

# Medical education leadership: from diversity to inclusivity

## Abstract

Both in Canada and globally, medical schools are prioritizing diversity in medical education. The ensuing development of innovative approaches to augmenting the representation, comfort, and success of students from under-represented groups has been increasing. Curricula have also expanded to better prepare graduates for the realities of effectively meeting the needs of a diverse patient population. Leadership has however, not kept up with this progress. Evidence shows that diverse leadership teams develop innovative solutions to complex problems, recruit and retain the best talent, and remain relevant to the communities they serve.

Our international conference workshop included a literature review on the current state of diversity in medical education and in leadership for medical educators, and case-based models of lived experiences to initiate conversations in three different facets of diversity to stimulate reflection, engagement and discussion. The oft-forgotten side of the conversation in conference offerings, the audience's perspective, was purposefully included in planning the workshop and presenters adhered to this principle throughout the session.

Participants recognized the importance of addressing diversity with leadership in medical education. Themes included the need for communication training, cultural education, sharing these data more broadly with faculty in medical education and continuing these conversations. A final theme "we will never represent all minorities", led us to a conclusion that a culture of inclusivity and not diversity would be required to successfully meet this challenge.

**Keywords:** leadership, diversity, inclusiveness, medical education

**Constance LeBlanc**<sup>1,2</sup>  
**Lyn K. Sonnenberg**<sup>3,4,5</sup>  
**Sharla King**<sup>6,7</sup>  
**Jamie Busari**<sup>8,9</sup>

- 1 Dalhousie University, Department of Emergency Medicine, Halifax, NS, Canada
- 2 Dalhousie University, Associate Dean of Continuing Professional Development and Medical Education Research, Halifax, NS, Canada
- 3 University of Alberta, Department of Pediatrics, Edmonton, AB, Canada
- 4 University of Alberta, Associate Dean of Educational Innovation & Academic Technologies, Edmonton, AB, Canada
- 5 Glenrose Rehabilitation Hospital, Edmonton, AB, Canada
- 6 University of Alberta, Faculty of Education, Department of Educational Psychology, Edmonton, AB, Canada
- 7 University of Alberta, Direktor of Health Sciences Education and Research Commons, Edmonton, AB, Canada
- 8 University of Maastricht, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Department of Educational Development and Research, Maastricht, the Netherlands
- 9 Zuyderland Medical Center, Department of Pediatrics, Heerlen, the Netherlands

## Introduction

Medical programs in several countries, including Canada, the Netherlands, United Kingdom and the United States

of America, are now prioritizing diversity in medical education. In western societies, the practice of Medicine has traditionally been by white, male, heterosexual and affluent practitioners, however in a world that has changed

politically, economically, and technologically, the landscape of healthcare delivery has also undergone transformation [1]. Nowadays, training to be a physician is not just for the elites in society but is open to everyone based on academic merit, provided they meet criteria for admission into medical school. Furthermore, the science of medicine is not limited to the expertise of the physician anymore; neither is the access to medical information and treatments confined to libraries and hospitals, as technology and social media have disrupted the hegemony of the medical profession. Political upheavals, mass migration, and human displacements, due to natural and man-made disasters, have led to increased diversity in the composition of populations, their health care needs, and demands on health resources. Consequently, the education of healthcare professionals, and the management of health systems, need to accommodate these new changes to help the populations they are serving. It also means that in order to serve all patients, healthcare workforces should reflect their communities' diversity.

## Definitions

Broadly defined, diversity is "being composed of different elements" [<https://www.merriam-webster.com/dictionary/hacker>]. In the contexts of this article, and our workshop described below, diversity includes sex, race, culture, religion, disability, age, and the differing abilities of teams involved as learners, planners, or leaders in health education curricula. We also endorse diversity as a management strategy and diversity as an ethical principle with respect to the equal treatment and equal opportunity for all members of society. Inclusivity can best be defined as "the practice or policy of including people who might otherwise be excluded or marginalized" (Oxford, 2019). We include in our definition of leadership all five facets of the LEADS framework [2]: Lead self, Engage others, Achieve results, Develop coalitions, Systems transformation. Leadership in health, and leadership in inclusivity, are relevant through each of these lenses.

In response to population diversity and the need for inclusivity, the medical curriculum has expanded to better prepare graduates for effectively meeting the needs of a diverse patient population. At the same time, the ensuing development of innovative approaches to augment the representation, comfort, and success of students from under-represented groups has been steadily increasing [3]. Attention is required to ensure diversity in case studies, discussions, communication skills training, simulations, and in extracurricular activities. Moreover, in higher education, diversity has also been applied to research. However, in contrast to other professional domains within medicine, leadership has not kept up with the alacrity of this progress. Evidence reveals that diversity in leadership teams facilitates innovative solutions to complex problems, helps recruit and retain best talent, and remain relevant to the communities they serve [4]. Although necessary for success, diversity within health-

care leadership education remains a step behind creating leadership education to meet these needs.

The Toronto International Summit on Leadership Education for Physicians (TISLEP) is the educational flagship of sanokundu, an international community of practice dedicated to the creation and dissemination of open educational resources to support leadership educators. Sanokundu aims to foster health professional leadership education worldwide collaboratively, through the development of generic competency-based leadership curriculum and activities, which can be adapted to local and regional contexts [5]. In 2018, this group included a workshop on Leading for Diversity in their October conference in Canada that we were able to facilitate [<http://tislep.pgme.utoronto.ca/about/>]. The annual TISLEP conference for 2019 will be entirely focused on Diversity and Inclusivity. We will provide an invited workshop at this event to further develop the concepts from our previous workshop.

## Our group

Although no group can represent all facets of diversity, ours included diversity of race, culture, age, abledness, and sex. Each member had prior interest and experience in diversity and medical education, which equipped us to plan and deliver this effective workshop. Our experiences spanned the continuum of medical education from undergraduate to postgraduate training to continuing medical education, included broad geographic representation, and was both intra-professional and interdisciplinary, providing a broader lens on our collective view of diversity in leadership.

## Event

To prepare for this international workshop on Diversity in Leadership for Medical Education, we met virtually to discuss our perspectives as an international and diverse group of presenters. A literature review was conducted by each of the presenters using and pertinent articles were shared and annotated for the group. Themes based on individual, lived-experiences in education, or in experiences with healthcare, were brought forth by group members and a content flow for the session was proposed. After several meetings, the outline for our workshop was set and adjuncts (slides in this case) were made to bring a cohesive feel and flow to the workshop. Our design specifically included time for dialogue with participants after each case presentation. This is a welcomed standard in Canada for all educational events provided for physicians. An overall outline of the workshop format is provided in figure 1 below.

|                                                                    |                                                    |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>TISLEP Workshop:</b>                                            |                                                    |
| <i>Medical Education Leadership: from Diversity to Inclusivity</i> |                                                    |
| Introductions and Learning Objectives:                             |                                                    |
| -                                                                  | Demographics, statistics and bias questions        |
| o                                                                  | Case 1: Resident interaction with patient          |
| o                                                                  | Case 2: Faculty with child and "hidden" disability |
| o                                                                  | Case 3: Major discomfort and assumptions           |
| -                                                                  | Discussion                                         |
| -                                                                  | Conclusions and Key Points                         |

**Figure 1: Leadership workshop in diversity (TISLEP 2018)**

After introduction of all group members, we presented our literature review and statistics on the current state of diversity in medical education and in leadership. Included were several questions for participants including an "Envision a Leader" ice-breaker exercise to set the stage for the lived cases. Participants were asked to picture in their minds: a president, a Chief Executive Officer, or a Dean of a Medical School. After a minute or two, participants were asked if any were female, racially or culturally diverse, or disabled. None were. This highlighted the magnitude of change required to address not only the status quo, but also our inherent biases. The introduction was presented collaboratively by the group. We then identified key ideas and outcomes of inclusiveness in serving a population and in increasing the performance of teams to set the stage for a series of conversations. In the three subsequent segments of the workshop each group member presented a case-based model of a lived experience to initiate conversations in three different facets of diversity to stimulate reflection, engagement, and discussion. The oft-forgotten side of the conversation in conference offerings, the audience's perspective, was purposefully included in planning the workshop and presenters adhered to this principle throughout the session. The case-studies models included: missed opportunities for everyday leadership in inclusiveness and the impact of intersectionality on learners; tokenism vs. awareness; the hidden face of disability; the misconception of diversity, and the proposal to re-focus on inclusivity.

- The first case reported a resident who was subject to racial abuse from a patient in the Emergency Department. The presenter provided the scenario and asked for suggestions as to how best to manage the abuse. After participant contributions were exhausted, the rest of the story was shared, and the dénouement reviewed;
- Case two was a personal story of a child with a disability and perspectives of others on the situation that were not felt to portray the situation accurately due to biases and assumptions, and how many in medicine carry "hidden" disabilities. Suggestions from participants were sought and several options for mitigating these biases and for managing similar situations were proactively shared;
- The third case presented took place at a leadership meeting, where despite evident racial difference, a

leader's opinion was not sought by other high-level leaders when racial biases were discussed. Leaders at this meeting discussed strategies to mitigate racial profiling; however, discomfort with racial diversity at this meeting was so pronounced that nobody asked for the perspective of the one racially diverse leader at the table, leaving "an elephant" in the room. Approaches to opening conversations on diversity and paths to inclusivity were proposed by participants in our workshop. The end of this story was also shared with the participants.

Numerous examples of challenging situations were provided by participants and discussed in an open forum. Overall approaches to mitigating biases, to remaining culturally sensitive and moving towards inclusivity, were provided by our group and participants in equal parts. Workshop participants eagerly shared their experiences with the group, integrating their stories and anecdotes with those presented, resulting in a rich case-based discussion.

In closing the workshop, our group provided a few key take home messages both from our cases, our experiences and those provided by workshop participants. We learned from our peers, and they from us, and the resultant sharing of ideas and approach was felt to be of value by all. Essential tools for this workshop included:

1. faculty members with an interest,
2. a welcoming venue, and
3. real cases that illustrated diversity challenges through varied lenses with
4. ample time for discussion both with and among participants, made for an effective workshop event.

## Outcomes

Quiet, yet attentive early on, participants responded enthusiastically to the challenging cases provided, and eagerly engaged in the dialogue. Many shared intimate anecdotes and stories from their professional experiences and, in so doing, revealed their discomfort, perceived lack of exposure or training, and challenges in leading for diversity. We believe that this openness stemmed from the power of vulnerability that was modeled early on in the workshop, with presenters embracing the emotions that we experienced during times of uncertainty, risk, and emotional exposure [6]. By the end of the workshop, all recognized the importance of meeting needs more broadly in medical education, with many advocating for enhanced training in this area. Themes emerged including the need for

1. communication training,
2. cultural education,
3. sharing of these data more broadly with faculty in medical education, and
4. continuing these conversations.

A final theme “we will never represent all minorities”, led to our conclusion that a culture of inclusivity, and not diversity, would be required to successfully meet this challenge [https://en.oxforddictionaries.com/definition/inclusivity].

Workshop ratings and feedback were very positive and noted, in particular, lots of new ideas shared, powerful stories, and an interesting workshop design.

## Conclusions

The process of planning and providing this event allowed us to broaden our personal perspectives on diversity. Participants were eager to share experiences and the conversational format was preferred to denser content delivery-based models. Inclusivity should be used as a term to describe our direction, as appearance and demeanor can be deceptive.

We have initiated further dissemination of this work through local and regional workshops, national presentations, scholarly work, and programme development to meet this often-unperceived need among our leaders.

## Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

## References

1. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohnen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Garcia P, Ke Y, Kelley P, Kistnasamy, Meleis A, Naylor D, Pablos-Mendez A, Reddy S, Scrimshaw S, Sepulveda J, Serwadda D, Zurayk H. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376(9756):1923-1958. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)61854-5
2. Canadian College of Health Leaders. LEADS Resources. Ottawa: Canadian College of Health Leaders; 2016. Zugänglich unter/available from: <https://leadscanada.net/site/resources>
3. Association of American Medical Colleges. Diversity in the Physician Workforce: Facts and Figures. Washington, DC: Association of American Medical Colleges; 2014.
4. Tröster C, Mehra A, van Knippenberg D. Structuring for team success: The interactive effects of network structure and cultural diversity on team potency and performance. *Organ Behav Human Decision Processes*. 2014;124(2):245-255. DOI: 10.1016/j.obhdp.2014.04.003
5. Busari J, Chan MK, Dath D, Matlow A, de Camps Meschino D. Sanokundu: The birth of a multinational network for the development of healthcare leadership education. *Leadership Health Serv*. 2018;31(2):254-264. DOI: 10.1108/LHS-01-2018-0001
6. Brown B. Dare to lead: Brave work, tough conversations, whole hearts. New York: Penguin Random House; 2018.
7. AAMC News. More Women Than Men Enrolled in U.S. Medical Schools in 2017. Washington, DC: AAMC News; 2017. Zugänglich unter/available from: <https://news.aamc.org/press-releases/article/applicant-enrollment-2017/>

### Corresponding author:

Prof. Dr. med. Constance LeBlanc  
Dalhousie University, Department of Emergency Medicine  
and Associate Dean of Continuing professional  
Development and Medical Education Research, Halifax,  
Nova Scotia, Canada  
[Constance.LeBlanc@Dal.Ca](mailto:Constance.LeBlanc@Dal.Ca)

### Please cite as

LeBlanc C, Sonnenberg LK, King S, Busari J. Medical education leadership: from diversity to inclusivity. *GMS J Med Educ*. 2020;37(2):Doc18.  
DOI: 10.3205/zma001311, URN: urn:nbn:de:0183-zma0013113

### This article is freely available from

<https://www.egms.de/en/journals/zma/2020-37/zma001311.shtml>

**Received:** 2018-12-31

**Revised:** 2019-05-24

**Accepted:** 2019-08-15

**Published:** 2020-03-16

### Copyright

©2020 LeBlanc et al. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 License. See license information at <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

# Führungswesen in der medizinischen Ausbildung: Von Diversität zu Inklusivität

## Zusammenfassung

Diversität in medizinischer Ausbildung wird zunehmend zum Schwerpunktthema an medizinischen Hochschulen, sowohl in Kanada als auch weltweit. Teil dieser Entwicklung sind innovative Ansätze, die das Ziel haben, die Anzahl, den Komfort und letztendlich den Erfolg von Studenten aus Minderheiten zu verbessern. Auch Lehrpläne werden diesem Schwerpunkt angepasst, damit zukünftige Fachkräfte im Gesundheitswesen effektiver den Bedürfnissen einer diversen Patientenpopulation gerecht werden können. Medizinische Führung indessen hinkt diesem Fortschritt hinterher. Wissenschaftliche Forschung belegt, dass leitende Teams mit diversen Mitgliedern innovative Lösungen für komplexe Probleme finden, die besten Arbeitskräfte anstellen und beibehalten und über lange Zeiträume zutreffende Fürsorge für ihre entsprechende Gemeinschaft anbieten.

In unserem internationalen Konferenz-Workshop haben wir uns einen Literaturüberblick über den derzeitigen Stand von Diversität in medizinischer Ausbildung und im Führungswesen der medizinischen Schulung verschafft. Zusätzlich dazu haben wir Musterfälle auf reellen Fallbeispielen basierend erstellt, die den Zweck hatten, Dialoge zu drei Facetten der Diversität einzuleiten. Die Intention hinter solchen Dialogen war es, zu Reflektion, Engagement und Diskussionen anzuregen. Wir haben auch die häufig vergessene Perspektive der Zuhörer gezielt im Design unseres Workshops inkludiert. Die Präsentatoren haben diesen Aspekt dementsprechend während des gesamten Workshops beachtet. Teilnehmer haben die Relevanz der Diversität im Führungspersonal medizinischer Auszubildener anerkannt. Die Hauptthemen waren: die Notwendigkeit von Kommunikationstraining und Schulung zu unterschiedlichen Kulturen, im Weiteren das weiträumige Teilen von diesen Daten für Pädagogen in Medizin und auch die Fortsetzung von Dialogen. Ein weiteres Thema bezüglich „man kann niemals alle Minderheiten repräsentieren“, hat uns zu der Schlussfolgerung geführt, dass es eine Betriebskultur von Inklusivität und nicht Diversität benötigt, um dieses Thema erfolgreich zu bearbeiten.

**Schlüsselwörter:** Führungswesen, Diversität, Inklusivität, medizinische Ausbildung

**Constance LeBlanc**<sup>1,2</sup>  
**Lyn K. Sonnenberg**<sup>3,4,5</sup>  
**Sharla King**<sup>6,7</sup>  
**Jamii Busari**<sup>8,9</sup>

- 1 Dalhousie University, Abteilung für Notfallmedizin, Halifax, NS, Kanada
- 2 Dalhousie University, stellvertretende Dekanin für Weiterbildung und medizinische Ausbildungsforschung, Halifax, NS, Kanada
- 3 University of Alberta, Abteilung für Pädiatrie, Edmonton, AB, Kanada
- 4 University of Alberta, stellvertretende Dekanin für Innovation in Erziehungswissenschaft und wissenschaftlicher Technologie, Edmonton, AB, Kanada
- 5 Glenrose Rehabilitation Hospital, Edmonton, AB, Kanada
- 6 University of Alberta, Pädagogische Fakultät, Abteilung für Pädagogische Psychologie, Edmonton, AB, Kanada
- 7 University of Alberta, Direktorin für Gesundheitswissenschaften und "Research Commons", Edmonton, AB, Kanada
- 8 Universität Maastricht, Fakultät für Gesundheit, Medizin und Biowissenschaften, Abteilung für pädagogische Entwicklung und Forschung, Maastricht, Niederlande
- 9 Medizinisches Zentrum Zuyderland, Abteilung für Pädiatrie, Heerlen, Niederlande

## Einleitung

Medizinische Hochschulen in mehreren Ländern, inklusive Kanada, den Niederlanden, Großbritannien und den USA, sehen Diversität als eine Priorität in medizinischer Ausbildung. In westlichen Gesellschaften wird Medizin vorwiegend von kaukasischen, männlichen, heterosexuellen und wohlhabenden Individuen praktiziert. In einer Welt die sich konstant im politischen, wirtschaftlichen und technologischen Wandel befindet, hat sich jedoch auch die Landschaft des Gesundheitswesens verändert [1]. Heutzutage können nicht nur wohlhabende Leute zu Ärzten werden, sondern jeder/jede, der/die, basierend auf seiner/ihrer schulischen Leistung und bestandener Aufnahmeprüfung, für das Medizinstudium aufgenommen wird. Des Weiteren ist die Medizinwissenschaft nicht mehr ausschließlich auf das Fachwissen von Ärzten angewiesen; genau so ist der Zugriff auf medizinisches Wissen nicht mehr ausschließlich in Bibliotheken und Spitälern zu finden, da Technologie und soziale Medien die Vorherrschaft des medizinischen Fachwesens gebrochen haben. Politische Unruhen, Massenmigration und die Vertreibung von Menschen sowohl aufgrund von umweltbedingten als auch von Menschen verursachten Katastrophen, haben zu mehr Diversität in Bevölkerungen beigetragen, und daraus folgend zu diverseren Gesundheitsbedürfnissen und Ansprüchen auf Gesundheitsressourcen. Infolgedessen muss sich die Ausbildung von medizinischem Fachpersonal und die Verwaltung von Gesundheitssystemen dementsprechend anpassen, um der Bevölkerung die notwendige Beihilfe leisten zu können.

## Definitionen

Im Englischen wird Diversität (diversity) allgemein als „aus mehreren, unterschiedlichen Elementen bestehend“ definiert [<https://www.merriam-webster.com/dictionary/hacker>]. Im Kontext dieser Arbeit und dem Workshop, im Folgenden beschrieben, beinhaltet Diversität Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, Kultur, Religion, Behinderung, Alter und unterschiedliche Fähigkeiten von Teams, die als Lernende, Planer oder Führungspersonal im medizinischen Lehrplan involviert sind. Wir sehen Diversität auch als eine Managementstrategie und als ethisches Prinzip in Bezug auf Gleichheitsbehandlung und Chancengleichheit für alle Mitglieder der Gesellschaft. Inklusivität (inclusivity) stammt aus dem Englischen und kann am besten als „Vorgehensweise und Regelsatz, die Menschen miteinbezieht, welche unter anderen Umständen nicht miteinbezogen worden wären“ definiert werden [Oxford 2019]. In unserer Definition von Führungswesen inkludieren wir all fünf Aspekte des LEADS Framework [2]: Selbst führen (Lead self), andere engagieren (Engage others), Ziele erreichen (Achieve results), Bündnisse schaffen (Develop coalitions) und Systemtransformation (Systems transformation). Führung im Gesundheitswesen und zum Thema Inklusivität kann man von diesen fünf Blickwinkeln aus wesentlich herauskristallisieren.

Um der Diversität der Bevölkerung und dem Bedürfnis nach Inklusivität gerecht zu werden, wurde der medizinische Lehrplan erweitert. Dies erlaubt zukünftigen Fachkräften, die sich derzeit in der Ausbildung befinden, die Bedürfnisse einer diversen Patientenpopulation effektiv zu erfüllen. Zur gleichen Zeit hat sich die Anzahl an innovativen Ansätzen kontinuierlich vervielfacht, die auf das Erhöhen von Repräsentation, Wohlfühlen und Erfolg von Studenten aus unterrepräsentierten Bevölkerungsgruppen abzielt [3]. Es ist notwendig, dass bei Fallbeispielen, Diskussionen, Kommunikationstraining, Simulationen und außerschulischen Aktivitäten durchgehend für Diversität gesorgt wird. Zusätzlich dazu wird Diversität an Hochschulen auch in Forschungsthemen angewandt. Jedoch hat das Führungswesen, im Gegensatz zu anderen Gebieten der Medizin, nicht mit dem Tempo des Fortschritts mitgehalten. Wissenschaftliche Forschung belegt, dass leitende Teams, die diverse Mitglieder haben, innovative Lösungen für komplexe Probleme finden, die besten Arbeitskräfte anstellen und in ihren Reihen behalten und über lange Zeiträume zutreffende Fürsorge für ihre entsprechende Gemeinschaft anbieten [4]. Trotz der Notwendigkeit für Erfolg hinkt Diversität im Gesundheits-Führungswesen der Entwicklung von Führungspersonalschulung den voran genannten Bedürfnissen hinterher. Das internationale Gipfeltreffen zu Führungspersonalausbildung für Ärzte in Toronto (engl. Toronto International Summit on Leadership Education for Physicians, „TISLEP“), ist das pädagogische Aushängeschild von „sanokodu“, einer internationalen, praxisbezogenen Gemeinde, die sich mit der Entwicklung und Verbreitung von öffentlich zugriffsbarem Erziehungsmaterial für Führungspersonalausbildner beschäftigt.

Sanokodu hat das Ziel, auf kollaborativer Basis Führungspersonalausbildung im Gesundheitswesen aufzubauen. Dies wird durch die Entwicklung von allgemeinen kompetenz-basierenden Führungslehrplänen und außerschulischen Lernaktivitäten, die auf lokalen und regionalen Zusammenhang adaptiert werden können, erreicht [5]. 2018 hielten wir einen Workshop zum Thema Führungswesen für Diversität im Rahmen der Sanokodu Oktober-Konferenz in Kanada [<http://tislep.pgme.utoronto.ca/about/>]. Die jährliche TISLEP Konferenz 2019 wird sich ausschließlich auf Diversität und Inklusivität konzentrieren. Auch wir werden bei dieser Konferenz einen Workshop veranstalten, um die herausgearbeiteten Konzepte von früheren Workshops weiterzuentwickeln.

## Unsere Gruppe

Wenngleich keine Gruppe alle Facetten der Diversität zugleich aufzeigen kann, ist unsere Gruppe divers in ethnischer Zugehörigkeit, Kultur, Alter, Kompetenz, und Geschlecht. Jedes Mitglied hatte bestehendes Interesse an und Erfahrung mit Diversität und medizinischer Schulung. Dies hat uns erlaubt, den Workshop effektiv zu designen und auszuführen. Die Erfahrung mit medizinischer Schulung in unserer Gruppe reicht von Bachelor-

Studien zu Master-Studien bis hin zu ärztlichen Fortbildungen. Des Weiteren kommt unsere Gruppe von geographisch weit-auseinanderliegenden Gebieten und war von intraprofessioneller und interdisziplinärer Natur. Diese Faktoren haben unserer Gruppe Weitblick in Hinsicht auf unser kollektives Verständnis von Diversität im Führungswesen verschafft.

## Die Veranstaltung

In der Vorbereitung auf den internationalen Workshop zum Thema Diversität im Führungswesen für medizinische Schulung („Diversity in Leadership for Medical Education“), traf sich unser Team virtuell, um unsere Ansichten als internationale und diverse Gruppe von Vortragenden zu diskutieren. Jedes Mitglied arbeitete einen Literaturüberblick aus und die Artikel mit der höchsten Relevanz wurden geteilt und vermerkt. Die Gruppenmitglieder brachten Themen zur Ansprache, die auf ihren individuell erlebten Erfahrungen als Pädagogen oder im Gesundheitswesen basierten, und es wurde ein Materialfluss für die Sitzung vorgeschlagen. Nach einigen Sitzungen erschufen wir einen Überblick für unseren Workshop und Material wurde zusammengetragen (Präsentationsfolien, in diesem Fall), um dem Workshop einen zusammenhängenden Sinn und reibungslosen Ablauf zu geben. Wir designten den Workshop gezielt so, dass nach jeder Präsentation Zeit für Gespräche mit den Teilnehmern war. Dies ist die begrüßte Norm in Kanada für jegliche ärztliche Lehrveranstaltungen. Die gesamte Inhaltsangabe des Formats von unserem Workshop ist abgebildet in Abbildung 1.

|                                                                            |                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| TISLEP Workshop:                                                           |                                                                     |
| Medizinische Schulung für Führungspersonal: von Diversität zu Inklusivität |                                                                     |
| Einleitung und Lernziele:                                                  |                                                                     |
| -                                                                          | Demographische, statistische und Voreingenommenheits (bias)-Fragen  |
| o                                                                          | Fall 1: Interaktion zwischen Arzt in der Fachausbildung und Patient |
| o                                                                          | Fall 2: Fakultätsmitglied mit Kind und „versteckter“ Behinderung    |
| o                                                                          | Fall 3: Erhebliche Beschwerden und Annahmen                         |
| -                                                                          | Diskussion                                                          |
| -                                                                          | Rückschluss und Kernpunkte                                          |

**Abbildung 1: Führungspersonal-Workshop zum Thema Diversität (TISLEP 2018)**

Nachdem wir alle Mitglieder unseres Teams vorgestellt hatten, präsentierten wir unseren Literaturüberblick und legten Statistiken zum derzeitigen Stand von Diversität in medizinischer Schulung und im Führungswesen dar. Als Einführung für die Living Case Studies wurden während der Präsentation mehrere Fragen an die Zuhörer gestellt, inklusive des Aufwärmspiels „Stellen Sie sich eine (ideale) Führungsperson vor“. Teilnehmer wurden instruiert, sich einen Geschäftsführer oder den Dekan einer medizinischen Hochschulfakultät vorzustellen. Nach 1-2 minütiger Bedenkzeit befragten wir die Teilnehmer zu ihrer Vorstellung: war einer der imaginierten Figuren weiblich, ethnisch oder kulturell divers oder körperlich beeinträchtigt? Keiner hatte ein solches Bild von einer Führungsperson. Diese Aufgabenstellung zeigt auf, wie

sehr ein Wandel von Nöten ist, um sowohl den Status Quo zu verändern, als auch menschliche, vorgegebene Voreingenommenheiten zu bekämpfen.

Anschließend bestimmten wir die Hauptideen und Resultate von Inklusivität für eine Bevölkerung, und wie die Leistung eines Teams verbessert werden kann, um eine Reihe von Dialogen zu ermöglichen.

In den drei darauffolgenden Abschnitten des Workshops präsentierte jedes Mitglied unseres Präsentationsteams ein fiktives Musterbeispiel, basierend auf einem wahren Fallbeispiel, um Reflektion, Engagement und Diskussion zu drei Aspekten von Diversität anzuregen. Die Meinung der Zuhörer, häufig der vergessene Teil der Konversation auf einer Konferenz, wurde mit klarer Absicht in den Ablauf eingeplant. Alle Präsentatoren hielten sich während der gesamten Tagung an diese Leitlinie. Die Musterbeispiele umfassten folgende Themen: verpasste Chancen im täglichen Inklusivitäts-Führungsverhalten, Alibi-Kennntnis im Vergleich zu wahren Bewusstsein, die verborgene Seite von (körperlicher) Beeinträchtigung, die falschen Annahmen zu Diversität und der Vorschlag zur Neuorientierung auf Inklusivität.

- Der erste Fall handelte von einem Arzt in der Fachausbildung, der in der Notfallaufnahme rassistische Beschimpfungen erdulden musste. Der Präsentator stellte den Fall dar und fragte die Zuhörer nach Vorschlägen, wie man diesen Vorfall am besten handhabt. Nachdem alle Vorschläge angehört wurden, wurde der Rest der Geschichte erzählt und der Ausgang des Falles besprochen.
- Der zweite Fall war eine personenbezogene Geschichte über ein Kind mit Behinderung. Die Meinungen anderer zu der Situation des Kindes zeigten auf, wie sehr sich die Blickpunkte von der Perspektive des Kindes aufgrund von Voreingenommenheiten und Annahmen unterschieden. Dies führt zu der Frage, wie viele Leute medizinisch gesehen „versteckte“ Behinderungen haben. Zuhörer wurden gebeten, ihre Vorschläge zur Situation zu geben. Dazu wurden mehrere Optionen gegeben, um Voreingenommenheiten zu korrigieren und um eine solche Situation zu meistern.
- Der dritte Fall, der präsentiert wurde, handelte von einem Führungstreffen, in dem einer der Leiter, trotz seiner sichtbaren Herkunft aus einer ethnischen Minderheit, nicht von seinen Kollegen nach seiner Meinung zum Thema Rassen-Vorurteile gefragt wurde. Das Führungspersonal bei diesem Treffen beriet sich zu Strategien, um ethnisches Profiling zu korrigieren. Die Unbehaglichkeit mit dem Thema in der Runde war so stark, dass deshalb keiner der Individuen den ausgegrenzten Leiter nach seiner Meinung fragte, obwohl dieser offensichtlich ethnisch-diverser Herkunft war. Teilnehmer unseres Workshops gaben ihre Ansätze, die Diskussion zum Thema Diversität anzukurbeln und sich auf den Weg zu Inklusivität zu begeben. Das Ende der Geschichte wurde daraufhin den Teilnehmern mitgeteilt.

Die Teilnehmer berichteten von zahlreichen Beispielen von schwierigen Situationen, welche in einer offenen Foren-debatte diskutiert wurden. Sowohl unsere Gruppe als auch die Zuhörer teilten in gleichem Maße ihre generellen Ansätze, um Voreingenommenheiten zu korrigieren und um kultur-sensibel zu bleiben, damit wir uns der Inklusi-vität annähern. Die Teilnehmer des Workshops berichte-ten der Gruppe eifrig über ihre eigenen Erfahrungen und integrierten ihre Geschichten und Anekdoten in das prä-sentierten Material. All dies führte zu inhaltlich ergiebigen Diskussionen.

Zum Abschluss unseres Workshops zogen wir Resümee zu dem Thema mit den wichtigsten Punkten zu unseren Fallbeispielen, unseren Erfahrungen und den Eindrücken der Teilnehmer. Sowohl wir als Präsentatoren, als auch unsere KollegInnen im Publikum, lernten voneinander. Beiden Seiten hatten das Gefühl, dass die geteilten Ideen und Ansätze wertvoll waren. Die wesentlichen Bestand-teile des Workshops waren:

1. Fakultätsangehörige mit Interesse (zum Thema),
2. ein einladender Veranstaltungsort, der offene Dialoge ermöglicht
3. reelle Fallbeispiele, die die zahlreichen Herausforde-rungen, Diversität zu kreieren, von verschiedenen Perspektiven aufzeigten und
4. ausreichende Zeit für Diskussionen sowohl mit, als auch unter den Teilnehmern.

All dies trug zu einem effektiven Workshop bei.

## Ergebnis

Trotz anfänglicher Schüchternheit waren die Teilnehmer durchwegs aufmerksam. Vor allem herausfordernde Fälle haben die Teilnehmer sehr angesprochen und motivierten dazu, sich voller Elan in die Diskussionen einzubringen. Viele der Teilnehmer gaben sehr persönliche Anekdoten und Geschichten aus ihrer Arbeitswelt preis. Dadurch wurde ihr Unbehagen mit dem Thema, das empfundene Fehlen an Erfahrung und Schulung und die Herausforde-rungen in Sachen Führungswesen, um Diversität zu errei-chen, evident. Wir glauben, dass die von uns präsentierte Stärke der Verletzbarkeit ein Hauptgrund für die Offenheit des Publikums war: Präsentatoren redeten offen und ohne Schuld über ihre Gefühle in Zeiten der Unsicherheit, des Risikos und während emotionaler Verletzbarkeit [6]. Nach dem Workshop stimmten alle zu, dass die Bedürf-nisse in der medizinischen Versorgung viel weitreichender sind als angenommen. Viele der Teilnehmer plädierten für mehr Schulung zu dem präsentierten Thema. Die Hauptthemen waren

1. das Bedürfnis nach mehr kommunikativer Schulung,
2. kulturelle Erziehung,
3. Datenteilung in weitreichenderen Kreisen innerhalb der medizinischen Fakultät, und
4. das Fortsetzen dieser Diskussionen.

## Fazit

Aufgrund der Planung und Durchführung der Veranstal-tung wurde unser eigener Horizont zu Diversität erweitert. Teilnehmer war motiviert, ihre eigenen Erfahrungen zu teilen und das Konversationsformat wurde sichtlich einem inhaltlich dichteren Vortragsmodell vorgezogen. Man sollte Inklusivität als Hauptintention hinter unserem Handeln sehen, da Erscheinung und Auftreten täuschen können.

Um dem oft nicht wahrgenommenen Bedürfnis im Füh-rungswesen entgegenzutreten, haben wir angefangen, unsere Arbeit durch lokale und regionale Workshops, nationale Präsentationen, wissenschaftliche Arbeiten und Programmentwicklung weiter zu verbreiten.

## Interessenkonflikt

Die Autor\*innen erklären, dass sie keinen Interessenkon-fликт im Zusammenhang mit diesem Artikel haben.

## Literatur

1. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohnen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Garcia P, Ke Y, Kelley P, Kistnasamy, Meleis A, Naylor D, Pablos-Mendez A, Reddy S, Scrimshaw S, Sepulveda J, Serwadda D, Zurayk H. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376(9756):1923-1958. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)61854-5
2. Canadian College of Health Leaders. LEADS Resources. Ottawa: Canadian College of Health Leaders; 2016. Zugänglich unter/available from: <https://leadsCanada.net/site/resources>
3. Association of American Medical Colleges. Diversity in the Physician Workforce: Facts and Figures. Washington, DC: Association of American Medical Colleges; 2014.
4. Tröster C, Mehra A, van Knippenberg D. Structuring for team success: The interactive effects of network structure and cultural diversity on team potency and performance. *Organ Behav Human Decision Processes*. 2014;124(2):245-255. DOI: 10.1016/j.obhdp.2014.04.003
5. Busari J, Chan MK, Dath D, Matlow A, de Camps Meschino D. Sanokodu: The birth of a multinational network for the development of healthcare leadership education. *Leadership Health Serv*. 2018;31(2):254-264. DOI: 10.1108/LHS-01-2018-0001
6. Brown B. Dare to lead: Brave work, tough conversations, whole hearts. New York: Penguin Random House; 2018.
7. AAMC News. More Women Than Men Enrolled in U.S. Medical Schools in 2017. Washington, DC: AAMC News; 2017. Zugänglich unter/available from: <https://news.aamc.org/press-releases/article/applicant-enrollment-2017/>

**Korrespondenzadresse:**

Prof. Dr. med. Constance LeBlanc  
Dalhousie University, Abteilung für Notfallmedizin und  
stellvertretende Dekanin für Weiterbildung und  
medizinische Ausbildungsforschung, Halifax, Nova Scotia,  
Kanada  
Constance.LeBlanc@Dal.Ca

**Bitte zitieren als**

LeBlanc C, Sonnenberg LK, King S, Busari J. Medical education  
leadership: from diversity to inclusivity. *GMS J Med Educ.*  
2020;37(2):Doc18.  
DOI: 10.3205/zma001311, URN: urn:nbn:de:0183-zma0013113

**Artikel online frei zugänglich unter**

<https://www.egms.de/en/journals/zma/2020-37/zma001311.shtml>

**Eingereicht:** 31.12.2018

**Überarbeitet:** 24.05.2019

**Angenommen:** 15.08.2019

**Veröffentlicht:** 16.03.2020

**Copyright**

©2020 LeBlanc et al. Dieser Artikel ist ein Open-Access-Artikel und  
steht unter den Lizenzbedingungen der Creative Commons Attribution  
4.0 License (Namensnennung). Lizenz-Angaben siehe  
<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.