

Gender, Diversity and Public Health

5. Nationale Tagung des Forschungsnetzwerks Gender Health

„Making differences matter“
Grundzüge des Diversity Konzepts

20. Juni 2007

Prof. Dr. Brigitte Liebig
Hochschule für Angewandte Psychologie
Riggenbachstr. 16
4600 Olten
brigitte.liebig@fhnw.ch

1. Diversity – Geschichte und Begriff
2. Diversity und Public Health
 - Gesundheit: Vielfalt individueller Voraussetzungen
 - Diagnostik und Beratung
 - Diversity im Gesundheitswesen
3. Diversity und Gender Mainstreaming

1. Diversity – Geschichte und Begriff I

‘workforce diversity’

- “From affirmative action to affirming diversity” (Thomas 1984)
- Prämissen der ‚equal opportunity policies‘ überholt
 - Globalisierung
 - Vielfalt in Belegschaften und Human Resources
 - Internationalisierung der Märkte und Kunden
 - Vielfalt durch Kooperationen und Fusionen

Zentrale Botschaft:

- Diversity als Erfolgsfaktor
 - Kostensenkungen
 - Kreativität und Problemlösungsfähigkeit
 - Personalmarketing
 - Systemflexibilität
 - Modernisierung
 - (Wieder-)Wahl

1. Diversity – Geschichte und Begriff II

➤ *wahrnehmbare & nicht wahrnehmbare Unterschiede*

Demographische Differenzen:

Geschlecht, Alter, ethnische Zugehörigkeit, Berufsgruppe, Erwerbsstatus, familiäre Situation, Behinderung

Kulturelle Differenzen (,cultural diversity‘)

Werte, kulturelle Orientierungen, religiöse Überzeugung, sexuelle Orientierung, Lebensform, Erziehung, Humor ...

Fähigkeits- und Wissensunterschiede: Bildung, Sprachen, berufliche Erfahrung

*„all the ways in which we differ“
(Thomas 1992)*

1. Diversity – begriffliche Definitionen II

„Diversity refers to any mixture of items characterized by differences and similarities“ (Thomas 1996)

- *Diversity bildet nicht ein Synonym für Differenz, sondern umfasst Unterschiede und Gemeinsamkeiten*
- *Diskussionen über Diversity bedürfen zunächst einer Festlegung der spezifischen Dimensionen, über die diskutiert werden soll*
- *Die Diversity Perspektive erfordert eine umfassende und nichts ausschliessende Betrachtung innerhalb der festgesetzten Ausprägung (Sepehri, P./Wagner, D. 2001)*

Bis heute ungeklärt: Verhältnis von Diversity Konzept zu Ansätzen des ‚doing gender‘ bzw. ‚doing difference‘

2. Diversity und Public Health

Zur Relevanz der Diversity Thematik in Gesundheit und Gesundheitswesen

1. Gesundheit: Vielfalt individueller Voraussetzungen
2. Diagnostik und Beratung
3. Diversity im Gesundheitswesen

2. Diversity und Public Health

Gesundheit und Gesundheitsverhalten

- Morbidität und Mortalität (BFS 2007)
 - Lebenserwartung
 - Krankheitsformen
- Persönliche Einschätzung des Gesundheitszustandes
- Psychische Gesundheit
- Inanspruchnahme vorsorglicher Untersuchungen
- Medikamentenkonsument

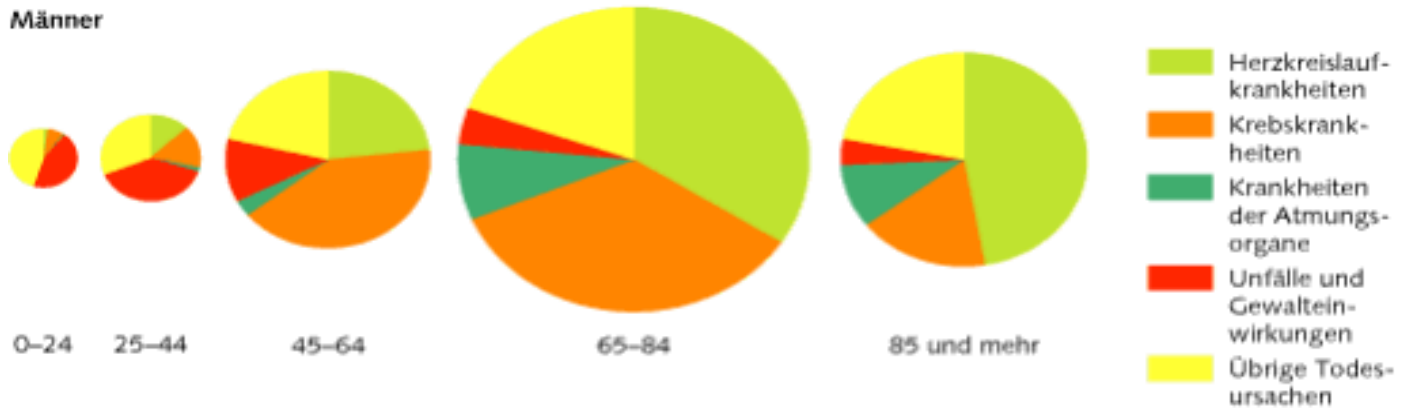
Vielfalt weiterer Bedingungsfaktoren

- Bildungsniveau, berufliche Stellung, Einkommen, Lebenssituation und Lebenslage (Gognalons-Nicolet et al.1997)
- Lebensstil, Rollenverständnis (Bsp. Risikoverhalten/Schönheitsoperationen)

Morbidität nach Geschlecht

Anteile der wichtigsten Todesursachengruppen in den Altersklassen 2004

Männer



Frauen



© Bundesamt für Statistik (BFS)

Guter bis sehr guter selbst wahrgenommener Gesundheitszustand

Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB), BFS

2002, in % der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren

	Männer	Frauen
Obligatorische Schule	81.3	75.2
Sekundarstufe II	87.6	86.5
Tertiärstufe	92.1	89.5
Total	87.8	83.9

Gesundheitsrelevante Einstellungen in der Bevölkerung In % der entsprechenden Bevölkerungsgruppe

	Gesundheitsorientierte Lebenseinstellung		Ernährungs- bewusstsein		Sportliche Aktivität				Nichtraucher			
					1-2 mal pro Woche		3 mal und mehr pro Woche		nie geraucht		aufgehört	
	1992	2002	1992	2002	1992	2002	1992	2002	1992	2002	1992	2002
Total	87.2	88.2	67.8	69.1	37.9	36.1	26.4	27.1	49.2	49.6	20.8	19.9
Geschlecht												
Weiblich	89.2	90.6	76.4	76.1	38.7	35.2	22.1	23.8	59.8	58.4	16.1	16.2
Männlich	85.2	85.6	58.3	61.6	37.0	37.1	31.1	30.7	37.6	40.2	25.8	23.9
Nationalität												
Schweizerisch	88.3	88.9	69.4	70.5	39.3	37.2	26.8	27.9	50.7	50.0	20.9	20.3
Italienisch	85.6	85.5	59.5	63.8	27.6	30.7	23.2	18.2	41.1	50.1	21.8	19.9
Andere	80.7	85.0	59.6	63.1	32.1	31.6	24.9	25.7	41.9	46.8	19.2	17.9
Zivilstand												
Ledig	84.0	82.8	60.6	63.8	39.8	39.1	34.9	36.3	55.8	53.0	10.0	9.7
Verheiratet	88.4	90.1	70.4	70.6	38.6	36.8	23.8	23.8	46.0	48.2	25.7	24.1
Geschieden	88.7	89.7	70.7	74.9	34.4	31.2	23.6	25.7	33.2	34.9	20.8	25.1
Verwitwet	88.5	92.3	71.4	73.7	25.2	20.3	16.8	17.5	64.7	64.6	20.4	16.0
Getrennt	91.5	88.2	71.8	66.7	37.3	27.7	24.9	23.7	31.0	33.7	16.2	26.6
Bildungsniveau												
Obligatorische Schulbildung	83.4	84.1	60.8	61.2	30.9	26.9	26.8	24.4	56.7	54.0	15.5	15.8
Sekundarstufe II	88.2	89.4	68.7	71.3	39.1	37.4	25.3	27.1	46.7	47.8	21.4	20.8
Tertiärstufe	89.3	91.6	75.5	73.7	43.3	41.5	27.6	27.0	44.5	46.5	26.7	25.0
Alter (Jahre)												
15-39	85.5	83.6	63.6	63.9	41.5	40.7	30.5	32.0	50.4	52.5	13.9	10.8
40-69	88.7	90.9	72.0	73.0	38.0	36.5	24.3	25.2	45.4	43.0	25.8	26.4
70 und mehr	91.3	93.2	68.6	71.9	21.7	19.8	17.5	18.0	58.6	62.6	29.0	26.2

Genuss von Schlafmittel und Beruhigungsmittel In % der entsprechenden Bevölkerungsgruppe, BFS 2002

	Total			Frauen			Männer		
	obligatorische Schule	Sekundar- stufe II	Tertiärstufe	obligatorische Schule	Sekundar- stufe II	Tertiärstufe	obligatorische Schule	Sekundar- stufe II	Tertiärstufe
Tabak									
Schlafmittel 1)									
Täglich	4.3	1.9	1.5	5.8	2.4	(2,6)	1.7	1.4	1.0
Mehrmals pro Woche	1.2	0.8	1.2	1.4	1.1	(1,9)	(0,8)	(0,5)	(0,9)
Einmal pro Woche	1.1	0.8	1.0	1.3	1.0	(1,3)	(0,8)	0.6	(0,9)
Beruhigungsmittel 1)									
Täglich	4.4	2.1	1.6	5.4	2.3	2.6	2.7	1.9	1.2
Mehrmals pro Woche	0.8	0.7	(0,6)	(0,9)	0.9	(0,7)	(0,6)	(0,5)	(0,5)
Einmal pro Woche	1.0	0.6	(0,7)	(0,9)	0.8	(1,6)	(1,2)	(0,4)	(0,3)

Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens 2002

Im Laufe von 12 Monaten 1), in % der jeweiligen Gruppen bzw. in Tagen

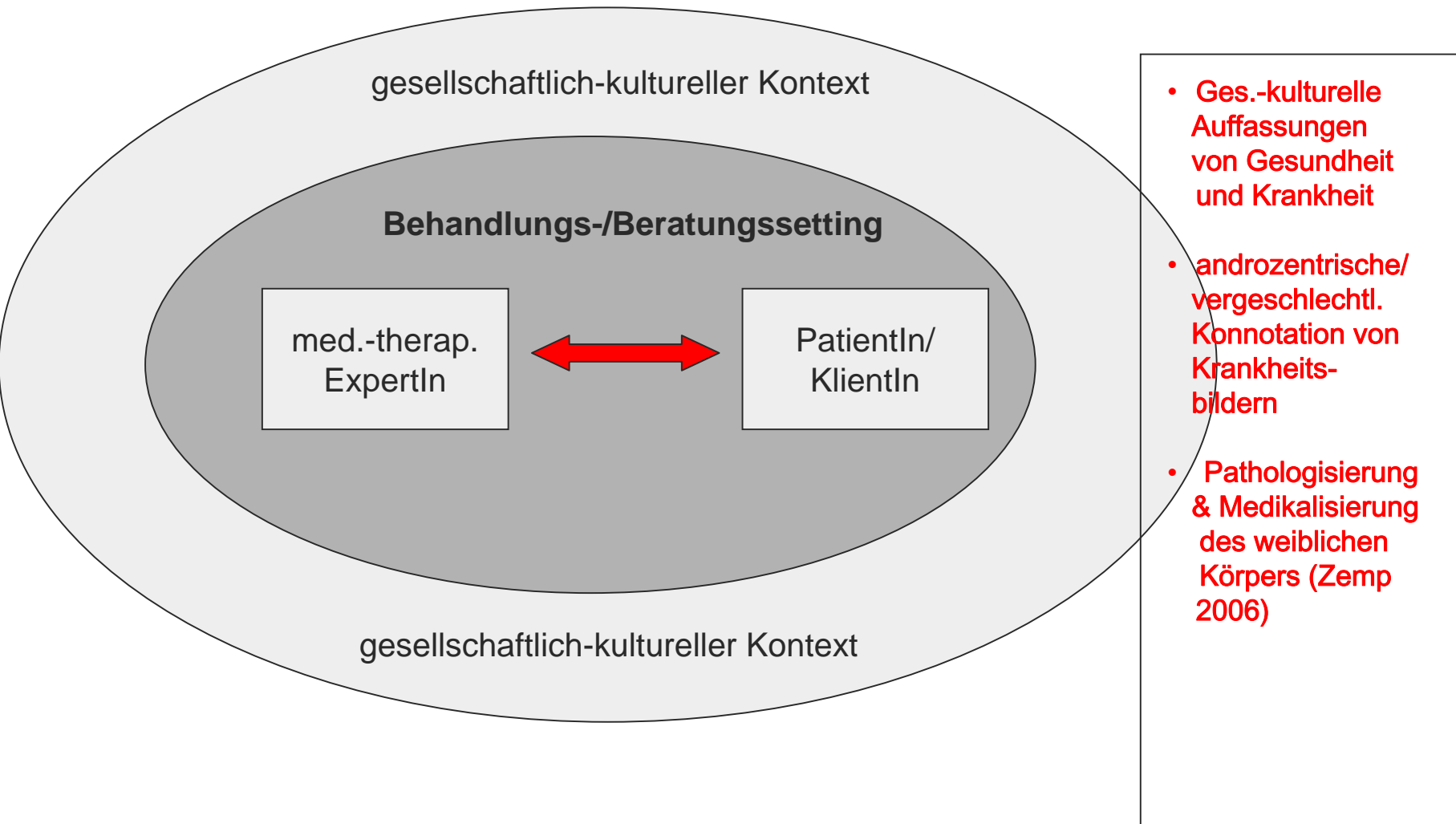
	Total	Frauen nach Altersgruppe (Jahre)				Männer nach Altersgruppe (Jahre)			
		15-39	40-69	70+	Total	15-39	40-69	70+	Total
Messung des Blutdrucks 2)	76.2	75.2	82.4	90.8	80.9	61.0	75.4	93.1	71.0
Messung des Blutfettspiegels 2)	49.8	38.4	55.1	73.4	51.8	30.7	55.6	78.6	47.6
Arztbesuch 2)	76.8	81.0	78.9	89.8	81.5	68.2	71.5	88.3	71.9
Zahnarztbesuch 3)	62.6	65.2	69.2	50.1	64.8	58.1	62.9	54.8	60.1
Physiotherapie	14.5	13.6	18.6	15.9	16.2	11.7	13.8	10.4	12.5
Besuch beim Psychologen	4.3	6.5	5.5	(2,0)	5.4	3.1	3.7	(0,2)	3.1
SPITEX 2)	2.6	2.3	2.6	12.4	4.0	(0,4)	0.6	6.0	1.1
Spitaltage pro Einwohner	1.1	1.0	0.9	2.7	1.2	0.4	1.0	2.6	0.9
Bevölkerungsanteil mit Spitalaufenthalt	11.8	13.4	10.6	18.5	13.0	7.3	11.5	20.3	10.7

1) Die 12 Monate vor dem Befragungstermin

2) Daten sind mit 1997 und 1992 nur bedingt vergleichbar (modifizierte Fragestellung)

3) Revidierte Werte

2. Diversity und Public Health Diagnose und Beratung



2. Diversity und Public Health Diagnose und Beratung

Bedeutung von sozio-kultureller Differenz in der Behandlungs- bzw. Beratungssituation

- Sozio-kulturell vielfältige Formen des Gesundheitsverhaltens und Gesundheitsempfindens
 - Rollenvorstellungen, Selbstbilder, Identitäten
 - z.B. Vorsorgeverhalten
 - z.B. Darstellung von Krankheit und Konflikt im lebensgeschichtlichen Bezugsrahmen oder als einem über Arbeitsleistung entstandenen Schaden

- Sozio-kulturelle Vielfalt in der Behandlungs-/Beratungssituation
 - Diagnosestellung (Bsp. Herz-Kreislauf-Probleme vs. Emotionsstörungen; Verschreibung psychoaktiver Substanzen)
 - Kommunikation und Interaktion

Diversity in der Beratungssituation

- *„wie geht man mit Gleichgeschlechtlichem um, wie geht man mit Gegengeschlechtlichem um? In der gesundheitlichen Betreuung haben wir immer mit Leuten zu tun, die sich unterscheiden.*

Wie sie mit jemandem umgehen, wie sie jemanden informieren, also wie sie wieder zurückgeben, was sie eigentlich sagen müssen, wie sie Anweisungen geben – also es ist eine hierarchische Geschichte von Wissenden zu Nichtwissenden in der Medizin. Und da gehen eigentlich die Anweisungen vom Arzt oder der Ärztin zur Patientenseite, also wie sie das machen oder gestalten (...) im Umgang mit Anderen, das ist ein grosses Feld für Sozialkompetenz, das wirklich zum Beruf auch gehört.“ (A10).

aus Liebig et al. (2008)

2. Diversity und Public Health

Diversity im Gesundheitswesen

Diversity im Gesundheitswesen

- Geschlecht, Alter, ethnische Zugehörigkeit, Berufsgruppen, Erwerbsstatus, familiäre Situation, Behinderung
- Werte, religiöse Überzeugung, sexuelle Orientierung, Lebensform, Erziehung, Humor ...
- Fähigkeits- und Wissensunterschiede: Bildung, Sprachen, berufliche Erfahrung

Organisations(kultur)wandel durch ‚Diversity Management‘

- ➔ Entwicklung der betrieblichen Personalpolitik (Verstetigung von Gleichstellungsprozessen)
- ➔ Entwicklung der Diversity-Kompetenz und –motivation auf Führungsebene
- ➔ Entwicklung der Gesundheitsorganisationen von einem monokulturellen zur multikulturellen Kontext

Personelle Vielfalt im Gesundheitswesen II

Beschäftigung in den Krankenhäusern, 2005

Anzahl Stellen in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) am 31.12.2005, nach Aktivitätstyp

Aktivität	Anzahl VZÄ
Ärzte und andere Akademiker	18'285
Pflegepersonal	46'548
Personal anderer medizinischen Fachbereiche	28'952
Verwaltungspersonal	10'304
Ökonomie-, Transport-, Hausdienst- Personal	17'845
Personal des technischen Dienstes	3'199
Andere	571
Total	125'703

Krankenhausstatistik, BFS

Personelle Vielfalt im Gesundheitswesen II

Gesundheitsberufe nach Geschlecht: Diplomierungen seit 1980

T 14.2.26

	Ärzte			Zahnärzte			Gesundheits- und Krankenpflege (Niveau I und II)			Pflegeassistenten		Hebammen			
	Total	Geschlecht		Total	Geschlecht		Total	Geschlecht		Total	Geschlecht				
		Männer	Frauen		Keine Angabe	Männer		Frauen	Keine Angabe		Männer		Frauen	Männer	Frauen
1980	808	592	213	3	117	97	20	0	8
1990	817	497	273	47	135	103	23	9	2'132	204	1'928	881	42	839	77
2000	756	415	341	0	86	57	29	0	2'983	320	2'663	1'023	105	918	114
2005	623	283	340	0	110	66	44	0	3'365	286	3'079	1'070	66	1'004	105

Bundesamt für Statistik, SHIS; Schweizerisches Rotes Kreuz

Auskunft: Erwin Wüest, 032 713 67 00, erwin.wueest@bfs.admin.ch

© BFS - Statistisches Lexikon der Schweiz

2. Diversity und Public Health Diversity im Gesundheitswesen

Monokulturelle oder multikulturelle Organisationen?

- ‚Anders‘ sein heisst defizitär sein
 - Vielfalt wird als Bedrohung für die Effektivität und Funktionsfähigkeit Organisation wahrgenommen
 - Kritik an dominanten Werten wird nicht gestattet
 - Anpassung an dominante Werte wird gefordert
 - Gleichbehandlung heisst im Subtext der Organisation „alle über einen Kamm scheren“
 - Menschen sollen sich ändern, nicht Kultur
- (vgl. Emmerich/Krell 2001:108)
- ✓ es herrscht Werte- und Anschauungspluralismus
 - ✓ alle Beschäftigten(gruppen) sind strukturell integriert, d.h. in allen Positionen und auf allen Hierarchiestufen vertreten
 - ✓ alle Mitarbeitenden sind in Netzwerke integriert
 - ✓ es gibt keine Vorurteile und Diskriminierung
 - ✓ alle Beschäftigten sind in gleichem Masse mit der Organisation identifiziert
 - ✓ zwischen den Beschäftigten gibt es nur wenig Konflikte

3. Diversity und Gender Mainstreaming

„Gender Mainstreaming ist die (Re)organisation, Verbesserung, Entwicklung und Evaluierung grundsatzpolitischer Prozesse, mit dem Ziel, eine geschlechterbezogene Sichtweise in alle politischen Konzepte auf allen Ebenen und in allen Phasen durch alle normalerweise an politischen Entscheidungen beteiligten Akteure einzubringen.“
(Council of Europe 1998:14).

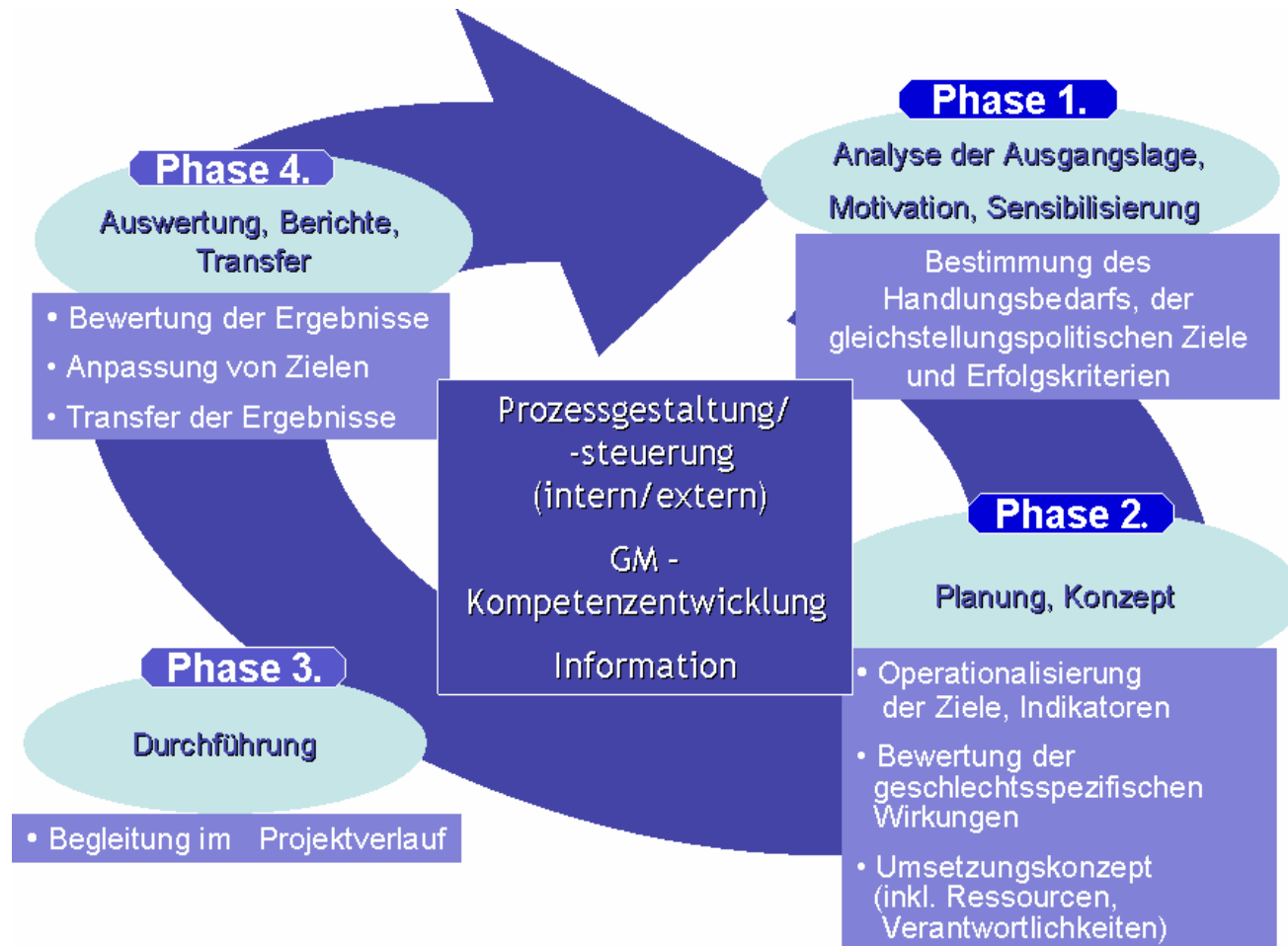
Gender: gesellschaftlich-kulturell geprägte Rollen, Rechte, Pflichten, Ressourcen, Normen, Werte und Interessen der Geschlechter

Mainstreaming: Integration und Verstetigung in einer Gesamtstrategie

Gender Mainstreaming und Public Health I

- I. Systematische Berücksichtigung von Geschlechterdifferenzen bei der Formulierung, der Durchführung und der Evaluation von Politiken, Programmen und Projekten der öffentlichen Gesundheit (Bsp. Angebot, Akzeptanz, Wirkung von Präventionskampagnen)
- I. Neudefinition von Zielen, Strukturen und Ressourcenplänen von Organisationen und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, u.a. auf der Basis einer differenzierten Gesundheitsberichterstattung (Bsp. Frauenhäuser, Jungenarbeit).
- II. Aufdecken von geschlechtshierarchischen Strukturen in allen Bereichen des Gesundheitswesens (Politik, Versorgungssystem, Verbände, Forschung & Lehre). Anleiten von Veränderungen in Organisationen und in Organisationskulturen der Gesundheitsversorgung.

Gender Mainstreaming Prozess (www.g-i-s-a.de)



Diversity und Public Health – ein erstes Fazit

Diversity Konzept sensibilisiert

- für die Grenzen eines an Durchschnittswerten orientierten Menschenbildes bzw. Krankheits- bzw. Gesundheitsverständnisses (Mensch = männlich, weiss, Mittelklasse, postindustrieller lebensweltl. Kontext...)
- für die Problematik einer eindimensionalen Klassifizierung und Katalogisierung von Krankheitsbildern und daran anschliessende Gesundheitsförderungs- und Behandlungsstrategien
- für einen reflexiven Umgang mit biologischer und sozio-kulturell bedingter Differenz
- für die Vielfalt der Einflussfaktoren bei Gesundheitsstörungen, Gesundheitsverhalten und –empfinden (z.B. ethnischer Herkunft, Alter, Behinderung, Bildung, berufliche Stellung)
- für die Notwendigkeit einer Diagnosestellung und Behandlung/Beratung, welche die Vielfalt der Einflussfaktoren erkennt und sie (als Ressource) berücksichtigt
- für Diversity im Gesundheitswesen und dessen Bedeutung als betriebliche Ressource

3. Gender, Diversity und Public Health

Zielsetzungen:

Einschluss der Diversityperspektive in Gesundheitsförderung, Gesundheitsversorgung und Gesundheitsforschung

- **Gesundheitsförderung:**
- Systematische Berücksichtigung der unterschiedlichen Lebensbedingungen, Bedürfnisse, Hindernisse und Chancen unterschiedlicher Bedarfsgruppen (Bsp. Risikoverhalten, Dreifachbelastung, Chancenungleichheiten)

- **Gesundheitsversorgung**
- Systematische Berücksichtigung der gesundheitlichen, (physiologischen, psychologischen, sozialen) Besonderheiten von Bedarfsgruppen in allen Bereichen der öffentlichen Gesundheit (Bsp. Risiko- und Schutzfaktoren bei Herzinfarkt, Gewalt, Sucht)

- **Gesundheitsforschung**
- Einschluss von Fragestellungen zu Diversity in die gesundheitswissenschaftliche und medizinische Forschung. Verwendung vergleichender und methodenreflexiver Verfahren zur Vermeidung von Verzerrungen („bias“)

Literatur

- Bundesamt für Statistik (2007): Gesundheitsstatistik Schweiz 2007, Neuchâtel
- Bundesamt für Statistik (2002, 2004, 2005): Statistiken Schweiz, Neuchâtel
- Council of Europe (ed) (1998): Gender Mainstreaming – Konzeptueller Rahmen, Methodologie und Beschreibung bewährter Praktiken. Schlussbericht über die Tätigkeit der Group of Specialists on Mainstreaming (EG-S-MS). Strasbourg. German Version. EG-S-MS (98) 2
- Emmerich, A./Krell, G. (2001): Diversity-Trainings: Verbesserung der Zusammenarbeit und Führung einer vielfältigen Belegschaft, in: Krell, Gertraude (Hg.): Chancengleichheit durch Personalpolitik, 3. Aufl., Wiesbaden, 421-441.
- Gognalons-Nicolet, M. et al. (1997): Geschlecht und Gesundheit nach 40. Die Gesundheit von Frauen und Männern in der zweiten Lebenshälfte, Bern
- Liebig, B. et al. (2008): Gender Studies zwischen Hochschule und Wissenschaft. Die Schweiz im europäischen Kontext, Zürich
- Maschewsky-Schneider, U. (2002): Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen – die Herausforderung eines Zauberwortes, in: Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen, Dokumentation 12. Tagung des Netzwerks Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen, 9-31
- Sepehri, P./Wagner, D. (2002): Diversity und Managing Diversity. Verständnisfragen, Zusammenhänge und theoretische Erkenntnisse, in Peters, S./Bensel, N. (Hg): Frauen- und Männer im Management. Diversity in Diskurs und Praxis, Wiesbaden (2. Aufl.) 121-143
- Thomas, R. (1996): Redefining Diversity, New York
- Zemp, E. (2006): Disziplinäre Sichtwinkel: Der Blick auf Geschlecht und Gesundheit in der Medizin, in Liebig, B. et al.: Mikrokosmos Wissenschaft. Transformationen und Perspektiven, Reihe Hochschulforum 39, Zürich, 153-165