wirkt sich ferner positiv auf die Gesundheit der Beschäftigten aus (ebd.).

Der Sozialkapitalansatz setzt auf den Aufbau oder die Wiederherstellung von Vertrauen - Vertrauen der Beschäftigten in ihre Vorgesetzte, in ihre Organisationsführung und unter einander

(vgl. Badura et al. 2008, 136-137). King's und BTH haben im Rahmen ihrer *Equality & Diversity*-Strategien einiges dazu beigetragen, dass ihre Personalbeschaffungs- und -entwicklungsprozesse für alle Beteiligten transparenter werden - ein wichtiger Schritt bei dem Abbau von Misstrauen und Unsicherheit (vgl. Badura et al. 2008, 137). Vor allem das Verhalten der direkten Vorgesetzten ist maßgeblich für die Qualität der zwischenmenschlichen Beziehungen, sowie für die Glaubwürdigkeit der Organisationswerte verantwortlich (vgl. Badura et al. 2008, 134-135).

Putnam unterscheidet zwischen "*bridging social capital*", das nach außen gerichtet ist und eingesetzt werden kann, um verschiedene Gruppen zu verbinden (z.B. zum Zweck des Informationsaustausches) und „*bonding social capital*“, welches nach innen gerichtet ist und die Identität der Gruppe stärkt. Für Putnam stellt das „*bonding capital*“ eine Art soziologischer Superkleber zwischen Gruppenmitgliedern und das „*bridging capital*“ ein soziologisches Schmiermittel zwischen den Gruppen dar, die gleichermaßen zur Erhaltung der gesellschaftlichen Werte und Normen beitragen (vgl. Putnam 2000, 23).

11.4 Förderung der Kulturveränderung

11.4.1 Super-Diversity als Beschreibung der Vielfalt des Personals

Anstelle des Kategoriedenkens, wäre es sinnvoll das Verständnis für die Vielfalt des Krankenhauspersonals als „super-diversity“ zu stärken. Denn wenn man sich selbst als Mitglied multipler Gruppen und mit multiplen Teil-Identitäten versteht, lassen sich Vorurteile besser abbauen, da es schwieriger wird, einzelne Personen einer bestimmten sozialen Kategorie zuzuordnen (vgl. Vertovec 2007, 27). Die Wahrnehmung der Fremdgruppe („*out-group*“) aus Sicht der Eigengruppe („*in-group*“) ändert sich dahingehend, dass sich die Fremdgruppe aus verschiedenen Untergruppen zusammensetzt und die Gruppe der „Anderen“ wird untergliedert. Das Maß an eigener interpersoneller Interaktion und Vertrauen, über Gruppengrenzen hinweg, steigt, da man selbst von verschiedenen Gruppen aus agiert (vgl. Hewstone et al. 2002, 592 in Vertovec 2007, 27). Diese Denkweise könnten BTH und King's durch den verstärkten Einsatz von multiprofessionellen Teams unterstützen, was wiederum einen positiven Einfluss auf die Zusammenarbeit selbst hätte.

Wenn es ein breites Verständnis in den Krankenhäusern dafür gäbe, dass Super-Diversity den aktuellen Zustand im Krankenhaus treffend beschreibt, würde dies die Diskussion um Inklusion, Integration und Wertschätzung im Krankenhauskontext möglicherweise voranbringen⁹².

⁹² Karakasoglu benutzt eine ähnliche Argumentation bezogen auf die Integrationspolitik Deutschlands in Hinblick auf türkeistämmige Migranten und Migrantinnen. In Anlehnung auf Vertovecs Konzept der Super-Diversity

11.4.2 Gemeinsame Werte stärken

Neben der Berücksichtigung der oben genannten krankenhausspezifischen Vielfaltsdimensionen, schlägt Vertovec vor, im Sinne von „Super Diversity“ den Fokus weg von Unterschiedlichkeiten zu lenken und verstärkt auf Gemeinsamkeiten zu setzen (vgl. Vertovec 2007, 6; vgl. auch Mason 2000, 99). In Anbetracht der krankenhausspezifischen Problematik mit Subkulturen, Konkurrenzdenken und Misstrauen stellt dies einen besonders wichtigen Punkt dar. Will man einen offenen und konstruktiven Umgang mit Vielfalt entwickeln, ist gerade dann der Aufbau gemeinsamer Werte notwendig, denn personelle Vielfalt bedeutet häufig auch eine Vielfalt an Ansichten, Wertvorstellungen und Überzeugungen. Weder BTH noch King's mussten Maßnahmen ergreifen, um von einer homogenen Belegschaft zu mehr Vielfalt zu kommen, da ihr Personal seit langem eine hohe Multikulturalität aufzeigt. Die Vielfalt der Wertvorstellungen und Ansichten liegen zum einen in den unterschiedlichen Kulturkreisen der Herkunftsländer oder aber beispielsweise in den unterschiedlichen Kulturen der Altersgruppen, der Geschlechter, der sozialen Schichten, der Professionen usw. begründet.

Wenn Menschen unterschiedliche Auffassungen von richtigem und falschem, bzw. akzeptablem und inakzeptablem Verhalten haben, wirkt dies verunsichernd auf die Beteiligten, die sich in ihren Grundwerten bedroht und sich gegenseitig abgelehnt fühlen. Werden die Grundwerte als inkompatibel empfunden, kann dies eine konstruktive Zusammenarbeit behindern und sowohl das Wohlbefinden der Gruppenmitglieder als auch deren Leistung negativ beeinflussen (vgl. Messick/Mackie 1989 zit. nach Van der Zee et al. 2004). Lässt man dagegen unterschiedliche Grundwerte nebeneinander bestehen, entsteht früher oder später eine Konfrontation (vgl. Judy/ Milowiz 2007). Eine Konsensfindung setzt voraus, dass eine Offenheit für unterschiedliche Meinungen und Auffassungen vorhanden ist. Wenn Vorurteile und Stereotypisierungen vorherrschen, wird der Stärkere dazu neigen, sich durchzusetzen, während der Schwächere sich zurückzieht. Eine Integration neuer Mitglieder in bestehende Netzwerke wird so erschwert bzw. unmöglich gemacht. Ist der Stärkere derjenige, der abweichende Wertvorstellungen mitbringt (dies könnte beispielsweise der Fall bei einem neuen Oberarzt aus einem anderen kulturellen Kreis sein), so können sich seine mitgebrachten Überzeugungen destabilisierend auf die Belegschaft auswirken (vgl. Baker 1997).

schlussfolgert sie: „Mit dem europäischen Länder vergleichenden Blick auf die zweite Generation von Personen mit und ohne Migrationshintergrund wird deutlich, dass sowohl nationale Kontextbedingungen (z.B. politische Strukturen, Bildungssystem, integrationspolitische Maßnahmen) wie auch Veränderungsprozesse im Lebens- und Generationenverlauf sowohl bei Personen mit wie auch ohne Migrationshintergrund in künftigen wissenschaftlichen Studien und politischen Analysen berücksichtigt werden müssen, wenn man das komplexe Phänomen und die Mechanismen gesellschaftlicher Integration verstehen will.“, (Karakasoglu, 2011). Eine Übertragung ihrer Überlegungen auf den Kontext Krankenhaus-Trust scheint m.E. mit einer ähnlichen Argumentation sinnvoll und machbar.

Neben der steigenden Vielfalt an Ansichten und Werten, haben Krankenhausbeschäftigte ohnehin viele verunsichernde Veränderungen durch die ständigen NHS-Reformen (siehe Kapitel 5) erlebt, die sich u.a auf die Rollenverständnisse und Verantwortungsbereiche der Belegschaft destabilisierend auswirken:

„[...] *unrelenting change can slowly, but effectively, drive a wedge between an organization and its employees' values, gradually decreasing what is shared*“
(Crow 2002, Hervorhebung durch AF).

Ein Vorrat an **gemeinsamen** Werten und Überzeugungen dagegen, liefert den Beschäftigten Orientierung und Stabilität (vgl. Badura et al. 2008, 35-36;). So scheint es ratsam für King's und BTH, im Sinne einer Stärkung ihres Sozialkapitals (siehe oben), den Vorrat an gemeinsamen Wertvorstellungen, Normen und Überzeugungen in ihren Organisationen zu stärken. Hier gewinnt die Rolle des Führungskapitals an Bedeutung. So ist es eine Aufgabe der Führungskräfte, destabilisierenden Effekten von Super-Diversity entgegenzuwirken, und dafür Sorge zu tragen, dass die Beschäftigten eine stabile Orientierung haben, um produktiv arbeiten können. Wenn Beschäftigte aus unterschiedlichen Kulturkreisen oder Bevölkerungsgruppen stammen und „von Haus aus“ keine gemeinsamen Werte und Überzeugungen besitzen, brauchen sie klare Vorgaben und ein eindeutiges Wertesystem vonseiten der Organisation, um ihr gemeinsames Arbeitsleben gestalten zu können. Bei steigender personeller Vielfalt gilt: Die Beschäftigten müssen nicht alle in den gleichen Bahnen denken und handeln. Denn

„*Partner müssen – bei aller Unterschiedlichkeit – füreinander berechenbar sein.*“ (Doppler/Lauterburg 1995).

An der Ausgestaltung eines berechenbaren Arbeitsklimas sind die Führungskräfte maßgeblich beteiligt. Dazu gehört es auch, eine eindeutige Haltung des Krankenhauses und des Vorgesetzten gegenüber Mobbing, Ausgrenzung und respektlosem Umgang miteinander festzulegen. Das Verhalten des Vorgesetzten animiert die Beschäftigten Veränderungen am bisherigen Wertesystem zu überdenken und anzunehmen:

„*cultural norms arise and change because of what leaders focus their attention on, how they react to crises, the behaviors they role model, and whom they attract to their organizations*“ (Bass/Avolio 1990).

11.4.3 Die Bildung von sozialen Beziehungen unterstützen

Positive soziale Beziehungen ermöglichen eine vertrauensvolle Vernetzung und Kommunikation der Organisationsmitglieder untereinander und fördert Kooperation (vgl. Waisel 2005; Badura et al. 2008, 32-34; Kunz 2000). Auch sie stärken das Sozialkapital einer Organisation

und auch hier ist das Verhalten der direkten Vorgesetzten maßgeblich für die Qualität der zwischenmenschlichen Beziehungen am Arbeitsplatz verantwortlich (vgl. Badura et al. 2008, 134-135).

In Bezug auf „super diversity“ ist Vertovec der Meinung, dass soziale Beziehungen zwar persönliche Unterschiede und die Zugehörigkeit zu unterschiedlichen Gruppen und Sub-kulturen nicht leugnen sollen, aber dass die Unterschiede einfach keine Rolle spielen, da man selbst super-diversity aufweist (vgl. Vertovec 2007).

Interessant ist seine Beobachtung, dass die Interaktionen nicht tiefergreifender Natur sein müssen – sie können vielmehr einfache Formen von Anerkennung, Zuvorkommenheit und Rücksicht umfassen, die mit einer gewissen „Indifferenz“ gegenüber Vielfalt einhergeht (vgl. Lofland 1998, 33 in Vertovec ebd.; Lee 2002, 180ff). Diese Indifferenz oder Gleichgültigkeit ist nicht gleich zu setzen mit einer „Nivellierung von Unterschieden“, die Becker als Kritikpunkt gegen das Fairness-Paradigma nennt (vgl. Becker M. 2006 siehe Kapitel 2.2.3), sondern vielmehr als genormtes Sozialverhalten gegenüber allen (Gesellschafts- oder Organisations-)Mitgliedern zu verstehen – d.h. Mitglieder werden mit der gleichen als selbstverständlich empfundenen Rücksicht und Höflichkeit begegnet, ohne dass eine Berücksichtigung deren Vielfaltsdimensionen stattfindet. Unterschiede werden nicht geleugnet, sie spielen aber in den Interaktionen auf dieser Verhaltensebene einfach keine Rolle. Die verschiedenen Gruppen müssen Verhaltensweisen entwickeln, die den Prinzipien der höflichen und respektvollen täglichen Interaktion entsprechen (Vertovec spricht hier von „*processes of civil-integration*“) (vgl. Vertovec 2007, 29).

Wie in Kapitel 6.4. diskutiert, lässt der typische Krankenhausalltag nicht immer zu, dass tiefere Beziehungen zwischen Mitgliedern der verschiedenen Gruppen entstehen, auch wenn sie immer wieder kooperieren und zusammenarbeiten müssen. Es entstehen stattdessen lockere, flüchtige Arbeitsbeziehungen überwiegend fachlicher Natur (vgl. Reeves/Lewis 2004). Wenn Vertovec, Lee und andere Autoren Recht haben, stellt weder die Flüchtigkeit noch die mangelnde Tiefe dieser Beziehungen notwendigerweise ein Problem dar, denn respektvolle Interaktionen sind trotzdem möglich, wenn sich Verhaltenregeln und Normen entwickeln. Allerdings macht Lee darauf aufmerksam, dass die selbstverständlichen, höflichen Verhaltensweisen nicht ohne Anstrengung entstehen: Wille, Energie und Geduld sind oftmals notwendig, um für beide Seiten nützliche Alltagsroutinen aufzubauen (vgl. Lee 2002, 180ff).

Demnach müssen King's und BTH Maßnahmen ergreifen, die die sozialen Beziehungen (im Sinne von Putnams „*bridging capital*“) verstärken und zwar so, dass in der Interaktion zwischen Gruppen oder Individuen eine Gleichgültigkeit gegenüber Unterschieden herrscht.

11.5 Nächste Schritte?

11.5.1 Anforderungen

Ein passender Managementansatz zur Gestaltung des Umgangs mit Vielfalt in den NHS-Krankenhäusern müsste dafür sorgen, dass:

- sich alle Beschäftigten und Gruppen der gleichen, übergeordneten sozialen Formation „Krankenhaus“ zugehörig fühlen, die ihnen eine übergeordnete, gemeinsame Ausrichtung und einvernehmliche Grundwerte gibt (Stärkung des Wertekapitals)
- ein Arbeitsumfeld geschaffen wird, in dem die unterschiedlichen Akteure sich gegenseitig mit Respekt und „auf Augenhöhe“ begegnen und konstruktive soziale Beziehungen bilden können (Stärkung des „*bridging capital*“)
- eine gewisse „Gleichgültigkeit“ gegenüber personeller Vielfalt empfunden wird: denn der individuelle und einzigartigen Beitrag zur gemeinsamen Zielerreichung wird in den Mittelpunkt gerückt, anstelle der Betonung auf persönliche Vielfaltsdimensionen, die diesen Beitrag prägen bzw. dem nachgesagt wird, dass sie diesen Beitrag prägen (Wahrnehmung von Super-diversity)

Was bedeutet dies für die aktuellen Strategien bei BTH und King's?

11.5.2 Vision/Ziel

Die verschiedenen Diversity-Statements von King's (siehe Kapitel 8.2.1) wäre für einen Sozialkapitalansatz für Super-Diversity noch zutreffend nämlich: „*respect, consideration and fairness for all.*“ (vgl. King's 2006a). Und auch wenn die heutige Vision von BTH eher das Thema „Spiegelbild der Lokalbevölkerung“ behandelt (siehe Kapitel 8.2.2.), bezieht sich das Diversity-Statement aus dem Jahre 2003/2004 auf eine Kultur des Respekts und der Wertschätzung, die mit Sozialkapital für Super-Diversity vereinbar ist.:

„It is about creating a working culture and practices that recognise, respect, value and harness difference for the benefit of the organisation and the individual“ (BTH 2004, 2).

Dies trifft auch für die Definition zu, die das *Department of Health* in seinem Bericht 2003 verwendet:

„Diversity is about the recognition and valuing of difference in its broadest sense. It is about creating a working culture and practices that recognise, respect, value and harness difference for the benefit of the organisation and the individual, including patients.“ (DoH 2003a, 2).

Ziel eines Sozialkapitalansatzes für Super-Diversity in den NHS-Krankenhäusern wäre sowohl die Verbesserung der Betriebsergebnisse, als auch des Wohlbefindens der Beschäftigte (was sich auch positiv auf die Leistung auswirkt). Diese Ziele wären durch eine Verbesserung der Organisationskultur zu erreichen und zwar dahingehend, dass das Vertrauen der Beschäftigten und der unterschiedlichen Gruppen zueinander und die Qualität des Informationsaustausches und der Zusammenarbeit steigen und gleichzeitig das Wohlbefinden und die Gesundheit der Beschäftigten verbessert.

11.5.3 Training & Sensibilisierungsmaßnahmen

Da die Themen Chancengleichheit und Antidiskriminierung in einer getrennten Strategie behandelt würden, lägen die Schwerpunkte der Training- und Sensibilisierungsmaßnahmen für einen Sozialkapitalansatz auf der Schaffung eines Bewusstseins unter dem Personal für Super-Diversity. Hier müsste die Bedeutung von Super-Diversity für die eigene Identität und die Wahrnehmung von Inklusion und Exklusion in Bezug auf die vorhandenen Gruppen, Abteilungen und Kulturen im Krankenhaus thematisiert werden.

Anstatt einzelner Vielfaltsdimensionen unter die Lupe zu nehmen, wäre die Vertiefung von allgemeinen sozialen Kompetenzen laut Kai sinnvoll, die es den Beschäftigten und Führungskräften ermöglicht, flexibel auf Unterschiedlichkeiten zu reagieren:

*„clearly no ‚knowledge based‘ training can prepare professionals for all the issues that ever increasing diversity creates. **Learning generic skills to respond flexibly to all encounters is more appropriate**”.*

(Kai 2003 in Vertovec 2006, 29, Hervorhebung durch AF).

Des Weiteren helfen Kenntnisse über die eigenen Vorurteile und „Schubladendenken“ dabei, grundsätzlich sensibler im Umgang mit anderen zu werden (ebd., vgl. Fanshawe/ Sriskandarajah, 2010, 33).

Allerdings führen Wissen und Kenntnisse allein nicht ohne weiteres zu Integration und Kohäsion von Organisationsmitgliedern. Es muss regelmäßige Interaktionen geben, damit Normen und Verhaltensweisen in verschiedenen Kontexten tatsächlich erlebt werden.

11.5.4 Prozesse und Strukturen für Sozialkapital schaffen

Prozesse und Strukturen müssen geschaffen werden, die Sozialkapital entstehen zu lassen, beispielsweise durch die Bildung von abteilungs- und professionsübergreifenden Netzwerken. Netzwerke sind bereits im Rahmen der *Equality & Diversity*-Strategien von King's und BTH gefördert worden, z.B. BME-Netzwerke oder Netzwerke für homosexuelle Beschäftigte, wie

bereits in den Kapiteln 8 und 9 gezeigt. Netzwerke im Sinne eines Sozialkapitalansatzes für Super-Diversity wären aber als Instrument zu verstehen, das für den Austausch unter verschiedenen Gruppen, abteilungs- und professionsübergreifend, zu implementieren wäre. Der Austausch kann sowohl eine vorübergehende, temporäre Einrichtung im Rahmen von Projekten oder dauerhafter Natur sein. Ziel solcher Netzwerke ist es, die Kommunikation und Erfahrungsaustausch zu fördern. Scott und Hofmeyer (2007) sehen in Netzwerken eine attraktive Form von Zusammenarbeit, da diese eher informell sind und jedem/jeder Zugang bieten, im Gegensatz zu formellen Gruppen, deren Gründung gerade zur Lösung von Konfliktthemen eine Herausforderung sein kann. Auch die Schaffung von informellen und flüchtigen Treffen zwischen Mitgliedern unterschiedlicher Gruppen, könnte dazu beitragen, dass man sich weniger als „andersartig“ wahrnimmt (vgl. Vertovec 2007), denn wie Kapitel 6.4 zeigen konnte, wird ein informeller sozialer Austausch im Form von Small-Talk zwischen den Professionen in manchen Kreisen vermieden oder gar als „feminin“ empfunden.

Die Einführung eines abteilungs- und professionsübergreifenden Mentoringprozesses für neue Beschäftigte und Nachwuchskräfte, bietet möglicherweise eine weitere Chance für die Bildung von Netzwerken und Vertrauen im Sinne von „*bridging capital*“. Allerdings muss eine entsprechende offene und angstfreie Organisationskultur vorhanden sein, um die Vorteile von Mentoring zu erzielen (vgl. Arkutu/Rock 2006).

Mentoring wird ohnehin in manchen NHS-Organisationen eingesetzt – z.B. die Mentoring-Programme für Nachwuchsführungskräfte aus der Gruppe der *Black and Minority Ethnic*s, aber auch z.B. für Krankenhausärzte im Allgemeinen, und diese haben bereits gute Ergebnisse erzielt, wie eine qualitative Studie von sechs Mentoring-Programmen in NHS-Krankenhäusern zeigen konnten (vgl. Steven et al. 2008). Vor allem wurden nicht nur persönlicher Nutzen der Teilnehmer und Teilnehmerinnen identifiziert, sondern auch Hinweise dafür, dass Interaktionen innerhalb der Organisation davon profitieren können:

[T]he perceived benefits of involvement in mentoring may cross the personal/professional interface and may override organizational differences. Furthermore the map developed highlights the complex relationships which exist between the three areas of professional practice, personal wellbeing and personal and professional development. (Steven et al. 2008).

Eine Weiterentwicklung des Mentorings im Krankenhauskontext stellt das interprofessionelle Mentorings dar, wie von Heidari (2007) vorgeschlagen, das im Sinne des Sozialkapitalansatzes das Mentoring beispielsweise von jungen Ärzten und Ärztinnen durch erfahrenes Krankenpfle-

gepersonal vorsieht. Als Ergebnis seiner Untersuchung solcher Mentoringprogramme stellt Heidari fest:

„[I]nterprofessional mentoring can contribute to a change in culture within health care towards one that embraces team working and collaboration, particularly among nurses and doctors. It does this by giving nurses and doctors the opportunity to learn about, with and from each other and creates an environment that allows for dialogue and interaction on a personal and professional level. (Heidari 2007, 203).

Heidari räumt allerdings ein, dass die Vorteile erst erreicht werden können, wenn die Einstellungen der Mentoren und Mentees offen für interprofessionelle Zusammenarbeit sind (vgl. ebd. 203). Voraussetzung ist, dass sich die unterschiedlichen Professionen mit Respekt begegnen (vgl. ebd. 219).

11.5.5 Qualifizierung des Führungspersonals

Es muss ein gemeinsames Verständnis unter Führungskräften dafür entwickelt werden, dass die traditionell gelebten Prozesse und Strukturen nicht, oder nicht mehr, ausreichend funktionieren (vgl. Crow 2002). Im Prinzip wissen viele Führungskräfte in den NHS-Krankenhäusern, dass einiges im Argen liegt (vgl. Mannion et al. 2008). Dieser erste Schritt dürfte umso schwerer sein, weil viele Führungskräfte selbst vom jetzigen Zustand profitieren. Hier kann man nur durch Dialog und Aufklärung versuchen, einen Konsens zu finden, in dem man klar macht, dass die Vorteile der Veränderung für die NHS-Krankenhaus-Trust auch Vorteile (ökonomischer Art) für alle Abteilungen und Funktionsbereiche bedeuten. Um das *bridging capital* innerhalb der Gesamtorganisation aufzubauen, müssen eine gemeinsame Ausrichtung und geteilte Zielsetzung für alle Abteilungen, Stationen und Institute im Krankenhaus definiert, kommuniziert und gelebt werden, um Vertrauen zu fördern. Dies wird man ohne die Unterstützung der Führungskräfte nicht erreichen können. Hunt (2007) ist der Meinung, dass dieses komplexe Themenfeld mehr erfordert als einfache Instrumente und setzt intrinsische Motivation seitens der Führungskräfte voraus.

11.5.6 Kommunikation und Informationsübermittlung

Im Bereich der Kommunikation Informationsübermittlung innerhalb der Krankenhausorganisationen, geht es darum, sicherzustellen, dass Berufsgruppen- und Abteilungsübergreifend „die gleiche Sprache gesprochen wird“ (vgl. Waldmann et al. 2003). Viele Sub-kultur pflegen ihre eigenen Ausdrucksweisen und ihren eigenen Kommunikationsstil. Damit Klarheit bzgl. der Verfolgung gemeinsamer Ziele und Wertvorstellungen herrschen kann, müssen die Organisati-

onsmitglieder eine gemeinsame Sprache teilen. Hier können hausinterne Standards und Schulungen helfen (ebd.).

11.6 Fazit

Kapitel 11 hat sich mit der Frage 7 befasst, ob es möglicherweise Managementansätze gibt, die besser geeignet wären, den Umgang mit Vielfalt in den NHS-Krankenhäusern zu gestalten, als Diversity-Management wie es bisher eingesetzt wurde? (siehe Fragestellung in Kapitel 3.4.). Als Erstes wurde festgestellt, dass die Zusammenlegung von Chancengleichheits- und Vielfaltszielen in einer kombinierten *Equality & Diversity*-Strategie verschiedene Problematiken mit sich gebracht hat, so dass eine klare Trennung der gesetzlich geforderten und nicht verhandelbaren Anti-Diskriminierungsmaßnahmen einerseits und die Gestaltung des verhandelbaren Umgangs mit personeller Vielfalt andererseits sinnvoll erscheint.

Eine unabhängige neutrale Analyse des Ist-Zustandes wäre hilfreich, damit eine Auswertung unabhängig von existierenden Machtstrukturen durchgeführt werden kann. Wo lassen sich Verhaltensweisen erkennen, die in den krankenhaustypischen Hierarchien, in dem Selbstbild der einzelnen Professionen und in den Vorurteilen gegenüber anderen Fachrichtungen begründet liegen? Wo lassen sich Barrieren und Hindernisse für Inklusion und eine gute Zusammenarbeit identifizieren?

Auch wenn die Notwendigkeit für eine Kulturveränderung im Krankenhaus ausreichend kommuniziert und erläutert wird, muss damit gerechnet werden, dass sich vor allem die Beschäftigten wehren werden, die von den aktuellen Hierarchien und Machtstrukturen profitieren. Mit Hilfe von Abteilungs- und persönlichen Zielen in Form einer BSC, können Anreize geschaffen werden, damit kulturbezogene Veränderungen leichter durchsetzbar und messbar werden.

Auch der Sozialkapitalansatz bietet eine Möglichkeit, immaterielle Einflussfaktoren, wie gemeinsame Werte, soziale Beziehungen und Führungsqualität sichtbar und ihre Auswirkung auf die Gesundheit der Beschäftigten und auf die Betriebsergebnisse messbar zu machen.

Die Betrachtung des Krankenhauspersonals als eine Form von Super-Diversity bietet die Möglichkeit, die Komplexität wieder zu berücksichtigen, die von herkömmlichen Diversity-Ansätzen reduziert wird. Demnach ist ein Beschäftigter sowohl als Mitglied seiner/ihrer Profession als auch Mitglied seiner/ihrer Fachabteilung oder Station, seiner/ihrer Karrierestufe usw. und gleichzeitig Mitglied einer übergeordneten sozialen Formation namens Krankenhaus zu verstehen.

Das Bewusstsein dafür, dass man sich über die eigene Mitgliedschaft unterschiedlicher Gruppen definieren kann, kann helfen, die eigene Wahrnehmung von Inklusion und Exklusion zu

verändern. Diskriminierung durch die Zuordnung von Personen in Kategorien wird durch die multiple Zugehörigkeit zu Gruppen erschwert. Ferner können, so Vertovec (2007), auch flüchtige Interaktionen harmonisch verlaufen, wenn ein Prozess der *“civil integration”* stattfinden kann, der die Etablierung von routinierten Verhaltensweisen und dem respektvollen und rücksichtsvollen Umgang miteinander ermöglicht. Dies setzt aber voraus, dass Machstrukturen Begegnungen *“auf Augenhöhe”* zulassen.

Mit der Stärkung von gemeinsamen Werten und Ansichten erhalten die Beschäftigten eine Orientierung – besonders wichtig in unruhigen Zeiten und vor allem dann, wenn das Personal eine hohe Vielfalt aufweist. Ebenso wichtig ist die Stärkung der konstruktiven sozialen Beziehung in Form von *„bridging capital“*, das den Austausch und die Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Gruppen fördert.

Besonders in Hinblick auf die vorgestellten Problembereiche im Umgang mit personeller Vielfalt, lassen sich einige Maßnahmen identifizieren, die King's und BTH in ihre bestehenden Konzepte integrieren können.

Das letzte Kapitel wird sich zunächst mit der Frage auseinandersetzen, ob sich Erkenntnisse aus den Erfahrungen in England identifizieren lassen, die für deutsche Krankenhäuser von Interesse sein könnten. Dabei wird die generelle Situation in Deutschland in Bezug auf das Verständnis für Diversity kurz untersucht. Im Anschluss werden die Schwachstellen der Organisationskultur deutscher Krankenhäuser im Vergleich zu den in den NHS-Krankenhäusern umrissen, um dann einen Ausblick für deutsche Krankenhäuser im Umgang mit personeller Vielfalt zu geben.

12 ZUSAMMENFASSUNG MIT BLICK AUF DEUTSCHLAND

12.1 Der Umgang mit Vielfalt in Deutschland

12.1.1 Rechtliche Rahmenbedingungen

Die vorangegangenen Kapitel haben gezeigt, dass das Interesse Englands am Thema Diversity zu einem guten Teil historisch gewachsen ist und mit einer Vielzahl an Faktoren zusammenhängt: etwa mit den Einwanderungsströmen, der Einwanderungspolitik, der gesellschaftlichen Reaktion auf zunehmende Migration, der daraus resultierenden Gesetzgebung im Bereich Chancengleichheit usw. Diese Entwicklungen haben dazu geführt, dass das Thema Diversity offen in den englischen Medien, in der Gesetzgebung und in der Gesellschaft thematisiert wird, und letztendlich in der Entwicklung der *Equality & Diversity*-Strategien der zwei Beispielkrankenhäuser mündete.

Deutschland blickt natürlich auf eine ganz andere geschichtliche und gesellschaftliche Entwicklung zurück. Und wie Tatli (2010 – siehe Kapitel 2.6) schildert, können sich Ereignisse auf der Makro-Ebene auf den Umgang mit Vielfalt auf der Organisationsebene auswirken. Die Schwerpunkte der deutschen Diversity-Management-Praxis liegt heute auf den Merkmalen Gender/ Frauen, Ethnizität/ Migrationshintergrund (im Sinne von kulturellen Unterschieden), Alter, Behinderung sowie familiäre Situation (vgl. Krell, 2008, 64), d.h. auch hier zu Lande werden Schwerpunkte entlang einzelner Vielfaltdimensionen mit Fokus auf Chancengleichheit gesetzt. Einer Befragung von Krell, Pantelmann und Wächter (2006) zufolge, konzentriert sich die *Forschung* im deutschsprachigen Raum hauptsächlich auf zwei Diversity-Dimensionen: Geschlecht und Kultur. Weitere Forschungsgegenstände – allerdings weit seltener berücksichtigt – sind Alter sowie die familiäre Situation im Sinne von einer Work-Life-Balance. Im Gegensatz zu den Vorgehensweisen in England, werden die Vielfaltdimensionen Behinderung und Religion extrem selten in Deutschland berücksichtigt, und die Vielfaltdimension „sexuelle Orientierung“ so gut wie gar nicht. Dies liegt möglicherweise an der deutschen Gesetzgebung zu Chancengleichheit, Gleichstellung und Vielfalt.

Die grundsätzliche Rechte deutscher Bürger und Bürgerinnen sind im deutschen Grundgesetz festgelegt. Art. 3 Abs. 3 schreibt vor, dass niemand aufgrund des Geschlechts, der Abstammung, der Rasse, der Sprache, der Heimat und Herkunft, des Glaubens, der religiösen oder politischen Anschauungen benachteiligt oder bevorzugt werden darf. Auch dürfen Menschen auf Grund einer Behinderung nicht benachteiligt werden. Für Beschäftigte gelten weiter Regelungen aus dem Betriebsverfassungsgesetz (BetrVG). So legt § 75 fest, dass Arbeitgeber und

Betriebsrat darüber zu wachen haben, “ dass jede unterschiedliche Behandlung von Personen wegen ihrer Abstammung, Religion, Nationalität, Herkunft, politischen oder gewerkschaftlichen Betätigung oder Einstellung oder wegen ihres Geschlechts oder ihrer sexuellen Identität unterbleibt. Sie haben darauf zu achten, dass Arbeitnehmer nicht wegen Überschreitung bestimmter Altersstufen benachteiligt werden. (2) Arbeitgeber und Betriebsrat haben die freie Entfaltung der Persönlichkeit der im Betrieb beschäftigten Arbeitnehmer zu schützen und zu fördern.“

In Anpassung an das EU-Recht sind Arbeitgeber darüber hinaus an das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG – seit 2006 in Kraft) gebunden. Arbeitgeber sind danach verpflichtet, „Benachteiligungen aus Gründen der Rasse oder wegen der ethnischen Herkunft, des Geschlechts, der Religion oder Weltanschauung, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Identität zu verhindern oder zu beseitigen“. Ferner gelten Landesgleichstellungsgesetze, die die länderspezifische Gleichstellung der Geschlechter und behinderter Menschen regeln.

Rechtliche Rahmenbedingungen, insbesondere durch die Verabschiedung des AGG, stellen also die Weichen für den Umgang mit Vielfalt auch in Deutschland, und zwar, wie in England, in Hinblick auf der sechs Hauptdimensionen: ethnischer Herkunft, Geschlecht, Religion/Weltanschauung, Behinderung, Alter oder sexuelle Orientierung.

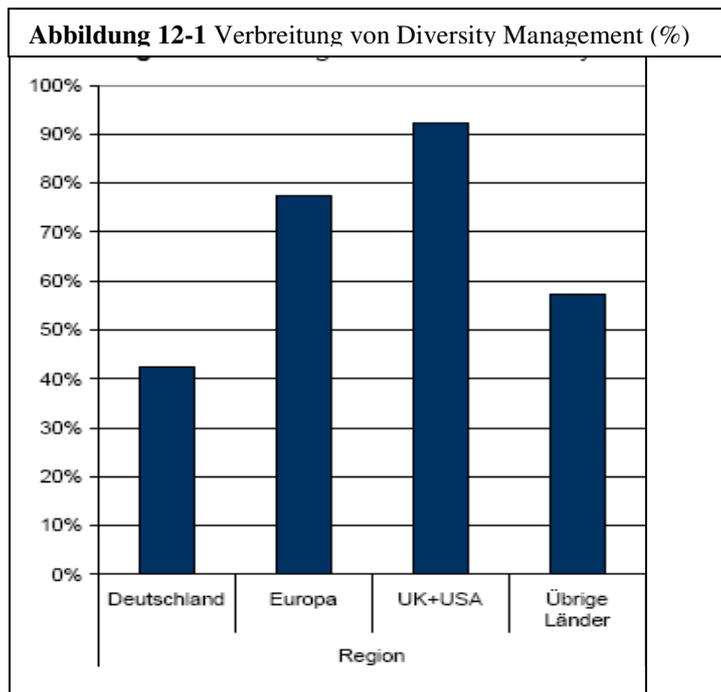
12.1.2 Einstellung zu Diversity Management

Krell (2008, 68) sieht Diversity-Management nur in der deutschen Privatwirtschaft, während der deutsche öffentliche Dienst seinen Schwerpunkt lediglich auf Gendermainstreaming gesetzt hat. Für Stuber ist fraglich, ob Deutschland überhaupt die staatlich-politischen, gesellschaftlich-kulturellen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für einen positiven Umgang mit Diversity bietet (vgl. Stuber 2004, 101ff). Als Beispiel nennt er die deutsche Wiedervereinigung und weist auf die wenig wertgeschätzten Unterschiede, die die ehemaligen DDR-Bürger gezwungenermaßen gegen westliche Gegebenheiten eintauschten. Ferner nennt Stuber die deutsche Managementkultur als Diversitätsbremse. Manager seien wenig bereit Risiken einzugehen und neues auszuprobieren. Umso stärker ausgeprägt ist die Leistungsorientierung, so dass „Minderheiten“ sich in bisher herrschenden Monokulturen durch besonders hohe Leistung beweisen müssen. Im Vergleich ist die Managementkultur in den USA und im UK humanorientierter und weniger leistungsorientiert.

Laut einer Studie im Auftrag der Bertelsmann Stiftung, ist die Verbreitung von Diversity Management in Deutschland wesentlich weniger ausgeprägt als in den USA und dem UK und weniger als im übrigen Europa (siehe Abb. 12-1), denn die deutschen Führungskräfte sehen kei-

nen Nutzen in Diversity-Management (vgl. Köppel et al., 2007, 11ff). Diversity wird viel mehr unter dem Aspekt des „*fairness-and-discrimination paradigms*“ und Diversity-Management folglich als Zwang, besten Falls eine Notwendigkeit, betrachtet.

Man sieht aber hier eine ähnliche Betonung auf Unterschiede anstelle eines Verständnisses für Super-Diversity und einer inkludierenden Indifferenz gegenüber Andersartigsein, wie von Vertovec (2007) propagiert.



Quelle: vgl. Köppel et al. 2007, 9

12.2 Situation in deutschen Krankenhäusern

12.2.1 Die Vielfalt des Krankenhauspersonals

Seit Jahren stehen Deutschlands Krankenhäuser im Ruf, unter organisatorischen, kulturellen und kommunikationsbezogenen Defiziten zu leiden. Diese wirken sich negativ auf die Zusammenarbeit zwischen den Abteilungen, Professionen und Fachdisziplinen aus (vgl. Büssing 1997; von Eiff 2007). Das schlechte Arbeitsklima vieler Einrichtungen wird häufig für die hohen Krankenstände und Fluktuationsraten verantwortlich gemacht. Die Attraktivität des Arztberufs nimmt immer mehr ab und führt zu einer verstärkten Abwanderung der Fachkräfte in die Industrie oder ins Ausland, wo sie sich jeweils bessere Arbeitsbedingungen und höhere Gehälter erhoffen (vgl. von Eiff 2007). Diese Effekte, zusammen mit demografischen und marktwirtschaftlichen Entwicklungen, führen zu Personalengpässen, so dass sich Personalverantwortli-

che gezwungen sehen, sich von ihren alten Vorstellungen des „typischen Kandidaten“ trennen und aus einem erweiterten Bewerberpool zu rekrutieren. Das Ergebnis ist eine steigende personelle Vielfalt in den deutschen Gesundheitseinrichtungen, wie folgende Zahlen verdeutlichen.

Im Jahr 2008 verließen ca. 3.000 Ärzte und Ärztinnen Deutschland, etwas mehr als im Vorjahr (vgl. Kopetsch 2008; Kopetsch 2009). Mangelnde Nachwuchskräfte lässt das Durchschnittsalter der im Krankenhaus tätigen Ärzte und Ärztinnen ansteigen, von durchschnittlich 38,5 Jahren im Jahr 1996 auf 41 Jahre im Jahr 2007. Fast 5% der Ärzteschaft ist über 60 Jahre alt (vgl. Kopetsch 2008).

Von den 12.000 Krankenhausbeschäftigten im ärztlichen Dienst (vgl. Destatis 2008), stammten im Jahr 2008 8,8 % aus dem Ausland – ein Zuwachs zum Vorjahr von 7,3 % (vgl. BÄK 2008). Mehr als 1000 Fachkräfte stammten aus Russland und der ehemaligen Sowjetunion, weitere Mediziner und Medizinerinnen kamen aus Österreich (1.112), Griechenland (943) und Polen (925) (ebd.). Der Anteil der Frauen, die im medizinischen Dienst angestellt sind, ist von ca. 30 % Anfang der 1990er (vgl. Gerste et al. 2002) auf 41,3 % in 2007 angestiegen (vgl. Kopetsch 2008). Mit der Zunahme an weiblichen Beschäftigten hat sich auch der Anteil der Teilzeitbeschäftigten im ärztlichen Dienst erhöht und zwar auf 18.596 oder 13,6 % (vgl. Destatis 2008).

Im Hinblick auf das Krankenpflegepersonal steigt auch hier das Durchschnittsalter, mit 17,2 % der Beschäftigte in der Pflegeprofession im Jahr 2005 über 50 Jahre alt (im Jahr 1999 waren es nur 12,2 %⁹³) (vgl. dip 2007). Das Durchschnittsalter betrug 38,4 Jahre im Jahr 2006, obwohl es in manchen Kliniken deutlich höher liegt (vgl. CKM 2006).

Im Gegensatz zu Großbritannien, findet ein aktives Anwerben von Krankenpflegepersonal aus dem Ausland in Deutschland kaum statt. Schambortski et al. (2008) sprechen von 21.000 ausländischen Pflegekräften zum Stichtag 2004 in den deutschen Krankenhäusern, das sind ca. 5 % des Pflegepersonals. Laut Krankenhaus Barometer 2005 geht man von durchschnittlich zwölf ausländischen Krankenpflegekräften pro Krankenhaus aus (obwohl sie tatsächlich fast ausschließlich in den alten Bundesländern arbeiten). Die Beschäftigten in den Pflegediensten sind traditionell weiblich und fast die Hälfte von ihnen arbeitet in Teilzeit oder als geringfügig Beschäftigte (vgl. Destatis 2008).

In der Krankenhausverwaltung sind ca. 70.055 Personen in Deutschland beschäftigt, die Mehrheit von ihnen ist weiblich und vollzeitbeschäftigt (vgl. Destatis 2008). Im Jahr 2006 betrug das Durchschnittsalter in der Krankenhausverwaltung 41 Jahre, wobei – wie bei dem Pflege-

⁹³ Die Zahlen beziehen sich auf die sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten in der Krankenpflege

personal - es Kliniken gab, die ein deutlich höheres Durchschnittsalter von 55 Jahren hatten (vgl. CKM 2006). Zur Anzahl der ausländischen Mitarbeiter in den Verwaltungsdiensten sind keine Statistiken bekannt.

Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass in den drei Hauptbereichen (Medizin, Pflege und Verwaltung), eine Veralterung zu verzeichnen ist, analog der demografischen Entwicklung in der Gesellschaft. Während die traditionell weiblich dominierten Bereiche der Pflege und Verwaltung nach wie vor weiblich geblieben sind, weist die Medizin neuerdings eine Feminisierung des Berufs auf, die gleichzeitig einen Anstieg bei den Teilzeitbeschäftigten mit sich bringt. Ebenso ist die hohe Zahl der ausländischen Kräfte vor allem im ärztlichen Bereich zu verzeichnen, also dort, wo Führung und Weisungsbefugnisse einen sehr starken Einfluss auf andere Berufsgruppen haben.

12.2.2 Krankenhausstrukturen und -kulturen

Wie im englischen NHS sind auch die Strukturen und Kulturen in den deutschen Krankenhäusern meist traditionsgeprägt. Der Erfolg eines Krankenhauses ist vielfach vom Ruf und Behandlungserfolg einzelner Experten abhängig. Wie in England, gibt es Hinweise dafür, dass die Experten eher die eigenen professionellen oder fachlichen Ziele in den Mittelpunkt stellen, anstatt gesamtorganisatorisch zu denken und zu handeln (vgl. Grossmann 1993; von Eiff 2000). Es entsteht, wie in den NHS-Krankenhäusern, Konkurrenzdenken und Misstrauen gegenüber anderen Fachbereichen. Eine Bereitschaft, andere Fachbereiche bei ihrer Zielerreichung zu unterstützen, fällt eher gering aus, wenn dies keine Vorteile für den eigenen Erfolg verspricht (vgl. Grossmann ebd.).

Die für Krankenhäuser noch typische organisatorische Trennung der Berufe in einem Drei-Säulen-Aufbau der medizinischen, pflegerischen und verwaltungstechnischen Dienste, unterstützt die ausgeprägt berufsständische Denkweise und fügt eine starre Hierarchisierung hinzu. Medizin, Pflege und Verwaltung verlaufen parallel in vertikalen Funktionshierarchien, die eigene Weisungsstrukturen und Rangordnungen besitzen. Die funktionale Autorität der Mediziner, die in den speziellen Fachkenntnissen begründet liegt, führt ferner dazu, dass Pflegekräfte einer Station zwar dem Pflegeleiter bzw. der Stationschwester unterstellt sind, aber gleichzeitig fachliche Weisungen der Ärzte in Bezug auf die Patientenbehandlung zu befolgen haben. Es entstehen Machtverhältnisse seitens der Medizin, die nicht in den formalen Organisationsstrukturen begründet sind (vgl. Rohde 1974).

In der öffentlichen Meinung zumindest gilt die Arbeit im Krankenhaus per Definition als sinnstiftend und lohnend. Wie in Großbritannien auch, weisen aber die beteiligten Berufsgruppen

einige Unterschiede in ihren beruflichen Selbstverständnissen auf, die in einem engen Zusammenhang mit der jeweiligen, berufsspezifischen Sub-Kultur stehen, wie bereits im Kapitel 6.3 gezeigt. Zwar sind die Sub-Kulturen in Deutschland aus einem gänzlich anderen sozial- und gesundheitspolitischen Umfeld und einer unterschiedlichen Geschichte entstanden, als die Sub-Kulturen in den NHS-Krankenhäusern, jedoch lassen sich gewisse Ähnlichkeiten erkennen, wie die folgenden drei Beispiele zeigen:

Die Sub-Kultur der Medizin: die Berufswahl entscheidend gelten humanistische, beziehungsorientierte Werte wie „Berufung“ und „Fürsorge“, die allerdings im Verlauf der Ausbildung der Fortschritts- und Prestigeorientierung weichen (vgl. Abele 2001). Das Selbstbild wird durch den Auftrag „Heilen“ und das Karriereziel „Aufstieg“ geprägt (vgl. Mayrhofer 1996), Verantwortung und Entscheidungsfreiheit werden erwartet. Heute wie früher wird die Behandlungsmethode weitestgehend vom Arzt entschieden, auch wenn Patienten zunehmend ihren Anspruch auf Mitbestimmung geltend machen. Die Abhängigkeit des Kranken vom Heilenden begünstigt Unterwerfungsmuster, welche die Position des Heilenden stärken (ebd.).

Auch in den Chefarzt-und-Oberarzt- bzw. Oberarzt-und-Assistenzarzt-Beziehungen sind Strukturen zu finden, die an die Sub-Kulturen in den NHS-Krankenhäusern erinnern. In den deutschen Krankenhäusern sind auf den Chefarzt- und Oberarzt-Ebenen vor allem Männer in der Überzahl. Inszenierungen von Zeremonien und Ritualen, wie etwa Visiten nach klassischem „König und Gefolge“-Muster bringen nach Mayrhofer (ebd.) die patriarchalischen Machtverhältnisse zwischen Chefarzt bzw. Oberarzt und seinen Untergebenen zum Ausdruck. Für den Karriereaufstieg bedeuten diese Strukturen, so Degenhardt (1998), *„den Vater bei guter Laune zu halten, ihn für sich einzunehmen und geduldig auf den Tag zu warten, an dem jahrelange stärkere oder schwächere Unterwerfung durch das Erbe der Chefposition belohnt wird“*.

Erlebte, gelernte Unterwerfungs- und Machtverhältnisse werden durch die Oberärzte an deren „Untergebene“ sowohl in medizinischen als auch in pflegerischen und sonstigen Bereichen durch die Generationen weitergegeben.

Die Sub-Kultur des Krankenpflegepersonals: Als Berufsmotivation werden am häufigsten Grundwerte wie „Menschen helfen“ und „etwas Sinnvolles tun“ angegeben (vgl. Veit 1998). Die überwiegend weiblichen Angehörigen dieser Subkultur sind stärker praxisorientiert und weniger akademisch ausgebildet, und erleben sich häufig als „Vollziehungsgehilfe ärztlicher Arbeit“ (vgl. Degenhardt 1998). Der Professionsauftrag besteht in „Heilungsunterstützung“ (vgl. Mayrhofer 1996). Bischoff-Wanner und Reiber (2006) sehen allerdings, bei steigender Qualifizierung, einen Wandel im Berufsbild der Pflegeberufe, weg von einem arztabhängigen, „dienenden“ Beruf, hin zu einem vergleichsweise selbstständigen, modernen Dienstleistungs-

beruf. Im Vergleich zum ärztlichen Personal haben Angehörige der Pflegeberufe oft deutlich größere und intimere Patientennähe, sodass sie sich, laut Mayrhofer (ebd.), oft im Besitz überlegenen Heilungswissens vermuten, was zu Spannungen zwischen dem ärztlichen und dem pflegerischen Personal führen kann.

Die Sub-Kultur des Managements und der Verwaltung: In dieser Sub-kultur sind sehr unterschiedliche Berufszweige, mit unterschiedlichen Qualifikationen und Aufgaben, vertreten. Entsprechend uneinheitlich fallen ihre Grundwerte und Motivation zur Berufswahl aus. Der Auftrag dieser Subkultur liegt im Bereich „Kosteneffektivität“ und „Betriebsfähigkeit“ (vgl. Mayrhofer 1996). Wie in England, lassen sich im Hinblick auf die Wertschätzung durch die anderen Berufsgruppen, eher abschätzige Tendenzen feststellen. Wirtschaftliche und organisatorische Aufgaben werden immer noch verpönt, als lästig empfunden und geringer bewertet als die medizinisch-therapeutische Arbeit. Allerdings hat die Verwaltung durch die DRG-Einführung an Status gewonnen. Mit ihren neuen Aufgaben des Medizincontrollings kann die Verwaltung neu gewonnenen, wirtschaftlichen Druck auf die ärztlichen und Pflegedienste ausüben (vgl. Buhr und Klinke 2006). Degenhardt (1998) sieht eine Nähe des Verwaltungsdienstes zur Geschäftsleitung, die selbst kaum Einfluss auf den medizinischen und wenig Interesse am pflegerischen Bereich hat. Mithilfe dieser Nähe zur Geschäftsführung wird das Selbstbild der Sub-Kultur Verwaltung aufgewertet. Erscheinungsformen dieser Sub-Kultur sind formalisiert-bürokratische Prozesse, die beispielsweise in standardisierten Vorgehensweisen und Formulare zum Ausdruck kommen – welche zur Machtausübung gegenüber den medizinischen und pflegerischen Bereichen dienen können (vgl. Mayrhofer 1996).

Die steigende Anzahl der Beschäftigten in deutschen Krankenhäusern, die aus dem Ausland stammen und für die Deutsch eine Fremdsprache ist, wirkt sich negativ auf die Kommunikation im Krankenhausalltag aus. Die Marburger Bund bemängelt beispielsweise, dass die Sprachkenntnisse vieler eingereister Mediziner und Medizinerinnen unzureichend ist (vgl. Marburger Bund 2012). Hinzu kommt, dass sich die unterschiedlichen Ausrichtungen und Selbstverständnisse der beteiligten Professionen auch in der Kommunikation niederschlagen und sich ebenfalls auf die Informationsübertragung auswirken. Wie in den NHS-Krankenhäusern identifiziert, sind auf der sozialen Ebene Hemmschwellen und Kommunikationsbarrieren zu verzeichnen. Grund hierfür sei das latente gegenseitige Misstrauen der beteiligten Gruppen oder Personen, so Mühlbacher (2002). Anstatt Information zu teilen und die Zusammenarbeit zu fördern, kann Information als Machterhaltungsinstrument eingesetzt werden. Es kann aber auch schlichtweg zu Missverständnissen bei der Weitergabe von Informationen kommen, ohne dass

die Gesprächsbeteiligten dies bemerken (vgl. Schottmayer 2002). Begriffe werden von den verschiedenen Krankenhausprofessionen anders ausgelegt und interpretiert, wie verschiedene Studien bestätigen (z. B. Vlastarakos und Nikalopoulos 2007; Reeves und Lewin 2004; Krogstad et al. 2004). In einer Befragung zum Thema Kommunikation wurde festgestellt, dass das Krankenpflegepersonal den Begriff Interdisziplinarität als die wünschenswerte Zusammenarbeit aller Berufsgruppen und Einrichtungen im Gesundheitswesen verstehen, während für die Medizin Interdisziplinarität in erster Linie die Kooperation mit verschiedenen medizinischen Fachgebieten „auf gleicher Augenhöhe“ bedeutet (vgl. Lützenkirchen 2005). In der Verwaltung wiederum, wird Interdisziplinarität als ein ökonomisches Erfordernis verstanden und als Aufgabe der kaufmännischen Leitung betrachtet, für interdisziplinäre Strukturen zu sorgen (ebd.).

12.2.3 Die deutsche Krankenhauskultur und Sozialkapital

Eine Befragung von Krankenhausbeschäftigten in Deutschland aus dem Jahr 2002 ergab, dass das Sozialkapital in den Krankenhäusern – als Kombination aus Wertekapital und Netzwerkkapital – im Allgemeinen nur schwach ausgeprägt ist, wenn auch mit großen Unterschieden zwischen den Stationen (vgl. Pfaff et al. 2005). Diese Ergebnisse geben zu denken, denn Ommen et al. (2007) konnten mit einer Befragung von Klinikärzten/-ärztinnen belegen, dass gerade die Qualität des Sozialkapitals ein Prädiktor für die Arbeitszufriedenheit ist, neben Alter der Beschäftigten und Arbeitsintensität im Krankenhausalltag. Gegenseitiges Vertrauen, Verständnis füreinander sowie gemeinsame Werte stärken das Sozialkapital, verbinden Mitglieder sozialer Netzwerke und ermöglichen kooperatives Handeln im Krankenhauskontext (ebd.). Sozialkapital stellt demnach eine wichtige Ressource auch für deutsche Krankenhäuser dar. Auf diesem Gebiet besteht noch Forschungsbedarf, um die Formen und Bedeutung von Sozialkapital in den Krankenhäusern besser zu verstehen. Eiff (ebd.) spricht zudem von einer bedrückenden Misstrauenskultur, wenn die Führung Prozesse der Partizipation einleitet oder Kommunikationstrainings anbietet. Aus der militärisch geprägten Krankenhausgeschichte ist ein zentralistisch-direktiver Führungsstil entstanden, der heute noch dafür sorgt, dass den Beschäftigten „der Glaube an die Ernsthaftigkeit der Partizipationsbemühungen ihrer Führung“ (ebd.) fehle. Hier scheint eine Verbesserung der Führungsqualität dringend erforderlich.

12.2.4 Zusammenfassung der Situation in deutschen Krankenhäusern

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich der demografische Aufbau des Krankenhauspersonals in Deutschland in den letzten Jahren stark verändert - das Personal wird heterogener. Darüber hinaus scheinen weder die organisatorischen Strukturen noch die berufsständischen Kulturen in deutschen Krankenhäusern zur Förderung von Zusammenarbeit, Vertrauen und

Inklusion in den Krankenhäusern beizutragen. Hier lassen sich einige Ähnlichkeiten mit Krankenhäusern im englischen NHS erkennen. Die bestehenden Strukturen und Kulturen unterstützen die Entwicklung von Abteilungsegoismus, Misstrauen, Spaltung und Kommunikationsproblemen. Es gibt Hinweise dafür, dass es an guten sozialen Beziehungen und gemeinsam geteilten Wertvorstellungen in den deutschen Krankenhäusern genauso mangelt, wie in den NHS-Krankenhäusern auch.

12.3 Ausblick für den Umgang mit Vielfalt in deutschen Krankenhäusern

In Anbetracht der Heterogenität des Personals sowie der Strukturen, die sich aus dem Expertensystem eines Krankenhauses ergeben, scheint der Begriff der Super-Diversity für die Beschreibung des Krankenhauspersonals auch in deutschen Krankenhäusern passend zu sein. Als solches lassen sich die Argumente aus Kapitel 11 auf die Situation in deutschen Krankenhäusern übertragen, so dass ein Ziel-/Anreiz-System (z.B. BSC) und ein Sozialkapitalansatz zum Umgang mit Super-Diversity in den deutschen Krankenhäusern sinnvoll erscheinen. Denn auch für deutsche Krankenhäuser gilt: will man die betriebswirtschaftlichen Ergebnisse verbessern, dürfen Faktoren wie soziale Beziehungen, gemeinsame Werte und eine gesunde Organisationskultur nicht außer Acht gelassen werden. So müssen Strategien entwickelt werden, die die Interessen der Organisation und das Wohlbefinden der Belegschaft unterstützen.

Im Gegensatz zu dem aktuellen Zustand in King's und BTH sind deutsche Krankenhäuser weder aufgefordert worden, den demografischen Aufbau ihrer Belegschaft zu erfassen und deren Entwicklung zu überwachen, noch besteht für sie die Aufforderung seitens des Gesundheitsministeriums, die krankenhauses internen Prozesse und Strukturen auf diskriminierende Praktiken zu untersuchen. Im Vergleich zu den NHS-Krankenhäusern, die verpflichtet sind, Daten zu dem demographischen Aufbau ihres Personals zu erheben und regelmäßig zu monitoren, fehlt in den meisten deutschen Krankenhäusern zunächst die Datenbasis.

Eine Überprüfung bestehender Prozesse und Praktiken auf Exklusion und Diskriminierung könnte wertvolle Informationen für weitere Schritte zum Abbau von Diskriminierung und zur Verbesserung des Wohlbefindens des Personals liefern. Gezielte Maßnahmen zur Stärkung des Sozialkapitals (gemeinsame Ziele, Werte und Ansichten, konstruktive soziale Beziehung und hohe Führungsqualität) sind vor dem Hintergrund der obengenannten Problematiken sicherlich auch in Deutschland sinnvoll.

Wie man Initiativen zur Stärkung der gemeinsamen Wertvorstellungen und sozialen Beziehungen, und dadurch zur Verbesserung der Organisationskultur, gestaltet, muss individuell pro Krankenhaus überlegt werden, um die bestehenden Besonderheiten der jeweiligen Organisation

zu berücksichtigen. Und ob man das Konzept tatsächlich „Diversity-Management“ titulieren sollte, müsste sorgfältig und kritisch überlegt werden. Denn die Akzeptanz neuer Initiativen ist ohnehin häufig schwach, da Krankenhausbeschäftigte in Deutschland in den letzten Jahren von organisatorischen und strukturellen Veränderungen förmlich überschwemmt worden sind, die zusätzlich zu den alltäglichen Aufgaben verkraftet werden mussten. Oft bemängelt das Krankenhauspersonal, dass viel geredet, aber wenig tatsächlich verändert wird. So sind, laut von Eiff (2007), die Krankenhausmanager aus ihrer Sicht schon mit dem Thema Leitbildprozess fertig, sobald eine Hochglanzbroschüre „mit markanten Worthülsen über Selbstverständlichkeiten und Utopien“ fertig gestellt ist. Es gelingt nur selten, dass eine Organisationsphilosophie bis zur operativen Ebene durchdringt. Eine Befragung der Krankenhausbeschäftigten in 2003 ergab, dass lediglich ein Drittel von ihnen überhaupt die Ziele ihres Krankenhauses nachvollziehen konnten (vgl. Bandemer 2005).

Vor allem der Zeitmangel ist, so Bandemer, für die Ablehnung von Verbesserungsvorschlägen entscheidend. Ein weiteres neues Managementkonzept wird möglicherweise mit Argwohn betrachtet und als Last empfunden. Hier müsste allen Führungskräften und Beschäftigten verdeutlicht werden, dass die Schaffung einer offenen, inkludierenden Kultur im Sinne von Super-Diversity Vorteile mit sich bringt – für die Organisation aus ökonomischer Sicht und für das Personal aus Sicht des Wohlbefindens und der psychischen und physischen Gesundheit.

12.4 Zusammenfassung der Arbeit

Die vorliegende Arbeit hat den Umgang mit personeller Vielfalt in zwei Krankenhausorganisationen des englischen NHS untersucht. Aus Public-Health Sicht ist das Thema zweifach relevant für deutsche Krankenhäuser (siehe Kapitel 1.2): zum einen geht es um „die kulturell und medizinisch angemessene, wirksame, ethisch und ökonomisch vertretbare Verwendung“ von Ressourcen im Krankenhaus – hier spezifisch die personellen Ressourcen. Und zweitens handelt es sich um die Prüfung eines Management-Konzeptes, das möglicherweise zu einer Verbesserung des Wohlbefindens der Krankenhaus-Akteure führt – hier insbesondere durch den Abbau von Mobbing, Belästigung, Diskriminierung und Exklusion, die sich negativ auf das psychische und physische Wohlbefinden der Krankenhausbeschäftigte auswirken. Wenn englische Krankenhäuser ihre personellen Ressourcen mit Hilfe von Diversity-Management erhöhen konnten und dabei das psychische und physische Wohlbefinden des Krankenhauspersonals verbessern, sind die Vorgehensweisen auch für deutsche Krankenhäuser wohlmöglich von Interesse. Der Forschungsstand zeigt nur wenig deutschsprachige Literatur zum Thema Vielfalt im Krankenhaus und die Werke, die es gibt, beschäftigen sich überwiegend mit dem Umgang der Vielfalt von Patienten und Patientinnen (siehe Kapitel 3.1).

In der Privatwirtschaft werden jährlich Millionen Dollar für Diversity-Management ausgegeben, und zwar aus unterschiedlichen Gründen. Neben moralisch-ethischen Gründen und Nachahmung, werden auch wirtschaftliche Vorteile genannt, die durch das gezielte Einsetzen von Vielfalt als Ressource erzielt werden sollen (siehe Kapitel 2.3). Organisationen des öffentlichen Dienstes, wie die NHS-Krankenhäuser, lassen sich aber nicht ohne weiteres mit privaten Wirtschaftsunternehmen vergleichen. Gerade Krankenhausorganisationen stellen auf Grund ihrer Komplexität und Natur als Expertensystem eine besondere Form von Organisation dar, so dass eine Übertragbarkeit von Management-Ansätzen aus der freien Wirtschaft ohne Berücksichtigung dieser Besonderheiten oft fehlschlägt (Kapitel 2.5).

Die Theorien zu Diversity Management zielen auf eine Änderung der Organisationswerte ab, damit Unterschiede erkannt, anerkannt, wertgeschätzt und wertschöpfend eingesetzt werden können. Dies geht meistens mit einer Veränderung der Organisationswerte und damit der Organisationskultur einher. In Kapitel 2.6 konnte gezeigt werden, dass ein systemtheoretischer Zugang zum Thema Diversity im Krankenhauskontext sinnvoll ist. Der multi-ebene Ansatz von Tatli versprach eine Möglichkeit zu geben, Vielfalt und deren Management im sozialen System Krankenhaus unter Berücksichtigung seiner Besonderheiten wie Struktur und Kultur(en) sowie seines sozio-ökonomischen Umfeldes zu betrachten (Kapitel 2.6). Denn Einflüsse auf mehreren Ebenen erklären den Erfolg oder Misserfolg von Diversity-Management-Initiativen (vgl. Tatli, 2010). Als einflussnehmende Komponente auf der gesellschaftlichen Ebene gelten nach Tatli die Gesetzgebung, die Arbeitsmarktdynamik, der Kontext der sozialen Regulierung, die vorhandenen Diskurse usw. Als einflussnehmende Komponente auf der Organisationsebene nennt sie (im Konzept des Organisations-Sub-Feldes) u.a die zielgerichteten Strukturen, Regeln und Prozeduren der Organisation, sowie (im Konzept des Organisationshabitus) die informellen Verhaltensweisen, die Organisationsgeschichte, -traditionen und Kultur. So war es sinnvoll, zunächst die gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen in England im Hinblick auf ihre Bedeutung für den Umgang mit Vielfalt in den Krankenhäusern zu prüfen. Aus Kapitel 4 wurde klar, dass die demographischen Bevölkerungs- und Erwerbstätigenstrukturen Englands durch die Einwanderungsströme der Kriegs- und Nachkriegszeit stark geprägt wurden. Bereits vorhandener aber unterschwelliger Rassismus wurde entfacht. Minderheiten – und zwar nicht ausschließlich ethnische Minderheiten – haben sich aber schon in den jungen Nachkriegsjahren für ihre Rechte und Gleichbehandlung eingesetzt, so dass Themen wie Verschiedenheit, Diskriminierung und Inklusion schon lange von Politikern, den Medien und der Öffentlichkeit diskutiert und sich in einer Vielzahl neuer Gesetze bzw. Gesetzesänderungen niedergeschlagen haben.

Kapitel 5 gab einen Überblick der wechselnden Machtstrukturen in den NHS-Krankenhäusern seit der Gründung des NHS bis zur Modernisierung durch den NHS Plan 2000. Diese haben die Rollenverständnisse der einzelnen Gesundheitsprofessionen und ihren Umgang miteinander stark geprägt.

Der NHS hat erkannt, dass es einen Handlungsbedarf im Umgang mit Vielfalt gibt, denn, neben den gesetzlichen Forderungen, haben Faktoren wie die geringe Mitarbeiterzufriedenheit und die hohen Fluktuations- und Krankheitsraten Hinweise dafür geliefert, dass sich Diskriminierung, Mobbing und Belästigung am Arbeitsplatz und mangelnder Inklusion negativ auf den Einsatz von personellen Ressourcen auswirken. Kapitel 6 hat einen Einblick in die Problemfelder der Organisationskultur der englischen NHS-Krankenhäuser gegeben.

Der Rahmenplan für Chancengleichheit und Vielfalt, der Standard für Arbeitgeber und die Umsetzungshilfe des NHS-Headquarters / Department of Health, die in Kapitel 7 vorgestellt wurden, zielen darauf ab, diese Missstände zu beseitigen und den gesetzlichen Anforderungen nachzukommen. Der NHS hat sich für eine kombinierte *Equality & Diversity*-Strategie ausgesprochen, die sowohl für Fairness als auch für mehr Vielfalt bei der Personalbeschaffung sorgen und die NHS-Organisationen zu fairen Arbeitgeber in Hinblick auf Personalentwicklung, -beförderung und Arbeitsatmosphäre machen soll. Dabei schreibt der NHS einer vielfältigen Belegschaft automatisch die Fähigkeiten zu, die nötig sind die vielfältigen Bedürfnisse der Patienten und Patientinnen verstehen und diesen gerecht werden zu können. Dabei werden in der Umsetzungshilfe *Positively Diverse* sowohl gesetzliche, moralische und ökonomische Argumente genannt, die für eine Equality & Diversity-Strategie sprechen.

Was einzelne Krankenhausorganisationen aus dem Rahmenplan, dem Standard für Arbeitgeber und der Implementierungshilfe entnommen haben, um eine eigene Equality & Diversity Strategie zu entwickeln und umzusetzen, konnte mit Hilfe der zwei Beispiele - King's College Hospital NHS Foundation Trust und Bradford Teaching Hospitals NHS Foundation Trust - in den Kapiteln 8 und 9 gezeigt werden. In Kapitel 8 wurde die Frage der Motivation, Beweggründe und Zielsetzung (Fragen 1 und 3) beantwortet. Die Analyse der veröffentlichten Texte, Berichte und Daten der zwei Krankenhausorganisationen hat ergeben, dass beide Organisationen eher aus moralisch-ethischen Gründen handeln, als aus ökonomischen, vor allem wegen der hohen ethnischen Vielfalt im jeweiligen Einzugsgebiet der Krankenhäuser und der sozialen Verantwortung der Häuser als Arbeitgeber, den Zugang zu Arbeit für alle Bevölkerungsgruppen zu ermöglichen. Die eingesetzten Instrumente für Equality & Diversity Umsetzung (Frage 4) entsprachen weitgehend den vorgeschlagenen Vorgehensweisen des *Positively Diverse*-Programms. Zur Messung der Zielerreichung (Frage 5) stehen vor allem die Daten aus dem

Personalmonitorings zur Verfügung, allerdings in unterschiedlicher Detaillierung und Grad der Auswertung (King's hat mehr Daten erfasst und diese auch kommentiert). Trotz langfristig angelegter Strategien fallen die Ergebnisse der jährlichen Mitarbeiterbefragungen bzgl. Mobbing, Diskriminierung und Zufriedenheit für King's und BTH eher bescheiden aus.

In Kapitel 10 konnten die Stärken und Schwächen einer gemeinsamen Chancengleichheits- und Vielfalt-Strategie aufgezeigt werden. Zum Thema Reifegrad der Strategien (Frage 2) wurde festgestellt, dass beide Krankenhäuser, gemessen am Reifeprozess und am Modell der Handlungsebene, nicht die Stufe des umfassenden Diversity-Managements erreicht haben. Die Kategorisierung der Beschäftigten an Hand von ausgewählten Vielfaltsdimensionen scheint nicht mehr zeitgemäß und wenig effektiv für die vorhandene Komplexität. Vor allem die Besonderheiten einer Krankenhausorganisation (Frage 6) wurden nicht bei der Konzipierung der Strategien berücksichtigt.

Aus diesen Gründen wurde in Kapitel 11 eine alternative Vorgehensweise vorgeschlagen (Frage 7). Die Trennung der Themenbereiche Chancengleichheit/Anti-Diskriminierung und Vielfalt wurde vorgeschlagen, damit die jeweiligen Ziele klarer definiert und verfolgt werden können. Um den Umgang mit Vielfalt im Sinne von Super-Diversity zu fördern, wäre es sinnvoll, den Fokus auf die Schaffung gemeinsamer Werte und den Aufbau sozialer Beziehungen zu setzen, damit Zusammenarbeit und Kooperation in einer respektvollen und gesunden Atmosphäre stattfinden, und die eine Indifferenz gegenüber Andersartigkeit aufweisen. Der Sozialkapitalansatz kann helfen, die Akzeptanz von Maßnahmen zu erhöhen, da er Möglichkeiten bietet, die Auswirkungen einer Kulturveränderung sichtbar und messbar zu machen.

Kapitel 12 zeigt, dass – auch wenn deutsche Krankenhäuser innerhalb eines ganz anderen, gesetzlichen, demographischen, geschichtlichen und gesellschaftlichen Rahmens entstanden sind – sie sich mit ähnlichen Thematiken in Bezug auf die zunehmenden Heterogenität der Belegschaft auseinandersetzen müssen (siehe Frage 8).

Zusammenfassend scheint es sinnvoll, wenn sich deutsche Krankenhausverantwortliche mit einem Sozialkapitalansatz für Super-Diversity – wie in Kapitel 11 vorgeschlagen – auseinandersetzen und diesen an die Besonderheiten in deutschen Krankenhäusern anpassen. Sicherlich sind weitere qualitative und quantitative Untersuchungen erforderlich, um ein Konzept so zu entwickeln, das die krankenhausspezifischen Problematiken in Deutschland differenzierter erfasst und konkrete Maßnahmen für ihre Lösung bietet. Eine klare Trennung zwischen nicht verhandelbaren Antidiskriminierungsmaßnahmen und verhandelbare Verhaltensänderungen würde aber helfen, Ersterer mit einer Politik der Null-Toleranz zu forcieren und Letztere mit klaren Zielen und Anreize für die Zielerreichung zu ermöglichen.

SCHLUSSWORT

Im Jahr 1952 beschrieb der britische Journalist und Autor John Langdon-Davies das Westminster Hospital als eine soziale Institution, in der die verschiedensten Motive, inkompatiblen Ambitionen und Eigeninteressen aufeinander treffen. Die Beschreibung von damals scheint noch heute sowohl auf englische als auch auf deutsche Krankenhäuser zuzutreffen.

Er schrieb:

„A hospital is, of all social institutions, the one in which perhaps the greatest mixture of motives, the most incompatible ambitions and the most vexatious vested interests are thrown together“.

(Langdon-Davies 1952 in Rivett 1993).

Welcher Fortschritt, wenn – sechs Jahrzehnte später - die Beschreibung eines typischen Krankenhauses, ob in England oder Deutschland, folgendermaßen ergänzt werden könnte:

“... yet, almost miraculously, succeeds in uniting its staff to build an inclusive and efficient whole”.

LITERATURVERZEICHNIS

- Ahmed, S. (2007): "You end up doing the document rather than doing the doing": Diversity, race equality and the politics of documentation. In: *Ethnic and Racial Studies*, Volume 30, Issue 4 July 2007, 590-609
- Alford, R.R. (1975): *Health care politics, ideological and interest group barriers to reform*. Chicago University Press, Chicago
- Allen, H., Tschudin, V., Horton, K. (2008): The Devaluation of Nursing: a Position Statement. *NURSING ETHICS*, Jg. 15 (2008-07) Nr. 4, S.549-556
- Allison, G. (1979): Public and private management: are they fundamentally alike in all unimportant respects? In: Shafritz, J. and Hyde, A. (Eds), *Classics of Public Administration*. Belmont: Wadsworth
- Altendorf, U. (2003): *Estuary English: levelling at the interface of RP and South-Eastern British English*. GNV, Tübingen
- Archibong, U., Giga, S., Ashraf, F., Bucktrout, A., Jackson, H., Baxter, C. and Johnson, M., (2007): *Representational Diversity: The Experience and Interpretation of Positive Action*. In: *International Journal of Diversity in Organisations, Communities and Nations* 6 (5):191-200
- Aretz, H-J., Hansen, K. (2002): *Diversity und Diversity-Management in Unternehmen*. LIT Verlag Dr. Wilhelm Hopf, Münster
- Aretz, H-J. (2006): *Strukturwandel in der Weltgesellschaft und Diversity-Management in Unternehmen*. In: Becker, Manfred/Seidel, Alina (Hrsg.)(2006): *Diversity-Management. Unternehmens- und Personalpolitik der Vielfalt*. Schäffer/Poeschel, Stuttgart, 51-74
- Arkutu, N., Rock, W.P. (2006): Does mentoring have a role in orthodontic training programmes? *Journal of Orthodontics*, Vol. 33, 2006, 142-146
- Arndt, M., Bigelow, B. (2000): The transfer of business practices into hospitals: History and implications. In: *Advances in Healthcare Management* 1:339-68
- Arnold, M. (2001): *Demographische Entwicklung, veränderte Morbiditätsstrukturen und Personalbedarf im Krankenhaus*. In: Arnold, Klauber, Schellschmidt: *Krankenhaus-Report 2001*, Schwerpunkt: Personal, Schattauer GmbH, Stuttgart, xv-xxx
- Ashburner, L. (1996): The role of clinicians in the management of the NHS. In: Leopold, J., Glover, I., Hughes, M. *Beyond Reason? The National Health Service and the Limits of Management*. Avebury Publishing Ltd, Aldershot
- Aspinall, P. J., Mitton, L. (2008): "Kinds of people" and equality monitoring in the UK. In: *Policy & Politics*, vol. 36, no. 1 55-74
- Bach, O. (1996): *Abbau von Hierarchien. Mehr Effizienz durch schlanke Strukturen*. Sauer-Verlag, Heidelberg
- Badura, B. (2001): *Betriebliches Gesundheitsmanagement Was ist das, und wie lässt es sich erfolgreich praktizieren? Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2001 - 44:780-787* © Springer-Verlag 2001
- Badura, B., Feuerstein, G., Schott, T. (Hrsg.) (1993): *„System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung“*. Juventa Verlag Weinheim und München
- Badura, B., Greiner, W., Tixgens, P; Ueberle, M., Behr, M. (2008): *Sozialkapital. Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg*. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg
- Badura, B., Hehlmann, T. (2003): *Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation*. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Baetge, J. (2006): *Messung der Korrelation zwischen Unternehmenskultur und Unternehmenserfolg*. Münster
- Baeza, J I. (2005): *Restructuring the Medical Profession: The Intraprofessional Relations of GPs and Hospital Consultants*. Open University Press: Buckingham
- Baker, C. (1997): *Cultural Relativism and Cultural Diversity: Implications for Nursing Practice*. In: *Advances in Nursing Science*, Volume 20 - Issue 1 - 3-11
- Bartz, D.E, Hillman, L.W., Lehrer, S., Mayhugh, G.M. (1990): A model for managing workforce diversity. *Management Education and Development*, 21, 5, 321-6
- Bass, B., Avolio, B. (1990): *Transformational leadership development: Manual for the Multifactor Leadership Questionnaire*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press
- Bate, P. (1994): *Strategies for Cultural Change*. Oxford, Butterworth Heinemann
- Bate, P. (2000): *Changing the culture of a hospital: from hierarchy to networked community*. *Public Administration* Vol. 78 No. 3, 2000 (485-512)
- Baumann, A. (2007): *Arbeitsplatz Pflege mit Qualität arbeiten = mit Qualität pflegen*. International Council of Nurses. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V., Berlin
- Baxter, C. (1997): *Race Equality in Health Care and Education*, Bailliere Tindall/RCN, London

- Baxter, C. (2001): Managing diversity and inequality in health care, Bailliere Tindall/RCN, London
- BBC (2004): The Scarman Report: Story from BBC NEWS: http://news.bbc.co.uk/go/pr/fr/-/2/hi/programmes/bbc_parliament/3631579.stm Download 2.08.2010
- BBC (1999): NHS is "institutionally racist". Download am 2.08.2010 von <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/284818.stm>
- Bécares, L. (2009): Experiences of bullying and racial harassment among minority ethnic staff in the NHS, Better Health Briefing 14, Race Equality Foundation, London
- Becker, A. (2006): Diversity-Management aus der Perspektive betriebswirtschaftlicher Theorien. In: Becker, Manfred/Seidel, Alina (Hrsg.)(2006): Diversity-Management. Unternehmens- und Personalpolitik der Vielfalt. Schäffer/Poeschel, Stuttgart, 203-238
- Becker, M. (2006): Wissenschaftstheoretische Grundlagen des Diversity-Management. In: Becker, Manfred/Seidel, Alina (Hrsg.)(2006): Diversity-Management. Unternehmens- und Personalpolitik der Vielfalt. Schäffer/Poeschel, Stuttgart, 3-48
- Behrendt, I., König, H-J., Krystek, U. (2009) : Zukunftsorientierter Wandel im Krankenhausmanagement: Outsourcing, IT-Nutzenpotenziale, Kooperationsformen, Changemanagement, Springer, Berlin
- Bendick, M.H., Egan, M.L., Lofhjelm, S.M. (2001): Workforce diversity training: from anti-discrimination compliance to organizational development. Human Resource Planning 2001:24(2):10
- Bendick, M. Jr., Egan, M.L., und Lanier, L. (2010): The business case for diversity and the perverse practice of matching employees to customers, in: Personnel Review, Volume 39, Number 4, 2010 468-486(19)
- Bentley, P. Jovanovic, A., Sharma, P. (2008): Cultural diversity training for UK healthcare professionals: a comprehensive nationwide cross-sectional survey. In Clinical Medicine Vol 8 No 5 October 2008 493, Royal College of Physicians
- Berridge, V. (2007): The NHS: What can we learn from history? Download www.bbchistorymaga-zine.com am 25.03.2010
- Beurer, M. (2010): Vom Rentner-on-the-Job zum Senior Professional: auf älter werdende Belegschaften im Krankenhaus gezielt reagieren. Berlin : Med. Wiss. Verl.-Ges., 2010
- Bfw (2007): Diversity Management: Empfehlungen für kleinere und mittlere Unternehmen. Vielfalt als Chance nützen. Berufsbildungswerk des DGB, Saarbrücken
- Bischoff-Wanner, C.; Reiber, K. (2006): Studienmodelle mit Bachelor und Master in der Pflege in nationaler und internationaler Perspektive. Ein hochschuldidaktisches Forschungs- und Entwicklungsprojekt. Abschlussbericht. Download www.dr-reiber.de/dokumente/Abschlussbericht-Endfassung.pdf am 10.10.2010
- Bloor, G., Dawson, P. (1994): Understanding professional culture in organizational context. In Organization Studies, Vol. 15, No. 2, 275-295
- BMA (2005): BMA cohort study of 1995 medical graduates. Tenth report June 2005, London
- BMA (2006): Bullying and Harassment of Doctors in the Workplace. Report May 2006. Health Policy and Economic Research Unit, BMA London
- BMA (2008): Professional values. Findings from BMA cohort studies. London
- Burton, J., Nandi, A., Platt, L. (2008): Who are the UK's minority ethnic groups? Issues of identification and measurement in a longitudinal study. Institute for Social and Economic Research University of Essex
- Böcken, J., Butzlaff, M., Esche, A. (Hrsg.) (2000): Reformen im Gesundheitswesen. Ergebnisse der internationalen Recherche Carl Bertelsmann-Preis 2000 Verlag Bertelsmann Stiftung Gütersloh
- Borde, T. (2002): Patientinnenorientierung im Kontext der soziokulturellen Vielfalt im Krankenhaus. TU Berlin
- Bourdieu, P. (1977): Outline of Theory of Practice. Cambridge: Cambridge University Press
- Bourdieu, P. (1983): Ökonomisches Kapital, Kulturelles Kapital und Soziales Kapital. Soziale Welt, Sonderband 2: 183-189
- Bourdieu, P. (1984): Distinction: A Social Critique of the Judgement of Taste. London, Routledge.
- Bourdieu, P. (1987): What makes a social class? On the theoretical and practical existence of groups. Berkeley Journal of Sociology 32: 1-18.
- Bourdieu, P. (1990): The Logic of Practice. Stanford: Stanford University Press
- Bourdieu, P. (1997): Zur Genese der Begriffe Habitus und Feld. In: Bourdieu, P. (1997) Der Tote packt den Lebenden, Hamburg: VSA, S. 59-78
- Bourdieu, P. (1998): Practical Reason: on the Theory of Action. Cambridge: Polity Press.
- Boyne, G.A. (2002): Public and Private Management: What's The Difference? In: Journal of Management Studies 39:1 January 2002
- Bpb (2004): Zur aktuellen Lage der Weltbevölkerung. Informationen zur politischen Bildung Heft 282, Bundeszentrale für politische Bildung Bonn

- Bpb (2011): EUROPA „Bevölkerung“. Bundeszentrale für politische Bildung Download 2011 von www.bpb.de/wissen
- Bradford Gov (2010): People of Bradford, Community and Living, Download am 1.9.2010 von www.bradford.gov.uk
- Braun von Reinersdorff, A. (2007): Strategische Krankenhausführung. Vom Lean Management zum Balanced Hospital Management, Huber, Bern; Auflage: 2., unveränd. Aufl
- BTH (2004): Equality Strategy 2004-2007. Bradford Teaching Hospitals NHS Foundation Trust, Bradford
- BTH (2006a): Corporate Strategy 2006-2010. Bradford Teaching Hospitals NHS Foundation Trust, Bradford
- BTH (2006b): Disability Equality Scheme December 2006- December 2009. Bradford Teaching Hospitals NHS Foundation Trust, Bradford
- BTH (2007a): Annual Report and Accounts 2006/2007, Bradford Teaching Hospitals NHS Foundation Trust, Bradford
- BTH (2007b): Gender Equality Scheme 2007-2010, Bradford Teaching Hospitals NHS Foundation Trust, Bradford
- BTH (2007c): Workforce Information 2006-2007, Bradford Teaching Hospitals NHS Foundation Trust, Bradford
- BTH (2008a): Equality & Diversity Strategy 2008-2015. Bradford Teaching Hospitals NHS Foundation Trust, Bradford
- BTH (2008b): Annual Report 2007/2008, Bradford Teaching Hospitals NHS Foundation Trust, Bradford
- BTH (2008c): Initial Equality Impact Assessment (EqIA) Recruitment and Selection, Bradford Teaching Hospitals NHS Foundation Trust Bradford
- BTH (2008d): Initial Equality Impact Assessment (EqIA) Education and Training, Bradford Teaching Hospitals NHS Foundation Trust Bradford
- BTH (2009a): Better Medicine, Better Health. Annual Report and Accounts 2008/09. Bradford Teaching Hospitals NHS Foundation Trust, Bradford
- BTH (2009b): Workforce Information January 2008 to December 2008. Bradford Teaching Hospitals NHS Foundation Trust, Bradford
- BTH (2009c): Full Impact Assessment Professional Appearance Policy, Bradford Teaching Hospitals NHS Foundation Trust, Bradford
- BTH (2009d): Single Equality Scheme 2009-2012 1st Draft, Bradford Teaching Hospitals NHS Foundation Trust, Bradford
- BTH (2010a): Policy on Dignity and Respect Being Valued, Bradford Teaching Hospitals NHS Foundation Trust, Bradford
- BTH (2010b): Annual Report and Accounts 2009/2010, Bradford Teaching Hospitals NHS Foundation Trust, Bradford
- BTH (2010c): Full Impact Assessment Design, Bradford Teaching Hospitals NHS Foundation Trust, Bradford
- BTH (2010d): Workforce Information January 2009 to December 2009. Bradford Teaching Hospitals NHS Foundation Trust, Bradford
- Buchan, J., O'May, F. (2003): The changing hospital workforce in Europe. In: McKee, M. und Healy, J. (Hrsg.) (2003): Hospitals in a changing Europe. Open University Press, Buckingham Philadelphia, 226-239
- Burton, J., Nandi, A., Platt, L. (2008): Who are the UK's minority ethnic groups? Issues of identification and measurement in a longitudinal survey. University of Essex
- Büssing, A. (Ed.) (1997) Reorganisation von Dienstleistungsprozessen im Krankenhaus. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie
- BzgA (Hrsg.) (2003): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. Auflage. Schwabenheim a.d.Selz: Verlag Peter Sabo, 121-126
- Capparrell, S. (2007): How Pepsi Opened the Door to Diversity. In: The Wall Street Journal Online, February 07, 2007
- Cardwell, M., Flanagan, C. (2005): Psychology AS: The Complete Companion, Nelson Thornes Ltd, Cheltenham, UK
- Carnevale, A., Stone, S. (1994): Diversity beyond the golden rule. In: Training and Development, October, Vol.48, No.10, S.22-39
- Chevannes, M. (2001): An evaluation of the recruitment of black and minority ethnic students to pre-registration Nursing. In: Nursing Times Research 2001 6: 626
- Coleman, J. S.(1988): Social Capital in the Creation of Human Capital. American Journal of Sociology 94: 95-120
- Condor, S., Gibson, S., Abell, J. (2006): English Identity and Ethnic Diversity in the Context of UK Constitutional. In: Ethnicities Vol 6(2): 123-158, SAGE Publications, London
- Cowperthwaite, P. (2010): Culture Matters: How Our Culture Affects the Audit. Accounting Perspectives, 9: 175-215
- Cox, T.H. (1993): Cultural Diversity in Organizations: Theory Research and Practice. San Francisco: Berrett-Koehler
- Cox, T. Jr., Cox, T., O'Neill, P. (2001): Creating the multicultural organization: a strategy for capturing the power of diversity. Business school management series. University of Michigan

- CQC-BTH (2010a): Brief summary of results from Bradford Teaching Hospitals NHS Foundation Trust, National NHS staff survey 2009, Download am 1.9.2010 von www.cqc.org.uk/publications.cfm
- CQC-BTH (2010b): National NHS staff survey 2009 Results from Bradford Teaching Hospitals NHS Foundation Trust Download am 1.9.2010 von www.cqc.org.uk/aboutcqc/howwe.doit/engagingwithproviders/nhsstaffsurveys/staffsurvey2009.cfm
- CQC-King's (2010a): Brief summary of results from King's College Hospital NHS Foundation Trust, National NHS staff survey 2009, Download am 1.9.2010 von www.cqc.org.uk/publications.cfm
- CQC-King's (2010b): National NHS staff survey 2009 Results from King's College Hospital NHS Foundation Trust Download am 1.9.2010 von www.cqc.org.uk/aboutcqc/howwe.doit/engagingwithproviders/nhsstaffsurveys/staffsurvey2009.cfm
- Crossley, M.L., Mubarik, A. (2002): A comparative investigation of dental and medical student's motivation towards career choice. In: BRITISH DENTAL JOURNAL VOLUME 193 NO. 8 OCTOBER 26 2002
- Crow, G. (2002): The Relationship Between Trust, Social Capital, and Organizational Success. In: *NursAdmin Q*, 2002, 26(3):1-11
- Davies, H.T.O., Nutley, S., Mannion, R. (2000): Organisational culture and quality of health care. In: *Qual Health Care* 2000; 9:111-119
- Davies, H.T.O., Hodges, C.L., Rundall, T.G. (2003): Views of doctors and managers on the doctor-manager relationship in the NHS. In: *BMJ* 2003; 326: 626-8
- Davies, P. (2008): *The NHS Handbook 2008/09*. NHS Confederation; 10Rev Ed, London
- Davies, P. (2009): *The NHS Handbook*. NHS Confederation, London
- Dawson, S., Dargie, C. (2002): New public management: a discussion with special reference to UK health. In: McLaughlin, K., Osborne, S.P. & Ferlie, E. (Eds), *New Public Management*, Routledge, London and New York, NY, 34-56
- Day, P., Klein, R. (1991): Britain's Healthcare Experiment. In: *Health Affairs* 10(3) 39-59
- Day, P., Klein, R. (2005): *Governance of Foundation Trusts. Dilemmas of Diversity*. The Nuffield Trust, London
- DCLG (2008): *Index of Multiple Deprivation 2007*, Department for Communities and Local Government, London
- DCLG (2011): *English Indices of Deprivation 2007: Consultation Summary of responses*, Department for Communities and Local Government, London
- Debatin, J.F. (2006): Einleitung Zukunft Krankenhaus. In: Debatin, J.F., Goyen, M., Schmitz, C. (Hrsg.) (2006): *Zukunft Krankenhaus Überleben durch Innovation*. ABW Wissenschaftsverlag, XV-XIX
- Degeling, P., Maxwell, S., Kennedy, J. und Coyle, B. (2003): Medicine, management and modernisation a "danse macabre"? In: *British Medical Journal*, 326: 649-652
- Deming, W.E.(1982): *Out of the Crisis*. Massachusetts Institute of Technology, Cambridge
- Destatis (2008): *Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1.1*, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- DGPB (2009): *Kommission für Internationale Zusammenarbeit (KIZ) - Positionspapier zur Vertretung des Lehrgebietes „International Public-Health“ im Rahmen der Public-Health-Masterstudiengänge an den deutschen Hochschulen*. Bielefeld
- DGPB (2010): *Was ist Public-Health*. download von <http://www.deutsche-gesellschaft-public-health.de> am 1.9.2010)
- DHSS (1983): *Griffiths Report, NHS Management Inquiry Report*, Department of Health and Social Security DHSS, London
- Dias, W., Fonseca, R. (2010): The Language of Annual Reports as an Indicator of the Organizations' Financial Situation. *International Review of Business Research Papers* Volume 6. Number 5. November 2010. 206 - 215
- Dickens, L. (2007): The Road is Long: Thirty Years of Equality Legislation in Britain, *British Journal of Industrial Relations* 45:3 September 2007 0007-1080 S. 463-494
- Dimaggio, P., Powell, W. (1983): The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. In: *American Sociological Review* 48, 147-160
- Din, I. (2006): *The new British: the impact of culture and community on young Pakistanis*. Ashgate Publishing, Aldershot
- Dogra, N., Carter-Pokras, O. (2005): Stakeholder views regarding cultural diversity teaching outcomes: a qualitative study. In: *BMC Medical Education* 2005, 5
- DoH (1989): *Working for Patients*. CM555 HMSO London
- DoH (1998a): *The New NHS: Modern, Dependable*. Department of Health, HMSO London
- DoH (1998b): *Working Together – Securing a quality workforce for the NHS*. Briefing Notes BN NO: 23/98 Date: 22/09/1998 London
- DoH (2000a): *The NHS Plan: A plan for investment, a plan for reform*. HMSO London
- DoH (2000b): *The Vital Connection. An Equalities Framework for the NHS. Working together for equality and equality*. NHS Executive, London

- DoH (2000c): Working Together: Staff Attitude Surveys Measuring the quality of working life in the NHS. Download
<http://www.doh.gov.uk/staffattitudesurveysam> 1.10.2010
- DoH (2000d): Improving Working Lives Standard. Department of Health, London
- DoH (2000e): Positively Diverse Report 2000. NHS Executive, Department of Health, London
- DoH (2001a): Positively Diverse: Part 1 The Field Book. A practical guide to managing diversity in the NHS, Department of Health, London
- DoH (2001b) The Positively Diverse Solutions. Part 2 The Work Book. Department of Health, London
- DoH (2001c) The Positively Diverse Benchmarks. Part 3 The Field Book. Department of Health, London
- DoH (2002): Delivering the NHS Plan. Next steps on investment, next steps on reform HMSO Norwich
- DoH (2003a): Equalities and Diversity in the NHS - Progress and Priorities. Human Resources Directorate, London
- DoH (2003b): Equalities and Diversity Strategy & Delivery Plan to Support the NHS. Human Resources Directorate, London
- DoH (2006): Creating a Disability Equality Scheme: A Practical Guide for the NHS. Equality and Human Rights Group, Department of Health, London
- DoH (2007): Creating a Gender Equality Scheme: A Practical Guide for the NHS. Equality and Human Rights Group Department of Health, London
- Dopson, S. (1996): Doctors in management: A challenge to established debates. In: Leopold, J., Glover, I., Hughes, M.: Beyond Reason? The National Health Service and the Limits of Management. Avebury Ashgate Publishing Ltd, Aldershot
- Ebers, M (1995): Organisationskultur und Führung. In: Kieser, A / Reber, G / Wunderer R (Hrsg): Handwörterbuch der Führung, Stuttgart
- EO (2004): Demographics and the Workforce in England and Wales: Trends and Projections. Research and Intelligence Section, Employers' Organisation for local government, London
- EOR (2003): Race initiatives in the NHSprinter friendly version. Equality & diversity; Flexible working; Harassment; Equal Opportunities Review, Michael Rubenstein Publishing Ltd 01/07/2003 Issue No: 119
- EOR (2009): Equality & Diversity training - an Equal Opportunities Review survey, Johnstone, S. Michael Rubenstein Publishing Ltd 01/07/2003 Issue No: 192
- Esmail, A., Carnall, D. (1997): Tackling racism in the NHS BMJ 1997;314:618#9
- Esmail, A., Everington, S., Doyle, H. (1998): Racial discrimination in the allocation of distinction awards? Analysis of list of award holders by type of award, speciality and region. In: BMJ VOLUME 316 17 JANUARY 1998
- Esmail, A., Kalra, V., Abel, P. (2005): A critical review of leadership interventions aimed at people from Black and Minority Ethnic Groups. A Report for the Health Foundation, University of Manchester
- Esmail, A. (2007): Asian doctors in the NHS: service and betrayal. In: British Journal of General Practice 2007; 57: 827-831
- EU-Kommission (2005): Geschäftsnutzen von Vielfalt. Bewährte Verfahren am Arbeitsplatz. Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaft. Luxemburg
- Exworthy, M., Macfarlane, F., Willmott, M. (2009): NHS MANAGEMENT: 60 YEARS OF TRANSITION, A research project funded by the Nuffield Trust, London
- Fanshawe, S., Sriskandarajah, D. (2010): "You Can't Put Me In A Box" - Super-diversity and the end of identity politics in Britain. Institute for Public Policy Research ippr, London
- Fenton, S. (2004): Ethnicity. Polity Press, Cambridge
- Field, C. (2009): Religious statistics in Great Britain: an historical Introduction. University of Manchester
- Filby, I., Willmott, H. (1988): Ideologies and contradictions in a public relations department. In: Organization Studies 9 (3):335-351
- Fitzgerad, A. (2010): Diversity und das Sozialkapital der Krankenhäuser. In: Badura, Schröder, Klose, Macco (2010): Vielfalt managen: Gesundheit fördern – Potentiale nutzen, Fehlzeiten-Report 2010, Springer-Verlag Berlin, Heidelberg
- Fitzgerald, L., Lilley, C. Ferlie, E.; Addicott, R. McGivern, G. and Buchanan, D. (2006): Managing Change and Role Enactment in the Professionalized Organization. NIHR, Department of Health.
www.sdo.nihr.ac.uk/sdo212002.html: Department of Health; 2006. Report No. 08/1201/021
- Flintrop J., Gerst, T. (2008): Ärztliche Führung. Medizinische Kompetenz allein genügt nicht. In: Dtsch Arztebl 2008; 105(10): A-509 / B-459 / C-447
- Fox, C.R. (1989): Sociology of Medicin. A Participant Observer's view. Engelwood Cliffs, NJ Prentice Hall
- Gaffney, D., Pollock, AM., Price, D., Shaoul, J. (1999): The private finance initiative: The politics of the private finance initiative and the new NHS. Br Med J 1999; 319: 249-253.

- Geiger, I.K. (2008): Die Umsetzungslücke schließen. Ein Beitrag zum Management von Diversity im Gesundheitsbereich. Herausforderungen und Handlungsmöglichkeiten. MIGHEALTHNET 27.09.08, Bielefeld
- GEO (2011): Equalities Act 2010: What do I need to know? A quick start guide to using positive action in recruitment and promotion Government Equalities Office Download www.equalities.gov.uk 12.01.2012
- Gerber, H.G. (2004): Mobbing im Krankenhaus. In: Schwickerath, J, Carls, W., Zielke, M., Hackhausen, W. (Hrsg.) Mobbing am Arbeitsplatz, Pabst Science Publishers, Lengerich
- Gilbert, J. A. & Ivancevich, J. M. (2000). Valuing diversity: A tale of two organizations. *Academy of Management Executive*, 14(1), 93-105
- Glossmann J-P., Schliebusch, O., Diehl, V., Walsche, R. (2000): "Lean Management" im ärztlichen Bereich. In: *Med Klin* 2000;95:470-3 (Nr. 8)
- Gooding, L. (2009): Positively out of touch. In: *Nursing Standard*, Feb. 4.Vol. 23 No. 22 2009
- Gordon, J.R. (2002): The diverse workforce: individual differences, personality and career development. In: *Organizational behaviour. A diagnostic approach* (7th ed.), Prentice Hall NJ
- Granse, C., Lorenz, J., Deneke, C., Seibt, A., Weber, P. (2009): *Diversity-Management in den Pflege- und Gesundheitswissenschaften*, LIT Verlag, Berlin
- Gray, A., Harrison, S. (Eds) (2004): *Governing Medicine. Theory and Practice*. Maidenhead: Open University Press
- Greener, I. (2009): *Healthcare in the UK. Understanding Continuity and Change*. Policy Press, Bristol
- Grossmann, R. (1993): Leitungsfunktion und Organisationsentwicklung im Krankenhaus. In: *System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung*, Badura B, Feuerstein G, Schott T (Hrsg), Juventa Weinheim und München, 301-321
- Grossmann, R., Scala, K. (2006): *Gesundheit durch Projekte fördern: Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement*. 4. Auflage, Juventa, Weinheim und München
- Guillard, J. (2008): *Diversity Training. A study of the impact of diversity training on organizational performance, financial results and accountability*. Capella University USA
- Gutzwiller, F. (1993): *Gesundheitswissenschaften (Public-Health): Eine interdisziplinäre Aufgabe*, *Soz Pr/iventivmed* 1993; 38:1-7
- Ha, N.K. (2004): *Ethnizität und Migration Reloaded. Kulturelle Identität, Differenz und Hybridität im postkolonialen Diskurs*. Wvb Berlin
- Ham, C. (2005) 'From Targets to standards: but not just yet', *British Medical Journal* <http://www.bmj.com/cgi/content/full/330/7483/106>
- Hamilton, P. (2004): Regeneration, rhetoric, and the NHS: the case of The Vital Connection. In: *The International Journal of Public Sector Management* Vol. 17 No. 1, 2004, 8-23
- Hansen, F. (2003): Diversity's Business Case Doesn't Add Up. In *Workforce*, April 2003, 28-32
- Hansen, K. (2006): Umgang mit personeller Vielfalt. In: Becker, Manfred/Seidel, Alina (Hrsg.)(2006): *Diversity-Management. Unternehmens- und Personalpolitik der Vielfalt*. Schäffer/Poeschel, Stuttgart, 333-348
- Hansen, R. (2007): Focus Migration – Länderprofil Vereinigtes Königreich, Nr 12, bpb, Dezember 2007
- Harrington, L. (1993): Why managing diversity is so important. *Distribution*, 92, 11, 88-92
- Hasse, R., Krücken, G. (1999): *Neoinstitutionalismus*. Transkript Verlag, Beilefeld
- Hawkes, N. (2006): NHS Reforms made easy. *BMJ* 2006;333:645-8
- Hays-Thomas, R. (2004): Why now? The contemporary focus on managing diversity. In: Stockdale, M.S., Crosby, F.J. (Hrsg.): *The Psychology and management of workplace diversity*, Malden, Oxford, Carlton 3-30
- HCC (2005a): Q8-Q14 Appraisal, training, learning and development, and team working responses in the National NHS staff survey 2004, Download am 1.9.2010 von <http://www.cqc.org.uk/publications.cfm>
- HCC (2005b): Q29-Q31 Harrassment, bullying and violence responses in the National NHS staff survey 2004, Download am 1.9.2010 von <http://www.cqc.org.uk/publications.cfm>
- HCC (2006): Q9-Q15 Appraisal, training, learning and development responses in the National NHS staff survey 2005, Download am 1.9.2010 von <http://www.cqc.org.uk/publications.cfm>
- HCC (2007a): Q7-Q12 Appraisal, training, learning and development responses in the National NHS staff survey 2006, Download am 1.9.2010 von <http://www.cqc.org.uk/publications.cfm>
- HCC (2007b): Q25-Q30 Occupational health and safety, and Harassment, bullying, violence responses in the National NHS staff survey 2006, Download am 1.9.2010 von <http://www.cqc.org.uk/publications.cfm>
- HCC (2008): *National NHS staff survey 2007 Summary of key findings*, Download am 1.9.2010 von <http://www.cqc.org.uk/publications.cfm>

- HCC-BTH (2007): Brief summary of results from Bradford Teaching Hospitals NHS Foundation Trust, National NHS staff survey 2006, Download 1.9.2010 von <http://www.cqc.org.uk/publications.cfm>?
- HCC-BTH (2008a): Full results from Bradford Teaching Hospitals NHS Foundation Trust, National NHS staff survey 2007, Download 1.9.2010 von <http://www.cqc.org.uk/publications.cfm>?
- HCC-BTH (2008b): Brief summary of results from Bradford Teaching Hospitals NHS Foundation Trust, National NHS staff survey 2007, Download 1.9.2010 von <http://www.cqc.org.uk/publications.cfm>?
- HCC-King's (2007): Brief summary of results from King's College Hospital NHS Foundation Trust, National NHS staff survey 2006, Download 1.9.2010 von <http://www.cqc.org.uk/publications.cfm>?
- HCC-King's (2008a): Full results from King's College Hospital NHS Foundation Trust, National NHS staff survey 2007, Download 1.9.2010 von <http://www.cqc.org.uk/publications.cfm>?
- HCC-Kings (2008b): Brief summary of results from King's College Hospital NHS Foundation Trust, National NHS staff survey 2006, Download 1.9.2010 von www.cqc.org.uk/_db/_documents/AAB_NHS_staff_survey_2008_RJZ_sum.pdf
- Healy, J., McKee, M. (2003a): The evolution of hospital systems. In: McKee, M. und Healy, J. (Hrsg.) (2003): *Hospitals in a changing Europe*. Open University Press, Buckingham Philadelphia, S. 14-35
- Healy, G., Oikelome, F. (2006): *Ethnicity, Career, Work and the Health Services*. Centre for Research in Equality & Diversity. Queen Mary University, London
- Heidari, F. (2007): *Interprofessional mentoring - Exploration of support and professional development for newly qualified staff*. Doctoral thesis, Bournemouth University
- Herrmann, E., Kätker, S. (2007): *Diversity-Management*. Verlag Hans Huber, Bern
- Hewstone, M.; Rubin, M.; Willis, H. (2002): Intergroup bias. In: *Annual Review of Psychology* 53: 575-604
- Hignet, S. (2003): *Hospital ergonomics: a qualitative study to explore the organizational and cultural factors*. In: *Ergonomics*, 2003, Vol. 46, No. 9, 882-903
- Hilgers, L. (2000): *Estuary English. Entwicklung, linguistische Beschreibung und sozialer Hintergrund*. Magisterarbeit, Universität Trier, Fachbereich II
- HO (2002): *Training in Racism Awareness and Cultural Diversity*, Home Office Development and Practice Report, Research, Development & Statistics Directorate, Home Office, London
- HoC (2004): *2001 Census of Population Statistics for Parliamentary Constituencies*. Research Paper 04/01, House of Commons Library 30 January 2004, London
- Holvino, E.; Kamp, A. (2009): *Diversity-Management: Are we moving in the right direction? Reflections from both sides of the North Atlantic*. In: *Scandinavian journal of management*, 209, 25,4 395-403
- Hong, E-Y. (2011): *Rassismus als Problem kritischer Bildung - Widersprüche von Aufklärung, Solidarität und Vielfalt*. Dissertation, Pädagogischen Hochschule Karlsruhe
- Horton, K., Tschudin, V., Forget, A. (2007): *The Value of Nursing: a Literature Review*. In: *Nursing Ethics* 2007 14 (6) SAGE
- Hunt, B. (2007): *Managing equality and cultural diversity in the health workforce*. *J Clin Nurs*. 2007 Dec;16(12):2252-9
- IC-NHS (2010): *Primary care outcome measures in Lambeth, Southwark and Lewisham*, Information Centre NHS, Download am 1.9.2010 von www.nchod.nhs.uk
- IC-NHS (2012): *NHS Workforce: Summary of staff in the NHS: Results from September 2011 Census*. The Information Centre NHS, Download am 22.3.2012 von www.ic.nhs.uk
- Jablonski, H.W. (2006): *Organisation des Diversity-Management. Aufgaben eines Diversity Managers*. In: Becker, M.; Seidel, A. (Hrsg.): *Diversity-Management. Unternehmens- & Personalpolitik der Vielfalt*. Schäffer/Poeschel Stuttgart, 192-206
- Jamieson, D., O'Mara, J. (1991): *Managing Workforce 2000: Gaining the Diversity Advantage*. Jossey-Bass, San Francisco
- Jayne, M.E. A., Dipboye, R.L. (2004): *Leveraging Diversity to Improve Business Performance: Research Findings and Recommendations for Organizations*. *Human Resource Management*, Winter 2004, Vol. 43, No. 4, Pp. 409-424
- Jones WJ (2000) *The "business" - or "public service" - of healthcare* In: *JOURNAL OF HEALTHCARE MANAGEMENT*, Jg. 45 (2000-10) Nr. 5, S.290-293
- Jordan, J., Johns, N. (2007): *New Labour: Trust, equality of opportunity & diversity*. In: *Social & Public Policy Review* 1,1 Univ. of Plymouth
- Joshua-Amadi, M. (2002): *Recruitment and retention: a study in motivation*. In: *Nursing Management*, Dezember 1 2002, Harrow
- Jung, K. (2009): *Krankenhäuser brauchen eine integrierte Personalentwicklung. Stand und Perspektiven einer integrierten Personalentwicklung an den Universitätsklinika Deutschlands, Österreichs und der Schweiz*. Universität Lüneburg

- Kandola, R., Fullerton, J. (1998): Diversity in Action: managing the mosaic. Institute of Personnel and Development.
- Kaplan R.S. Norton D.P. (2004): Strategy maps: converting intangible assets into tangible outcomes. Harvard Business School Publishing, Massachusetts
- Kappler, E., Theurl, E. (2001): Demographische Entwicklung, veränderte Morbiditätsstrukturen und Personalbedarf im Krankenhaus. In: Arnold, Klauber, Schellschmidt: Krankenhaus-Report 2001, Schwerpunkt: Personal, Schattauer GmbH, Stuttgart, S 47-63
- Karakasoglu, Y. (2011): Partizipation in einer Gesellschaft der „Super-Diversity“ Neue Ansätze der Integrationsforschung und Impulse für die Integrationspolitik. In: Dossier Nr. 66, Wissenschaft & Frieden 2011-1: Moderne Kriegsführung, Darmstadt
- Karl-Trummer, U., Novak-Zezula, S. (2009): Ethno-kulturelle Diversität im Krankenhaus managen. Das „Migrant-friendly Hospital“-Projekt. In: Rásky, Eva (Hg.): Gesundheit hat Bleiberecht. Migration und Gesundheit. Wien: Facultas Verlag
- Kelly, M., Glover, I. (1996): In search of health and efficiency: the NHS 1948-94. In: Leopold, J., Glover, I., Hughes, M. Beyond Reason? The National Health Service and the Limits of Management. Avebury Publishing Ltd, Aldershot
- Kernick, D. (2004): Complexity and healthcare organization. Radcliffe Medical Press, Oxon, UK
- Kersten, A. (2000): Diversity-Management: dialogue, dialectics and diversion. In: Journal of Organizational Change Management, Vol.13, no. 3, 2000
- Khan, D., Walker, J., Horsefall, A., Manning, A. (2005): Final Report MFH Project at: Bradford Teaching Hospitals NHS Foundation Trust, migrant-friendly hospitals, Download am 1.9.2010 von www.mfh-eu.net
- King's (2002): Annual Report 2001/2, King's College Hospital NHS Trust, London
- King's (2003a): Valuing Diversity at King's, Annual Report 2002/3, King's College Hospital NHS Trust, London
- King's (2003b): King's Twenty-four seven Annual report 2002-03, King's College Hospital NHS Trust, London
- King's (2004a): Diversity Annual Report 2004, King's College Hospital NHS Trust, London
- King's (2004b): Heart of the community Annual Report 2003/2004, King's College Hospital NHS Trust, London
- King's (2005a): Valuing Diversity at King's, King's College Hospital NHS Trust, London
- King's (2005b): Making Breakthroughs Annual Report 2004/2005, King's College Hospital NHS Trust, London
- King's (2006a): Diversity Annual Report 2005/6, King's College Hospital NHS Trust, London
- King's (2006b): Workforce Action Plan 2006-09, King's College Hospital NHS Trust, London
- King's (2006c): Transforming the Future Annual Report and Accounts 2005-06, King's College Hospital NHS Trust, London
- King's (2007a): Breakthroughs. The spirit of innovation at King's. Annual report and summary financial statements 2006-2007, King's College Hospital NHS Foundation Trust, London
- King's (2007b): Workforce Monitoring Report March 2007, King's College Hospital NHS Foundation Trust, London
- King's (2008a): WORKFORCE INFORMATION REPORT NARRATIVE 2007/08, King's College Hospital NHS Foundation Trust, London
- King's (2008b): WORKFORCE INFORMATION REPORT STATISTICAL REPORT 2007/08, King's College Hospital NHS Foundation Trust, London
- King's (2008c): Leading Change in the NHS Annual report and summary financial statements 2007-08, King's College Hospital NHS Foundation Trust, London
- King's (2009a): Single Equality Scheme 2009 – 2012, King's College Hospital NHS Foundation Trust, London
- King's (2009b): Annual Report and Accounts 2008/09, King's College Hospital NHS Foundation Trust, London
- King's (2009c): Annual Plan 2009-10, King's College Hospital NHS Foundation Trust, London
- King's (2009d): King's College Hospital, Workforce Information Statistical Report 2008/09, King's College Hospital NHS Foundation Trust, London
- King's (2010a): Press Release 02/11/2010, King's College Hospital Corporate Communications
- King's (2010b) Board of Directors Minutes of the meeting of the Board of Directors Tuesday 26 January 2010 in the Dulwich Committee Room, King's College Hospital, London
- King's (2010c): Board of Directors Minutes of the meeting of the Board of Directors held 29 June 2010 in the Dulwich Committee Room, King's College Hospital, London
- King's (2010d): Workforce Equality Information Report 2009/2010, King's College Hospital, London
- King's (2010e): Annual Report and Accounts 2009/10, King's College Hospital NHS Foundation Trust, London

- King's (2011a): The History of King's College Hospital, Download am 1.9.2011 von <http://www.kcl.ac.uk>
- King's (2011b): Organisations we work with. Download <http://www.kch.nhs.uk/about/the-kings-story/partnership-working> am 2.12.2011
- King's Fund (2009): Acute Trusts. Download am 10.04.2010 von www.kingsfund.org.uk
- King's Fund (2011): Frequently Asked Questions. Download am 01.09.2011 von www.kingsfund.org.uk/current_projects/general_election_2010
- Kingsley, S./Pawar, A. (2002): Putting race equality to work in the NHS: a resource for action. STRAD Consulting, London
- Klein, R. (1989): The Politics of the NHS. 2nd Ed., Longman, London
- Kleinke, J. D. (1998) Bleeding edge : the business of health care in the new century. Gaithersburg, Md: Aspen Publishers
- Kolip, P.(2002): Entwicklung der Gesundheitswissenschaften in Deutschland: Ausgangspunkte, Definitionen und Prinzipien. In: Kolip, P. (Hrsg.) (2002): Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung. Weinheim München: Juventa Verlag, 7-22
- Köppel, P., Yan, J., Lüdicke, J. (2007): Cultural Diversity-Management in Deutschland hinkt hinter her. Bertelsmann-Stiftung. Gütersloh
- Kotter, J.P. (1996): Leading Change. Boston: Harvard Business School Press
- Krell, G. (2004): Diversity-Management: Chancengleichheit als Wettbewerbsfaktor. In: Krell, G. (2004): Chancengleichheit durch Personalpolitik. Gleichstellung von Frauen und Männern in Unternehmen und Verwaltungen, Rechtliche Regelungen – Problemanalysen – Lösungen, 4. Aufl., Gabler, Wiesbaden, 41-57
- Krell, G. (2008): Diversity-Management: Chancengleichheit für alle & auch als Wettbewerbsfaktor. In: Krell, G. (2008): Chancengleichheit durch Personalpolitik. Gleichstellung von Frauen & Männern in Unternehmen & Verwaltungen, Gabler, Wiesbaden, 63-80
- Kunz, V. (2000): Kulturelle Variablen, organisatorische Netzwerke und demokratische Staatsstrukturen als Determinanten der wirtschaftlichen Entwicklung im internationalen Vergleich, in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Heft 2
- Langdon-Davies, J.(1952): Westminster Hospital - two centuries of voluntary service, 1719-1948. Verlag: John Murray, London
- Lederle, S. (2007): Die Einführung von Diversity-Management in deutschen Organisationen: Eine neoinstitutionalistische Perspektive. In: Zeitschrift für Personalforschung 21. Jg., Heft 1 2007, 22-41
- Lee, J. (2002): Civility in the City: Blacks, Jews and Koreans in Urban America. Cambridge, MA, Harvard University Press
- Leonard, J.S., Levine, D.I. (2006): The Effect of Diversity on Turnover: A Large Case Study. In: Industrial & Labor Relations Review, Volume 59, Issue 4 2006 Article 2, 547-572
- Lewis,R., Alvarez-Rosete,A., Mays, N. (2006): How to Regulate Health Care in England? An International perspective, King's Fund, London
- Local Gov. (2004): Demographics and the workforce in England and Wales. Employers Organisation, Local Government, London
- Lofland, L.H. (1998): The Public Realm: Exploring the City's Quintessential Social Territory, Aldine de Gruyter, New York
- Longley, M., Williams, R., Furnish, S., Warner, M. (2001): Promoting Mental Health in a Civil Society: Towards a strategic approach. The Nuffield Trust, London
- LSL (2008): Lambeth, Southwark and Lewisham NHS LIFT Strategic Service Development Plan, Draft for Approval March 2008 Download am 1.9.2010 von [ww.lambethpct.nhs.uk/documents/379.pdf](http://www.lambethpct.nhs.uk/documents/379.pdf)
- Macharzina, K., Wolf, J. (2008): Unternehmensführung: Das internationale Managementwissen - Konzepte- Methoden – Praxis. 6. Auflage, Gabler, Wiesbaden
- Macpherson, W. (1999): Stephen Lawrence Inquiry, Report of an Inquiry by Sir William of Cluny, CM 4262-1. HMSO, London
- Mannion, R., Davies, H.T.O, Marschall, M.N . (2005): Cultures for performance in health care. Open University Press, Maidenhead
- Mannion, R., Davies, H., Konteh, F., Jung, T., Scott, T., Bower, P., Whalley, D., McNally, R., McMurray, R. (2008): Measuring and Assessing Organisational Culture in the NHS (OC1) Research Report. NCCSDO, York
- Mannion, R., Harrison, S., Jacobs, R., Konteh, F., Walshe, K., Davies, H.T.O (2009): From cultural cohesion to rules and competition: the trajectory of senior management culture in English NHS hospitals, 2001–2008. In: R Soc Med 2009: 102: 332–336
- Marburger Bund (2012) Beschlüsse 121. Hauptversammlung 19/20.05.2012 in Nürnberg
- Martin, J., Siehl, C. (1983): Organizational culture and counter-culture: an uneasy symbiosis. In: Organizational Dynamics 12(2): 52-64
- Mason, D. (2000): Race and Ethnicity in Modern Britain, Oxford University Press, Oxford
- Mayring, P. (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Beltz, Weinheim und Basel

- MCB (2008): Roundtable discussion with Department of Health, Muslim Chaplain and Islamic scholars, To formulate advice on Implementation of infection control guidelines, Muslim Council of Britain, London
- McGrath, J. E., Berdahl, J. L., und Arrow, H. (1995): Traits, expectations, culture and clout: The dynamics of diversity in work groups. In: S. E. Jackson & M. N. Ruderman (Eds.), *Diversity in work teams: Research paradigms for a changing workplace* (pp. 17-45). Washington, DC: American Psychological Association
- McKay, P. F., Avery, D. R., Morris, M. A. (2009): A tale of two climates: Diversity climate from subordinates' and managers' perspectives and their role in store unit sales performance. In: *Personnel Psychology*, 62, 767-791
- McKee, M., Healy, J., Edwards, N., Harrison, A. (2003): Pressures for Change. In: McKee, M. und Healy, J. (Hrsg.) (2003): *Hospitals in a changing Europe*. Open University Press, Buckingham Philadelphia, 36-58
- McKee, M., Healy, J. (2003): The significance of hospitals. In: McKee, M. und Healy, J. (Hrsg.) (2003): *Hospitals in a changing Europe*. Open University Press, Philadelphia, 3-13
- McKenzie, K. (1999): Something borrowed from the blues? We can use Lawrence inquiry findings to help eradicate racial discrimination in the NHS. *BMJ* Volume 318 6 March 99 616-617
- Meek, V.L. (1982): Organizational culture: origins and weaknesses. In: *Organization studies* 9(4):453-73
- Mintzberg, H. (1979): *The structuring of organizations. A synthesis of the research*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall
- Mistry, M., Latoo, J. (2009): Bullying: A growing workplace menace. In: *BJMP* 2009:2(1) 23-26
- Monitor (2009): *NHS Foundation Trusts: Consolidated Accounts 2008-09* 1 April 2008 - 31 March 2009. Monitor - Independent Regulator of NHS Foundation Trusts, HMSO London
- Monitor (2010): *NHS Foundation Trust Directory, Monitor 2010*, <http://www.monitor-nhsft.gov.uk/about-nhs-foundation-trusts/nhs-foundation-trust-directory> am 2.10.2011
- Montgomery, F.U. (2007): Krankenhausstruktur: Sind Hierarchien noch zeitgemäß? In: *Zeitschrift des Bundesverbandes Gastroenterologie Deutschland*
- Mor Barak, M. (2000): The inclusive workplace: an ecosystems approach to diversity management. In: *Soc Work*. 2000 Jul;45(4):339-53
- Müller, S., Gelbrich, K. (2004): *Interkulturelles Marketing*, München, Verlag Vahlen
- Müller-Jentsch, W. (2003): *Organisationssoziologie. Eine Einführung*. Frankfurt/M. Campus
- Nazroo, J. (1998): Ethnicity. In: *Health Variations*, Issue 1, January 1998, 10-11
- Neely, A., Kennerley, M., Martinez, V. (2004): Does the balanced scorecard work: an empirical investigation. In: (Eds, Neely, A., Kennerley, M., and Walters, A.), *Performance Measurement and Management: Public and Private*, Cranfield School of Management, Edinburgh, UK, 763-777
- NHS-Confed (2007): *The challenges of Leadership in the NHS*. The NHS Confederation, London
- NHS-Employers (2005a): *Positively Diverse The Field Book. A practical guide to managing diversity in the NHS*. New edition, 2005, Leeds
- NHS-Employers (2005b): *Positive action in the NHS. Phase 1 of the NHS Employers positive action programme*. Briefing Issue 10th October 2005, NHS Employers, London
- NHS-Employers (2007): *Useful steps to consider when implementing an SES*. Download am 1.10.2010 von http://www.nhsemployers.org/SiteCollectionDocuments/implementing_ses_steps_300808.pdf
- NHS-Employers (2008): *Briefing 48 Single equality schemes in the NHS: the developing picture*. Issue 48, NHS Employers, London
- NHS-Employers (2009a): *Briefing 60 Managing Diversity Making it Core Business*. Issue 60 April 2009, NHS Employers, London
- NHS-Employers (2009b): *Improving working lives in the NHS - a framework developed by the NHS Staff Council*, NHS-Employers, London
- NIC (2011): *NHS Workforce: Summary of staff in the NHS: Results from September 2010 Census*. The NHS Information Centre for health and social care, Government Statistical Service, Leeds
- NIC (2009a): *NHS Staff 1998-2008, Master Table - NHS Information Centre for health and social care*, Government Statistical Service, Leeds
- Oakley, P. (1998): Harassment and bullying in the NHS. In: *Health Service Report*, 15-19
- O'Brian, T. (2007): Overseas nurses in the National Health Service: a process of deskilling. In: *Journal of Clinical Nursing* 16, 2229-2236
- Offermans, G. (2005): *Integriertes Personal-Controlling im Krankenhaus. Neue Instrumente der Prozess- und Ressourcensteuerung. Verlag für integrierte Bildung, Heidelberg*
- Ohms, C., Schenk, C. (2003): *Diversity - Vielfalt als Politikansatz in Theorie und Praxis: Von einer Zielgruppenpolitik hin zu einer „Politik der Verschiedenheit“ (Politics of Diversity)*. Grundsatzreferat Vortrag auf der Fachtag des Hessischen Sozialministeriums, Wiesbaden
- Omanović, V. (2006): *Understanding "Diversity in Organizations" Paradigmatically and Methodologically*. A paper for IFSAM VIIIth World Congress 2006, September 28-30, Berlin

- ONS (2003a): KS06 Ethnic Group Key Statistics for local authorities in England and Wales. Office for National Statistics, Newport, Wales
- ONS (2003b): KS09a – c Economic Activity. All people aged 16-24, Newport, Wales
- ONS (2003c): KS11a – c Industry of Employment. All people aged 16-24, Males, Females. Office for National Statistics, Newport, Wales
- ONS (2005): Focus on Ethnicity and Identity, Census 2001, Office for National Statistics, London, Download von www.statistics.gov.uk am 1.10.2010
- ONS (2006): Ethnicity & Identity Employment Patterns. Annual Population Survey, January 2004 to December 2004, Office for National Statistics, Newport, Wales
- ONS (2007): 2011 Census Ethnic Group, National Identity, Religion and Language consultation Summary report on responses to the 2011 Census stakeholders consultation 2006/07, Office for National Statistics, London
- ONS (2009): 2008-based National Population Projections, November 2009, Office for National Statistics, Newport, Wales
- ONS (2010): Disadvantaged groups, Labour Force Survey and Labour Force Survey Household datasets Q4 2009, Office for National Statistics, Newport, Wales
- ONS (2011) Integrated Household Survey April 2010 to March 2011 : Experimental Statistics Download 2.11.2011
www.ons.gov.uk/ons/dcp171778_227150.pdf
- Ottaviano, G.I.P, Peri, G. (2004): The economic value of cultural diversity: evidence from US cities. In: *Journal of Economic Geography* 6 (2006) 9–44
- Paice, E., Smith, D. (2009): Bullying of trainee doctors is a patient safety issue. In: Blackwell Publishing Ltd *The Clinical Teacher* 2009; 6: 13–17 13
- PAMECUS (2009): Positive Action Measures in the European Union, Canada, United States & South Africa. Volume 3 – Country Reports, University of Bradford, Centre for Inclusion and Diversity, Bradford
- Peters, T.J. , Watermann, R.H.: (2003) *Auf der Suche nach Spitzenleistungen: Was man von den bestgeführten US-Unternehmen lernen kann*, Landsberg/Lech, 9. Auflage 2003
- Pless, N.M., Maak, T. (2004): Building an Inclusive Diversity Culture: Principles, Processes and Practice. In: *Journal of Business Ethics*, Vol. 54, No. 2. (2004), pp. 129-147
- Powell, A.A., Branscombe, N.R., Schmitt, M.T. (2005): Inequality as Ingroup Privilege or Outgroup Disadvantage: The Impact of Group Focus on Collective Guilt and Interracial Attitudes. In: *PSPB*, Vol. 31 No. 4, April 2005 508-521
- Power, M. (1997): *The Audit Society. Rituals of Verification*. Oxford University Press
- Prasad, P., Mills, A.J., Elmes, M. und Prasad, A. (1997): *Managing the Organizational Melting Pot: Dilemmas of Workplace Diversity*. SAGE, Thousand Oaks, C.A.
- Preston, D., Smith, A.; Buchanan, D.; Jordan, S. (1996): Symbols of the NHS: Understanding the Culture and Communication Processes of a General Hospital, *Management Learning* 1996; 27; 343
- Prettin M (2007) *Quereinsteiger: Der fremde Blick*. Financial Times Deutschland, Gesundheitswirtschaft 28.12.2007
- Prior, L. (2008): Repositioning Documents in Social Research. In: *Sociology*, Volume 42(5): 821–836 SAGE Publications Los Angeles, London, New Delhi and Singapore
- Putnam, R. (2000): *Bowling Alone*. Chapter 1 – Thinking about Social Change in America: 15-28
- Putnam R (2007) *E Pluribus Unum: Diversity and Community in the Twenty-first Century -- The 2006 Johan Skytte Prize Lecture*". *Scandinavian Political Studies* 30 (2): 137–174
- Pudney, S., Shields, M.A. (1999): *Gender & Racial Discrimination in Pay & Promotion for NHS Nurses*. Discussion Paper 85, IZA, Bonn, Dec. 1999
- Pudney, S. E., Shields, M. A. (2000). *Gender, Race, Pay and Promotion in the British Nursing Profession: Estimation of a Generalised Ordered Probit Model*. In: *Journal of Applied Econometrics*
- Quine, L. (1999) 'Workplace bullying in NHS community trust: staff questionnaire survey', *British Medical Journal*, 318, S. 228–32
- Quine, L. (2002): Workplace bullying in junior doctors: questionnaire survey. *BMJ* 2002;324:878–9
- Rampersad, H. (2006): *Personal Balanced Scorecard*. Erich Schmidt Verlag, Berlin
- Randle, J. (2003): Bullying in the nursing profession. Experience before and throughout the nursing career. *Journal of Advanced Nursing*, Volume 43 Issue 4, 395 - 401
- Razum, O., Geiger, I.K., Zeeb, H., Ronellenfisch, U. (2004): *Gesundheitsversorgung von Migranten*, pp.A2882-2888 in: *Deutsches Ärzteblatt* 101
- Razum, O., Zeeb, H., Meesmann, U. et al. (2008): *Migration & Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: Robert Koch-Institut
- RBNS (1997): *Health Visitors and Professions Allied to Medicine*, Review Body for Nursing Staff, Midwives, 1997

- RCN (2006): Celebrating diversity at King's, Royal College of Nursing, download am 1.9.2010 von www.rcn.org.uk/newsevents/news/article/london/article422
- RDSD (2002): Training in racism awareness and cultural diversity. Home Office Development and Practice Report 3, Research, Development and Statistics Directorate, London
- Rieger, C. (2006): Die Diversity Scorecare. In: Becker, Manfred/Seidel, Alina (Hrsg.)(2006): Diversity-Management. Unternehmens- und Personalpolitik der Vielfalt. Schäffer/Poeschel, Stuttgart, 257-273
- Riley, R., Metcalf, H., Forth, J. (2008): The business case for Equal Opportunities: An econometric investigation. Department of Work & Pensions. Research Rpt No. 484. HMSO London
- Rivett, G. (1993): Hospital Histories. In: Social History of Medicine 6 (3): 429-437
- Rivett, J. (2009a): Hospital Services, Chap 5. Download März 2010 von www.nhshistory.net
- Rivett, J. (2009b): Hospital Services, Chap. 6. Download März 2010 von www.nhshistory.net
- Robinson, M., Cottrell, D. (2005): Health professionals in multi-disciplinary and multi-agency teams: Changing professional practice. In: Journal of Interprofessional Care, 2005; 19(6): 547-560
- Robinson, G., Dechant, K. (1997): Building a business case for diversity. Academy of Management Executive, Vol. 11, Nr. 3, 21-31
- Romaine, S. (2001): Language and Social Class. In: International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences, 8308-8312 Elsevier Science Ltd.
- Rosenbrock R 2001 Was ist New Public-Health Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2001 · 44:753–762 Springer-Verlag 2001
- Ross, R., Schneider, R. (1992): A Redefinition - From Equality to Diversity. Pitman, London
- Rutherford, S., Ollerearnshaw, S. (2002): The Business of Diversity. How organisations in the public and private sectors are integrating Equality & Diversity to enhance business performance. Schneider-Ross, London.
- Scarman (1981): The Scarman Report. Penguin, Harmondsworth
- Schein, E. (1995): Unternehmenskultur. Ein Handbuch für Führungskräfte, Frankfurt/New York
- Schmidt-Rettig, Barbara (2002): Anforderungen an das Personalmanagement im Krankenhaus. In: Arnold, Klauber, Schellschmidt: Krankenhaus-Report 2001, Schwerpunkt: Personal, Schattauer GmbH, Stuttgart, 65-75
- Schneider, G., Geiger, I.K., Scheuring, J. (2008): Prozess- & Qualitätsmanagement. Grundlagen der Prozessgestaltung & Qualitätsverbesserung Compendio Bildungsmedien, Zürich
- Schroeder, J. (2006): „Diversity“und ihre Grenzen. Anforderungen, Probleme & Konzepte lebenslagenorientierter Beratung von Flüchtlingen & Migrant/innen in Deutschland. Uni Frankfurt
- Schubert, H-J (Hrsg.) (2003): Management von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen. Luchterhand, Wolters Kluwer, Neuwied, Köln, München, 2003, 11-19
- Schwartz, F.H. (2003): Public-Health. In: Schwartz, F.H., Badura B, Leidl R, et al. (Hrsg.): Das Public-Health-Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen, Urban & Fischer, München, 3-6;
- Schwarz-Wözl, M. (2005): Der Vielfalt eine Chance geben. Wegweise für Managing Diversity im Betrieb, Zentrum für soziale Innovation, Wien
- Scott, C., Hofmeyer, A. (2007): Networks and social capital: a relational approach to primary healthcare reform. In: Health Research Policy and Systems 2007, 5:9
- SDO (2009): Measuring and assessing organisational culture in the NHS – Research Summary. Service Delivery and Organisation Programme, National Institute for Health Research, London
- Seidel, A. (2006) Kundenorientierung und Diversity-Management. In: Becker, Manfred/Seidel, Alina (Hrsg.)(2006): Diversity-Management. Unternehmens- und Personalpolitik der Vielfalt. Schäffer/Poeschel, Stuttgart, 239-255
- Sepeshri, P. (2002): Diversity and Managing Diversity in internationalen Organisationen – Wahrnehmungen zum Verständnis und ökonomischer Relevanz. München
- Shields, M.A., Whitley Price, S. (2002): The determinants of racial harassment in the workplace: Evidence from the British nursing profession. In: British Journal of Industrial Relations, March 2002
- Skinner, D., Saunders, M.N.K., Duckett, H. (2004): Policies, promises and trust: improving working lives in the National Health Service. In: The International Journal of Public Sector Management Vol. 17 No. 7, 2004, S. 558-570
- Snell, J. (1996): Warning: racism at work. In: Nursing Times, Vol. 92, No. 22, 30-32
- Snow, S., Jones, E. (2010): Against the Odds: Black, Minority and Ethnic Clinicians and Manchester, 1948-2009, Carnegie Press, für Manchester Primary Care Trust
- Sriskandarajah, D., Cooley, L., Kornblatt, T. (2007): „Britain's Immigrants An economic profile“. A report for Class Films and Channel 4 Dispatches. Institute for Public Policy Research ippr, London

- Staender, J. (2007): Krankenhauspolitik in England. Dissertation. Universität Bielefeld
- Statistics Commission (2003): The 2001 Census. In: Westminster Interim Report October 2003, London
- Steinau, H-U. (2007): Chirurgie und Hierarchie. Beitrag zum 124. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, ICC München
- Steppan, R. (1999): Diversity makes good business sense. In: Personalführung, Jg. 32, Heft 5, 28-34
- Steven, A., Oxley, J., Fleming, W.G. (2008): Mentoring for NHS doctors: perceived benefits across the personal-professional interface. *J R Soc Med* 2008; 101: 552-557
- Stevens, J. (1995): Weighing up the evidence on managing diversity, *People Management*, 29 June, 61
- Stewart, R. (1995): *Leading in the NHS: A Practical Guide*. Macmillan Business, Basingstoke
- Straw (2009): Stephen Lawrence Inquiry: 10 years on, Lord Chancellor and Secretary of State for Justice Download von <http://www.justice.gov.uk/news/speech240209a.htm> am 10.08.2009
- Strong, P., Robinson, J. (1990): *The NHS Under New Management*. Open University Press Buckingham
- Stuber, M. (2004): Diversity. Das Potenzial von Vielfalt nutzen – den Erfolg durch Offenheit steigern. Luchterhand, München
- Süß, S., Kleiner, M. (2006): Diversity-Management: Verbreitung in der deutschen Unternehmenspraxis und Erklärungen aus neoinstitutionalistischer Perspektive. In: Gertraude Krell, G. und Wächter, H. (Hrsg.): *Diversity-Management – Impulse aus der Personalforschung*. Trierer Beiträge zum Diversity-Management, Band 7, Rainer Hampp Verlag, München u. Mering, 57-79
- Sveinsson, K.P. (2009): The White Working Class and Multiculturalism: Is There Space for a Progressive Agenda? In: *Who Cares about the White Working Class?* Runnymede Trust, London, 3-6
- Talbot-Smith, A., Pollock, A. (2006): *The new NHS : a guide*. Routeledge, Abingdon
- Tatli, A. (2010): *Towards an Integrated Relational Theory of Diversity-Management*. Paper presented at the Academy of Management Annual Meeting in Montreal, Canada, 3-10 August 2010
- The Guardian (1981): How smouldering tension erupted to set Brixton aflame, *The Guardian*, Monday 13 April 1981, London
- Thiedermann, S. (1994): Staff diversity: the best of all backgrounds. *Association Management*, 46, 2, 57-60
- Thomas, A. (1993): *Psychologie interkulturellen Lernens und Handelns*. - In: Alexander Thomas (Hrsg.): *Kulturvergleichende Psychologie*. Hogrefe Verlag für Psychologie, Göttingen 1993
- Thomas, L., Singh, I., Stilwell-Peccei, J. (2004): *Language, society and power: an introduction*. Second Edition, Routledge, London
- Thomas, R. R.Jr. (1991): *Beyond Race and Gender. Unleashing the Power of Your Total Work Force by Managing Diversity*. New York.
- Thomas, R.R. (1992): Managing diversity. A conceptual framework. In: Jackson, S.E. (Hg.): *Diversity in the workplace: Human resource initiatives*. New York. 306-318
- Thomas, D.A., Ely, R. J. (1996): Making Differences Matter: A New Paradigm for Managing Diversity. In: *Harvard Business Review*, 05, 79-91
- Thompson, G. (2009): *NHS Expenditure in England*. House of Commons Library SN/SG/724, London
- Thrive (2005): *Learning, training and development needs of health services staff in delivering services to members of Minority Ethnic Communities*. Thrive Consulting for the Health Service Executive, Dublin, Ireland
- Trauner, H., Sohler, K. (2005): *Betriebliche Maßnahmen gegen Diskriminierung und zur Gleichstellung von MigrantInnen und ethnischen Minderheiten im europäischen Vergleich. Modell-beispiele aus der Praxis*. Europäischen Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, Wien
- Van der Zee, K.; Atsma, N.; Brodbeck, F. (2004): The Influence of Social Identity & Personality on Outcomes of Cultural Diversity in Teams. In: *Journal of Cross-Cultural Psychology* 2004; 35 283
- Vedder, G. (2003): *Vielfältige Personalstrukturen und Diversity-Management*. In: Wächter, H., Vedder, G., Führung, M. (Hrsg.): *Personelle Vielfalt in Organisationen*. München und Mering. 13-27
- Vedder, G. (2006): Die historische Entwicklung von Diversity-Management in den USA und in Deutschland. In: Gertraude Krell, G. und Wächter, H. (Hrsg.) (2006): *Diversity-Management – Impulse aus der Personalforschung*. Trierer Beiträge zum Diversity-Management, Band 7, Rainer Hampp Verlag, München u. Mering, 1-21
- Vertovec, S. (2006): *The Emergence of Super-Diversity in Britain*. Centre on Migration, Policy and Society, WP-06-25 - Working Paper No. 25, University of Oxford
- Von Eiff, W. (2002) *Demotivierende Unternehmenskultur als Ursache für Ärztemangel in Krankenhäusern*, Bertelmannstiftung.

- Von Eiff, W. (2000) Führung und Motivation in Krankenhäusern. Perspektiven und Empfehlungen für Personalmanagement und Organisation. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer
- Voss, F. (1993): Pflegerisch-medizinische Arbeit im formal organisierten Sozialsystem des Krankenhauses
- Wagner, D., Sepehri, P. (1999): Managing Diversity – alter Wein in neuen Schläuchen?. In: Zeitschrift Personalführung, Nr. 5, 1. Mai 1999, S. 18–21
- Waisel, D.B. (2005): Developing Social Capital in the Operating Room. The Use of Population-based Techniques. In: Anesthesiology 2005; 103:1305–10
- Waldman, D.J., Smith, H.L., Hood, J.N. (2003): Corporate Culture: The Missing Piece of the Healthcare Puzzle. In: HOSPITAL TOPICS: Research and Perspectives on Healthcare, Vol. 73, No. 4 1996
- Watrinet, C. (2007): Indikatoren einer diversity-gerechten Unternehmenskultur. Universität Karlsruhe
- Way, R. (2007): The Changing Role of Human Resource Management within the National Health Service: Feeling at Home in an Increasingly Complex Environment. Paper for The 9th International Human Resource Conference 2007, University of Lancaster, UK
- Weheliye, A-J. (2008): Vier Ansätze des Managing Diversity. Migration - Integration - Diversity: DOSSIER Managing Diversity Download http://www.migration-boell.de/web/diversity/48_1023.asp am 26.1.2010
- Wesselman, E., Lindemeyer, T., Lorenz, A.L. (2004): Wenn wir uns nicht verstehen, verstehen wir nichts, Übersetzen im Krankenhaus. Der klinikinterne Dolmetscherdienst, Mabuse-Verlag Frankfurt
- Wieseler, S., Haker, K. (2003): Management mit Weitblick: Zukunftsoptionen des Gesundheits- und Sozialsektors. In: Schubert, H-J (Hrsg.), Management von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen. Luchterhand, Wolters Kluwer, Neuwied, Köln, München, 2003, 23-72
- Wrench, J. (1997): European Compendium of Good Practice for the Prevention of Racism at the Workplace, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg
- Wrench, J. (2003): Managing Diversity, Fighting Racism or Combating Discrimination? A Critical Exploration. Council of Europe and European Commission Research Seminar Resituating Culture – Reflections on Diversity, Racism, Gender and Identity in the Context of Youth Budapest 10 – 15 June 2003
- Wrench, J. (2005): Diversity-Management can be bad for you In: Race & Class, Institute of Race Relations Vol. 46(3): 73–84, London
- Wydler, H., Kolip, P., Adel, T. (2006): Salutogenese und Kohärenzgefühl, 3. Auflage, Juventa, Weinheim, München
- Yar, M., Dix, D., Bajekal, M (2006): Socio-demographic characteristics of the healthcare workforce in England and Wales – results from the 2001 Census. Office for National Statistics
- Zanoni P., Janssens, M. (2004): Deconstructing Difference: The Rhetoric of Human Resource Managers' Diversity Discourses. In: Organization Studies 2004 25: 55
- Zanoni P., Janssens, M., Benschop, Y., und Nkomo, S. (2010): Guest Editorial: Unpacking Diversity, Grasping Inequality: Rethinking Difference through Critical Perspectives. Organization 17(1): 9-29

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorgelegte Dissertation selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Alle Ausführungen, die anderen Schriften wörtlich oder sinngemäß entnommen wurden, sind durch Angabe der Quellen als Zitate kenntlich gemacht. Ich versichere, dass die Dissertation bisher nicht im In- oder Ausland in dieser oder in einem anderen Promotionsverfahren vorgelegt wurde.

Neuerkirch, 22.06.2012

A handwritten signature in black ink, appearing to read "A. E. Fikgeald". The signature is written in a cursive style with a large initial 'A' and 'E'.