Hans Böckler Stiftung
Mitbestimmung · Forschung · Stipendien

WORKING PAPER FORSCHUNGSFÖRDERUNG

Nummer 114, Februar 2019

Herausforderungen und Gestaltung betrieblicher Integration von Pflegefachkräften aus dem Ausland

Einblicke aus der Krankenhauspraxis

Sigrid Rand und Christa Larsen

FORSCHUNGS-
FÖRDERUNG

Die Autorinnen

Dr. Christa Larsen ist Geschäftsführerin beim Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK) an der Goethe-Universität Frankfurt am Main.

Sigrid Rand ist wissenschaftliche Mitarbeiterin beim Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK) an der Goethe-Universität Frankfurt am Main.

© 2019 by Hans-Böckler-Stiftung
Hans-Böckler-Straße 39, 40476 Düsseldorf
www.boeckler.de

„Herausforderungen und Gestaltung betrieblicher Integration von Pflegefachkräften aus dem Ausland“ von Sigrid Rand und Christa Larsen ist lizenziert unter

Creative Commons Attribution 4.0 (BY).

Diese Lizenz erlaubt unter Voraussetzung der Namensnennung des Urhebers die Bearbeitung, Vervielfältigung und Verbreitung des Materials in jedem Format oder Medium für beliebige Zwecke, auch kommerziell. (Lizenztext: https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/de/legalcode)

Die Bedingungen der Creative-Commons-Lizenz gelten nur für Originalmaterial. Die Wiederverwendung von Material aus anderen Quellen (gekennzeichnet mit Quellenangabe) wie z. B. von Schaubildern, Abbildungen, Fotos und Textauszügen erfordert ggf. weitere Nutzungsgenehmigungen durch den jeweiligen Rechteinhaber.

ISSN 2509-2359

Inhalt

Zusammenfassung 4

1. Einleitung 5

2. Konflikte und Spannungsfelder in der betrieblichen Integration 7

3. Gestaltung von betrieblichen Integrationsprozessen 11

4. Interviews mit Praxisakteuren 14

Dr. Tobias Mai, Pflegeentwicklung, und Petra Schneider, Pflegedienstleitung an der Universitätsklinik Frankfurt am Main 14

Rudolf Schoen, Betriebsrat am Klinikum Höchst in Frankfurt am Main 17

Literatur 24

Zusammenfassung

In den letzten Jahren hat sich Deutschland zunehmend zum Zielland von Pflegefachkräften aus dem Ausland entwickelt. Die Einrichtungen der Gesundheits- und Pflegebranche sehen in der gezielten Anwerbung und autonomen Migration von Pflegefachkräften eine neue Möglichkeit der Fachkräftesicherung. Die Ergebnisse des Forschungsprojektes „Betriebliche Integration auf globalisierten Arbeitsmärkten“ (BIGA) zeigen, dass die betriebliche Integration von neu migrierten Pflegefachkräften voraussetzungsvoll ist, weil sich oft innerbetriebliche Konflikte entwickeln und vielen Arbeitgebern in Deutschland deren Ursachen und darauf bezogene Handlungsansätze noch nicht ausreichend bekannt sind.

Die wesentliche Ursache der innerbetrieblichen Auseinandersetzungen zwischen den neu migrierten Pflegefachkräften und den in Deutschland etablierten Kollegen liegt in den Unterschieden ihrer beruflichen Sozialisation und ihrer Tätigkeitsprofile. Im hoch verdichteten Arbeitsalltag können die daraus resultierenden unterschiedlich gelagerten Fachlichkeitsverständnisse, Kompetenzprofile und Erwartungen an die Pflegetätigkeit nicht abgeglichen werden. Vielmehr entstehen Konflikte, die schnell personalisiert und kulturalisiert werden, indem deren Ursachen mit „Mentalitäten“ von Personen, die einen kulturellen Ursprung haben sollen, erklärt werden.

Wollen die Einrichtungen die Konflikte oder gar Polarisierungen in den immer heterogener werdenden Belegschaften vermeiden, stehen sie vor der Aufgabe, Transparenz über die unterschiedlichen fachlichen Hintergründe und Berufserfahrungen ihrer Belegschaften zu erzeugen. Dies würde den neu migrierten Pflegefachkräften ermöglichen, ihr Wissen, ihr Können und ihre Erfahrungen im neuen Arbeitszusammenhang besser zeigen zu können. Des Weiteren gilt es, an die bestehenden Organisations- und Stationskulturen angepasste Formate für die Versachlichung von Konflikten zu entwickeln. Die fachliche Anerkennung ermöglicht einen wertschätzenden Umgang miteinander, unterbindet Kulturalisierungen und schafft Möglichkeiten für gegenseitiges Lernen und Entwicklung. Auch kann mit Hilfe des Fachwissens und den anders gelagerten professionellen Erfahrungen der Pflegefachkräfte aus dem Ausland die Arbeitsorganisation (Skill Mix, Delegation) innovativ verändert und damit ein Beitrag zur Organisationsentwicklung geleistet werden. Für die Gestaltung der Rahmenbedingungen sind die Führungskräfte im strategischen Aufgabenbereich nicht nur als Fürsprecher gefragt, sondern auch für die Sicherstellung der dafür nötigen Ressourcen zuständig. Die bisherigen Erfahrungen in der Praxis zeigen, dass diese Ansätze für den längerfristigen Verbleib der neu migrierten Pflegefachkräfte förderlich sind.

1. Einleitung

Seit einigen Jahren wird es für Krankenhäuser und Einrichtungen der Altenhilfe immer schwieriger, qualifiziertes Pflegepersonal zu finden. Aktuell dauert es durchschnittlich 154 Tage, bis die Stelle eines Gesundheits- und Krankenpflegers[1] besetzt werden kann, während die Stelle eines Altenpflegers 175 Tage lang vakant bleibt (Bundesagentur für Arbeit 2018: 8).[2] Obwohl die Pflegebranche auf diese Situation mit verschiedenen Initiativen reagiert hat (z. B. zu Quereinsteigenden siehe Grgic et al. 2018), zeichnet sich auch für die Zukunft ein deutlicher Fachkräftemangel ab. Die Fachkraftbedarfe werden seit etwa 2010 verstärkt über Anwerbung und autonome Einwanderung von Pflegefachkräften aus dem Ausland[3] gedeckt (Rand et al. 2019a). Haben im Jahr 2012 in Deutschland noch 1.482 Personen einen Antrag auf die Anerkennung ihres ausländischen Abschlusses als Gesundheits- und Krankenpfleger gestellt, waren es im Jahr 2017 schon 8.835 Personen (Statistisches Bundesamt 2019). Die steigenden Zahlen geben aber noch keine Auskunft über die Nachhaltigkeit von Anwerbungsstrategien, denn die betriebliche Integration von neu migrierten Pflegefachkräften bringt vielfältige Herausforderungen mit sich. Wie die betriebliche Integration in den Einrichtungen der Gesundheits- und Pflegebranche ausgestaltet wird und inwieweit die zugewanderten Pflegefachkräfte längerfristig als Arbeitskräfte in Deutschland bleiben, wurde im Projekt „Betriebliche Integration auf globalisierten Arbeitsmärkten“ (BIGA) untersucht.[4]

Die qualitativen Erhebungen in mehreren Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen haben gezeigt, dass es im Arbeitsalltag oft zu Konflikten kommt, da sich die fachliche und berufliche Sozialisation der neu migrierten Pflegefachkräfte von jener der in Deutschland bereits etablierten Pflegefachkräfte deutlich unterscheidet. Entsprechend treffen im Arbeitsprozess unterschiedliche berufliche Selbstverständnisse aufeinan-

1 Das im Text angewandte generische Maskulinum bezeichnet die Gesamtgruppe und nicht die Geschlechtszugehörigkeit.

2 Die durchschnittliche Vakanzzeit für alle Berufe beträgt 107 Tage (Bundesagentur für Arbeit 2018: 8).

3 Im Folgenden werden die angeworbenen oder autonom zugewanderten Pflegefachkräfte als „Pflegefachkräfte aus dem Ausland“ oder „neu migrierte Pflegefachkräfte“ bezeichnet. Für die Pflegefachkräfte, deren Ausbildung und berufliche Sozialisation in Deutschland erfolgte, werden Begriffe wie „etablierte“ bzw. „einheimische Pflegefachkräfte“ benutzt. Die Unterscheidung beruht auf der Erkenntnis, dass die berufliche Sozialisation entscheidend für betriebliche Integration ist und soll demnach keine Polarisierung darstellen.

4 Das Projekt wurde 2015-2017 von der Hans-Böckler-Stiftung gefördert und durch das Institut für Humangeographie an der Goethe-Universität Frankfurt, das Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK)/Zentrum der Goethe-Universität Frankfurt und Institut für Sozialforschung (IfS) an der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main durchgeführt.

der. Da sich den Beteiligten die Ursachen dieser Konflikte meistens nicht erschließen, werden diese häufig personalisiert, so dass sich eine Polarisierung zwischen neu migrierten und etablierten Pflegefachkräften einstellt. Diese Prozesse werden durch den hohen Anforderungsdruck und insbesondere die große Arbeitsverdichtung noch verstärkt. Unter diesen Rahmenbedingungen geraten die neu migrierten Pflegefachkräfte im Wechselverhältnis mit den etablierten Pflegefachkräften der Einrichtungen in Spannungsfelder verschiedener Interessen und Erwartungen, die ihre betriebliche Integration und folglich auch ihren Verbleib negativ beeinflussen. Nicht selten resultiert daraus Fluktuation (siehe biographische Fallanalysen bei Kontos et al. 2019, in denen Exit oder Verbleib als Grobindikatoren für betriebliche Bindung eingesetzt werden).

Die Ergebnisse des Forschungsprojekts BIGA sind als Study der Hans-Böckler Stiftung veröffentlicht worden (Pütz et al. 2019). Dort wird ausführlich dargelegt, wie sich die Rahmenbedingungen der Arbeitsmigration und des Pflegearbeitsmarktes in Deutschland auf das betriebliche und individuelle Handeln auswirken und welche Spannungsfelder sich bei der betrieblichen Integration neu migrierter Pflegefachkräfte ergeben. In der Studie werden die Perspektiven der neu migrierten und der etablierten Pflegefachkräfte sowie ihrer Vorgesetzten einander gegenübergestellt und aufeinander bezogen.

Das vorliegende Working Paper greift die Ergebnisse des Forschungsprojektes auf und gibt zudem drei betrieblichen Akteuren die Gelegenheit, die Gestaltung von betrieblichen Integrationsprozessen neu migrierter Pflegefachkräfte in ihren Einrichtungen zu beschreiben und ihre Rolle darin zu reflektieren. Es handelt sich um Vertreter von zwei Kliniken in Frankfurt am Main: Dr. Tobias Mai und Petra Schneider gehören der Universitätsklinik Frankfurt am Main an und Rudolf Schoen ist Betriebsrat im Klinikum Höchst in Frankfurt am Main. Sie beteiligten sich an dem sogenannten „Transferbeirat“ des BIGA-Projekts, der im Austausch mit Praxisakteuren die Forschungsergebnisse dazu genutzt hat, Handlungsempfehlungen für die nachhaltige Verbesserung der betrieblichen Integration von neu migrierten Pflegefachkräften zu entwickeln.

In diesem Sinne verknüpft der den Interviews vorangestellte kurze Überblick über die Ursachen der Konflikte, die daraus entstehenden Spannungsfelder und die gängigen Strategien der betrieblichen Integration die Erfahrungen und Einschätzungen der Praxisakteure mit den Erkenntnissen aus dem Forschungsprojekt.

2. Konflikte und Spannungsfelder in der betrieblichen Integration

Die Ergebnisse im Forschungsprojekt BIGA zeigen, dass die betriebliche Integration von neu migrierten Pflegefachkräften entlang den Dimensionen „Fachlichkeit“ und „Arbeitsorganisation“ stattfindet (Rand et al. 2019b: 172 ff.). Dabei umfasst die *Fachlichkeit*:

- Fachliches Wissen und Können,
- Grundsätze ethischen Handelns,
- Kompetenzen für das Organisieren des Berufsalltags und die Bewältigung der Arbeitsaufgaben,
- Wissen um national geprägte Berufsnormen und Regulierengen.

Diese verschiedenen Aspekte von Fachlichkeit werden während der beruflichen Qualifizierung vermittelt. Dabei lernen die Pflegefachkräfte, Situationen auf eine bestimmte Art und Weise zu beurteilen bzw. zu bewerten und auf dieser Grundlage zu handeln. Im Berufsalltag werden diese inkorporierten Schemata aktiviert, um Situationen einzuordnen und entsprechende Handlungen einzuleiten (vgl. Corsten 2012). Dies geschieht nicht nur bei pflegerischen Handlungen, sondern betrifft auch Situationen, in denen das Verständnis von Zuständigkeits- und Tätigkeitszuschnitten eine Rolle spielt.

Die neu migrierten Pflegefachkräfte stellen sehr bald nach ihrer Ankunft in Deutschland fest, dass der Arbeit von Pflegefachkräften hier ein anderes Fachlichkeitsverständnis zu Grunde liegt. So durchlaufen die Pflegefachkräfte in Deutschland mehrheitlich eine dreijährige Berufsausbildung und sind auch für grundpflegerische Tätigkeiten wie beispielsweise das Waschen von Patienten oder das Bettenmachen zuständig. Neu migrierte Pflegefachkräfte hingegen absolvieren in ihren Herkunftsländern meistens eine akademische Ausbildung und werden darauf vorbereitet, in der Behandlungspflege tätig zu werden. Dies beinhaltet vor allem medizinnahe Tätigkeiten (z. B. die Blutabnahme) und eine enge, oft stark kooperativ ausgerichtete Zusammenarbeit mit Ärzten.

Obwohl die Curricula der akademischen Ausbildungsgänge im Ausland und der schulischen in Deutschland meistens weitestgehend deckungsgleich sind, überwiegen in der Wahrnehmung sowohl der neu migrierten als auch der angestammten Pflegefachkräfte die Unterschiede. Diese ergeben sich zwar aus der institutionellen Einbettung, werden von den Pflegefachkräften und ihren Vorgesetzen aber als fachliche Differenzen eingeordnet. Den neu migrierten Pflegefachkräften ist es häufig nicht bewusst, dass in Deutschland Pflegestudiengänge bislang vor allem im Bereich des Pflegemanagements angeboten werden, die dort vermittelten Kompetenzen wenig mit der direkten Pflegearbeit am Pati-

enten zu tun haben und von daher nur begrenzt vergleichbar mit ihren eigenen Studiengängen sind. Umgekehrt übertragen die etablierten Pflegekräfte ihr Urteil über die Praxisferne der bislang in Deutschland angebotenen Pflegestudiengänge auch auf die akademischen Qualifikationen der neuen Kollegen und bewerten deren Wissen als zu theoretisch bzw. abgehoben und gleichzeitig defizitär. Im Arbeitsalltag bedeutet dies, dass die etablierten Pflegefachkräfte den Kompetenzen und Leistungen – also der Fachlichkeit der Kollegen aus dem Ausland – mit Skepsis begegnen.

Eine weitere Quelle für Missverständnisse und daraus resultierende Konflikte stellt die *Arbeitsorganisation* im Pflegebereich dar, weil die betriebsinternen Strukturen und Prozesse in erheblichem Maße durch die institutionelle Struktur von nationalen Gesundheits- und Sozialsystemen geprägt sind (Wrede 2012). Die interviewten Pflegefachkräfte stammten aus Ländern, in denen im Krankenhaussektor eine hohe Unabhängigkeit des Pflegebereiches besteht, so dass sie neben den medizinnahen Aufgaben zahlreiche Managementaufgaben übernommen hatten. Demgegenüber weist der Pflegebereich in Deutschland einen deutlich niedrigeren Autonomiegrad auf, da der Fokus der Arbeitszuschnitte von Pflegefachkräften auf der Grundpflege liegt und die Tätigkeiten in der Behandlungspflege nur nach ärztlicher Anweisung ausgeführt werden dürfen. Zusätzlich erfahren die neu migrierten Pflegefachkräfte in unterschiedlichen Situationen, dass der Pflegebereich sowie der Pflegeberuf einen niedrigeren Status besitzen als in ihren Herkunftsländern.

In diesem neuen Zusammenhang greifen die vertrauten inkorporierten Schemata der neu migrierten Pflegefachkräfte nicht und sie stehen ganz neuen Anforderungen bzw. Erwartungen gegenüber, die sie zunächst nicht einordnen oder erfüllen können. So werden ihnen Tätigkeiten in der Grundpflege übertragen, die in Deutschland zu den originären Aufgaben der Pflegefachkräfte gehören, die aber in ihren Herkunftsländern von Hilfskräften oder Familienangehörigen ausgeführt werden. Dies betrifft neben dem Waschen von Patienten, das Austeilen von Essen und das Speisen der Patienten oder Bewohner. Obwohl es sich um Aufgaben handelt, die auch die etablierten Pflegefachkräfte bei Gelegenheit gerne an Auszubildende oder Pflegehelfer übertragen, benutzen sie diese als den Maßstab für gute ganzheitliche Pflege. Dass diese Tätigkeiten für die Pflegefachkräfte aus dem Ausland neu sind, wird von den etablierten Pflegefachkräften nicht als ein Unterschied in der beruflichen Sozialisation gesehen, sondern als Leistungsschwäche oder gar -verweigerung konkreter Personen eingeordnet und als weiterer Beleg der Praxisferne bewertet. Die Versuche der Kollegen aus dem Ausland, in Absprache mit Ärzten medizinnahe Tätigkeiten zu übernehmen, werden

von den etablierten Pflegefachkräften als ein Affront gegenüber der eigenen Fachlichkeit und dem Pflegeverständnis wahrgenommen.

Das anders gelagerte Fachlichkeitsverständnis der neu migrierten Pflegefachkräfte und ihre Erfahrungen mit unterschiedlicher Arbeitsorganisation stellen deshalb so häufig den Ursprung von Konflikten im Pflegebereich dar, weil sie durch ihr Handeln in diesen Spannungsfeldern die etablierten Routinen und Selbstverständlichkeiten in Frage stellen. Die Forschungsergebnisse zeigen, dass in einem hoch verdichteten Arbeitsalltag das Hinterfragen von gängigen Arbeitsprozessen und Aufgabenzuschnitten schnell als Widerstand und die anfängliche Orientierungslosigkeit der neu migrierten Pflegefachkräfte als deren Unfähigkeit gedeutet werden. Es ist weit verbreitet, dass die betriebliche Integration ausschließlich über Re-Skilling (vgl. Csedő 2008) von Pflegefachkräften aus dem Ausland erzwungen wird, statt Räume für Austausch und Abgleich von Perspektiven zu schaffen. Bestenfalls können die neu migrierten Pflegefachkräfte die Rolle von Lernenden einnehmen, die in den Einrichtungen bei der Neuausrichtung ihrer Berufsidentität (vgl. Ibarra 1999, Ibarra 2007) begleitet werden; in anderen Fällen finden sie sich in der Rolle von Pflegeschülern oder Praktikanten wieder, die mit der Beschneidung ihrer Autonomie und mit temporärer Aberkennung ihrer Handlungskompetenz einhergeht (Rand et al. 2019b).

Die oben skizzierte Problematik verdeutlicht, dass die Schwierigkeiten bei der betrieblichen Integration von neu migrierten Pflegefachkräften größtenteils damit zu tun haben, dass in Deutschland grundlegende Reformen des Pflegebereiches noch ausstehen. Würde der Pflegearbeit ein anders gelagertes Skills Mix zu Grunde liegen und würden darüber hinaus weitreichende Delegationsmöglichkeiten bzw. andere Formen von Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen (z. B. Ärzten) bestehen, hätten die Pflegefachkräfte aus dem Ausland mehr und einfacher Gelegenheit, ihre Kompetenzen einzubringen.

Des Weiteren zeigen die Forschungsergebnisse, dass Konflikte, die sich in den Dimensionen „Fachlichkeit“ und „Arbeitsorganisation“ ergeben, eine *Kulturalisierung* erfahren. Dies bedeutet, dass die zugeschriebenen Unterschiede in „anderen Kulturen“ und „Mentalitäten“ als Erklärung von Differenzen verortet werden, die ihren eigentlichen Ursprung in abweichenden beruflichen Sozialisationen haben. So werden z. B. unterschiedliche Fachlichkeitsstandards oder Auffassungen von Berufsnormen, die handlungsleitend wirken, unter Einsatz von kulturalisierten Stereotypen eingeordnet, wie beispielsweise das Bild von „freundlichen“ oder „niedlichen Asiaten“. In diesem Kontext bekommen kulturalisierte Stereotypen die Funktion, Statusunterschiede zu konstruieren und zu legitimieren, so dass diese schließlich zur weiteren Polarisierung der Belegschaften führen. Es ist wichtig zu betonen, dass Kulturalisierungen

nicht nur von etablierten Pflegefachkräften genutzt, sondern auch von Pflegefachkräften aus dem Ausland eingesetzt werden, um berufliche Entwertungserfahrungen zu thematisieren (z. B. der in den Interviews oft erwähnte Stereotyp der „reservierten und distanzierten Deutschen", Rand et al. 2019b). Sie sind der betrieblichen Integration umso abträglicher, da sie Konflikte personalisieren und oft den Weg zu fachlich geprägten Auseinandersetzungen versperren.

Somit verdeutlichen die Forschungsergebnisse, dass die betrieblichen Akteure in ihren Bewertungslogiken und Handlungsroutinen gefangen sind und ihnen für die Einordnung der Konflikte, die sich in den Spannungsfeldern ergeben, der Rahmen fehlt. Dies erschwert die betriebliche Integration der neu migrierten Pflegefachkräfte und führt zu Fluktuation zwischen den einzelnen Stationen, Einrichtungen oder Sektoren der Gesundheits- und Pflegebranche.[5] Zum Teil bedeutet dies auch Rückkehr ins Herkunftsland oder die Abwanderung in andere EU-Staaten. Oft werden die Krankenhäuser, die die neu migrierten Pflegefachkräfte in ihre Fachkräftesicherungsstrategie eingeplant haben, von diesen Entwicklungen überrascht – vor allem, weil sie die Ursachen der Konflikte nicht erkennen. Sie realisieren jedoch, dass die vielfältigen sozialen Aktivitäten, die sie umgesetzt haben, die Fluktuation nicht verhindern konnten. Die Abschnitte 3 und 4 zeigen Ansätze für betriebliches Handeln zur Minimierung von Konflikten und zur nachhaltigen Integration der Pflegefachkräfte aus dem Ausland.

5 Die Gesundheits- und Pflegebranche umfasst drei Sektoren: Krankenhäuser, stationäre Altenpflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste.

3. Gestaltung von betrieblichen Integrationsprozessen

Schon im Jahr 2015 hatte jedes sechste befragte Unternehmen in der Gesundheits- und Pflegebranche in den vorangegangenen drei Jahren versucht, Pflegefachkräfte aus dem Ausland anzuwerben, auch wenn nur die Hälfte dieser Unternehmen dabei Erfolg hatte (Bonin et al. 2015: 63). Wie in der Einleitung dargelegt, ist die Migration von Pflegefachkräften aus dem Ausland in den letzten Jahren deutlich angestiegen. Also stehen immer mehr Einrichtungen der Gesundheits- und Pflegebranche in Deutschland vor der Herausforderung, die betriebliche Integration von neu migrierten Pflegefachkräften so zu gestalten, dass Konflikte und anschließende Polarisierungen der Belegschaften vermieden werden können. Dies geschieht zu einer Zeit, in der die fest gewachsenen Strukturen des Pflegebereiches auch durch den Personalmangel unter Druck stehen und die Pflegeberufe eine der größten berufspolitischen Reformen der letzten Jahrzehnte erfahren.

Aus den Interviews mit den Praxisakteuren geht hervor, dass die Heterogenität der Belegschaften im Pflegebereich auch ohne die Migration von Pflegefachkräften aus dem Ausland zunimmt. Insbesondere die Verbreitung von akademischen Ausbildungsgängen und verbesserten Möglichkeiten zum Quereinstieg über Umschulung führen dazu, dass die Pfade der beruflichen Sozialisation von Pflegefachkräften, die in Deutschland ausgebildet werden, zunehmend vielfältiger werden. Bislang ist im Pflegebereich die Akzeptanz von unterschiedlichen Qualifikationswegen neben der regulären Ausbildung oft noch schwierig. Insbesondere die Führungskräfte im strategischen Aufgabenbereich sehen zunehmend die Notwendigkeit, die unterschiedlichen qualifikatorischen Werdegänge nicht nur zu akzeptieren, sondern deren spezifische Kompetenzen und Erfahrungen für die Einrichtung zu nutzen.

Im Falle der neu migrierten Pflegefachkräfte kommt dabei der Transparenz über die verschiedenen Ausbildungssysteme im Ausland, den daran anschließenden Karrierepfaden und den daraus entstehenden Kompetenzprofilen eine zentrale Rolle zu: Nur so können Initiativen und betriebliche Strategien aufgesetzt werden, die die unterschiedlich gelagerten Kompetenzprofile wertschätzen und die Bedürfnisse von neu migrierten und etablierten Pflegefachkräften gleichermaßen auf lange Sicht berücksichtigen. Dies ist umso wichtiger, weil die Berichte aus der Praxis zeigen, dass der Integrationsprozess nicht ab einem bestimmten Punkt aufhört. Vielmehr erfordern verschiedene Phasen der betrieblichen Integration das Setzen von Schwerpunkten und das Entwickeln von entsprechenden Unterstützungsstrukturen. Stehen in der Anfangszeit noch der Spracherwerb und die soziale Integration im Mittelpunkt,

verlagert sich der Fokus zum späteren Zeitpunkt auf das Aufzeigen von beruflichen Weiterentwicklungsmöglichkeiten im neuen Arbeitskontext. Jedoch lässt sich schon in einer früheren Phase das Know-how der Pflegefachkräfte aus dem Ausland erschließen, um beispielsweise Innovationen in der eigenen Arbeitsorganisation voranzubringen.

Dabei herrscht Konsens darüber, dass die Einarbeitung und anfängliche Begleitung von neu migrierten Pflegefachkräften erhebliche Zeitaufwände erfordert und beim gleichzeitigen hohen Anforderungsdruck zur Überforderung des Pflegebereiches führen kann. In dieser Situation gilt es, bekannte Muster von Schuldzuweisung, Entwertung von Leistungen und Kulturalisierung von Konflikten zu durchbrechen. Gerade den Führungskräften im strategischen Aufgabenbereich kommt eine wichtige Rolle zu: Indem sie die Belegschaften dazu anregen, die Unterschiede in der Fachlichkeit zu reflektieren und eine sachliche Auseinandersetzung unterstützen, schaffen sie den Rahmen für einen respektvollen Umgang miteinander. Demgegenüber werden soziale Aktivitäten – wie beispielsweise multikulturelle Feste – den Bedürfnissen der neu migrierten Pflegefachkräfte nach fachlicher Wertschätzung und Anerkennung nicht ausreichend gerecht. Allerdings berichten die Vertreter der Universitätsklinik Frankfurt am Main, dass die Sensibilisierung der bestehenden Teams für die Situation ihrer neuen Kollegen nicht nur dem fachlichen Austausch dient, sondern auch Gelegenheiten schafft, einander persönlich mit Interesse und Offenheit zu begegnen. Das Klinikum Höchst hingegen hat gute Erfahrungen mit dem Einsatz von Mentoren gemacht, die aufkommende Konflikte über klärende Gespräche versachlichen und nach Lösungen suchen. Haben sich die Fronten in einer Auseinandersetzung schon verhärtet, hat sich dort bewährt, dass der Betriebsrat eine vermittelnde Rolle übernimmt.

Dabei unterstreichen die Praxisakteure die Notwendigkeit, bei der Ausgestaltung von Integrationsprozessen die gewachsenen Organisations- und Stationskulturen zu berücksichtigen, so dass die Integrationsformate den konkreten Gegebenheiten und Bedarfen angepasst werden. Auf diese Weise kann vermieden werden, dass die schon bestehenden ungelösten Konflikte mit der Ankunft von Kollegen aus dem Ausland zur neuen Aktualität gelangen oder gar so umdefiniert werden, dass ihre systemischen oder organisationsbezogenen Ursachen aus dem Blickfeld geraten und die Differenzen zwischen den neu migrierten und etablierten Pflegefachkräften stattdessen auf persönlichen Ebene ausgetragen oder kulturalisiert werden. Wie die Praxisakteure betonen, kann nur so der wertschätzende Umgang miteinander gewährleistet werden.

Durch den zunehmenden Personalmangel und – wenn auch langsam voranschreitenden – Wandel der Beruflichkeit steht der Pflegebereich vor der Notwendigkeit, verschobene Reformen einzuleiten. Aufgrund ih-

rer beruflichen Sozialisation und Erfahrung mit anders gelagerter Organisation von Arbeitszuschnitten können die Pflegefachkräfte aus dem Ausland in diesem Zusammenhang als potenzielle Innovationsträger fungieren. Bislang dominiert in den Einrichtungen in Deutschland noch das Modell von deutlich abgegrenzten Zuständigkeitsbereichen einzelner Berufsgruppen, die sich stark über ihre Beruflichkeit definieren. In der Zusammenarbeit wird entsprechend stark auf die Abgrenzung von Kompetenz- und Tätigkeitsbereichen geachtet. Die Änderungen im Skills Mix und neue Formen von Teamarbeit würden Möglichkeiten für die Umverteilung von Arbeit schaffen, verlangen aber, dass die Berufsgruppen ihre Zusammenarbeit neu definieren und aushandeln. Deshalb ist es die Aufgabe des Managements, Öffnungen für Veränderungen in der Arbeitsorganisation zu identifizieren, die dafür nötigen personellen Ressourcen zur Verfügung zu stellen und dabei soweit als möglich die Kompetenzen, Erfahrungen und das Wissen der ausländischen Pflegefachkräfte einzubeziehen. Die Interviews lassen die Frage offen, ob der Pflegebereich in den kommenden Jahren die verschiedenen Veränderungsimpulse aufnehmen kann. Sie verdeutlichen aber, dass die Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen nur durch die Veränderung der Rahmenbedingungen den langfristigen Verbleib der etablierten und neu migrierten Pflegefachkräfte sicherstellen können.

4. Interviews mit Praxisakteuren

Dr. Tobias Mai, Pflegeentwicklung, und Petra Schneider, Pflegedienstleitung an der Universitätsklinik Frankfurt am Main

Frau Schneider und Herr Dr. Mai, welche Konflikte haben Sie bei der Integration von Pflegefachkräften aus dem Ausland in Ihrem Haus erlebt?

Dr. Tobias Mai: Als ein Unternehmen mit mehr als 100 Nationalitäten in der Belegschaft ist eine Auseinandersetzung mit verschiedenen Kulturen, Mentalitäten und Sozialisierungen für uns keine neue Aufgabe. Dennoch ist diese Auseinandersetzung durch die progressive Anwerbung internationaler Pflegefachpersonen und deren Integration natürlich in den Fokus gerückt. Es sind nicht nur offensichtliche Herausforderungen durch etwa unterschiedliche Ausbildungsstrukturen und Sprachbarrieren zu betrachten, sondern vor allem auch gewachsene Stationskulturen im Betrieb selber. Es gibt Stationen, deren Teams bereits aus über zehn Nationen bestanden und die keinerlei Herausforderung bei der Integration der neuen Kollegen kommunizierten. Anderseits wurden Bereiche auffällig, in welchen gerade Beschäftigte aus anderen Nationen mit den neuen Kollegen aus anderen Ländern in Konflikte geraten sind. Die klärenden Gespräche haben uns gezeigt, dass es nicht nur die angeworbenen Pflegenden sind, die eine Geschichte haben, die für eine berufliche Integration berücksichtigt werden muss. Auch die bestehenden Teams und deren Mitglieder haben Geschichten, die im Rahmen eines solchen Prozesses entscheidenden Einfluss auf die Integration neuer Kollegen haben. So werden begleitende Maßnahmen für internationale Pflegepersonen von ihnen möglicherweise als eigene Herabstufung empfunden, die mit einem Gefühl fehlender Anerkennung einhergehen, da der neue Kollege plötzlich mehr Aufmerksamkeit bekommt. Nach unserer Erfahrung werden Konflikte häufig durch diese persönlichen Gefühle der Benachteiligung ausgelöst.

Petra Schneider: Diese Konflikte erlebe ich nicht nur bei Pflegefachkräften aus dem Ausland. Leider subsumieren wir die angesprochenen Punkte Sprachkompetenz, unterschiedliche Kulturen, unterschiedliche Qualifikationen, adäquater Einsatz von Qualifikationen respektive Nutzung von verschiedenen Qualifikationen in der Pflege sowie Akzeptanz von verschiedenen Qualifikationen in der Pflege oft allein unter dem vermeintlichen Problem „Pflegekraft aus dem Ausland“. Genau so wird das Thema leider auch häufig in der Praxis angegangen. Dabei sind das

Thematiken, mit denen wir in fast allen Pflegebereichen konfrontiert sind, auch ohne, dass wir Pflegekräfte aus dem Ausland einsetzen.

Auf welche Weise haben sich die Konflikte auf das Betriebsklima ausgewirkt und welche Konsequenzen hatten die Spannungen auf den Verbleib der Pflegefachkräfte?

Dr. Tobias Mai: Weniger das Betriebsklima als das Klima einzelner Stationen waren zunächst von den entstanden Konflikten durchaus beeinflusst. Letztlich zeigten Gespräche, dass Konflikte durch bereits bestehende Spannungen im Team ausgelöst wurden oder es ganz individuelle Ursachen für Konflikte gab. Denn wie Frau Schneider schon hervorhob, liegen oft auch ohne international angeworbene Pflegepersonen Teamkonflikte und Spannungen zwischen Beschäftigen vor. Dass einzelne Beschäftigte eine Station wieder verlassen haben, hängt primär mit dem Desinteresse am Fachgebiet, dem Heimweh und den nicht kongruenten Vorstellungen von der Berufsrealität zusammen, d. h. die „neuen“ oder „anderen“ Aufgaben der deutschen Pflege konnten nicht mit den eigenen Berufsvorstellungen in Einklang gebracht werden. Es ist nicht auszuschließen, dass Konflikte innerhalb des Teams der alleiniger Grund für das Verlassen des Betriebs sind, aber in der Quantität sicher nicht minder als bei allen anderen Beschäftigten unabhängig der Nationalität.

Petra Schneider: Es kommt vor, dass Beschäftigte die Klinik wieder verlassen oder dass sich das Betriebsklima einer Station verändert. Aber es passiert ebenso, dass eine Pflegekraft aus dem Ausland von einer Station auf eine andere Station wechselt und auf der neuen Station gut aufgenommen, sehr gut ins Team integriert wird und ihre Rolle im Team und im Versorgungsprozess findet.

Was haben Sie getan, um den Verbleib zu unterstützen?

Petra Schneider: Durch diese unterschiedlichen Erfahrungen mit Pflegefachkräften aus dem Ausland hatten wir die Chance zu lernen, warum die Integration in einem Bereich erfolgreich war und in einem anderen Bereich nicht stattgefunden hat. Generell gilt hier wie bei allen Neubesetzungen und Einarbeitungen: Eine differenzierte Betrachtung der Situation vor Ort, eine gute fachliche, aber auch persönliche Begleitung der neuen Beschäftigten, ein differenziertes Eingehen auf Unterstützungsbedarfe sowohl der neuen Kollegen, aber auch der Teams und Führungskräfte vor Ort. Das ist von großer Bedeutung, denn Integration passiert nicht einfach so.

Aus unserer Erfahrung ist es wichtig, dass die Vorgesetzten die Teams für eine respektvolle Haltung gegenüber den angeworbenen Pflegekräften sensibilisieren, denn es darf nicht vergessen werden: Beschäftigte, die aus dem Ausland zu uns nach Deutschland kommen, ge-

ben in der Regel ihr persönliches Umfeld auf und stellen sich einer komplett neuen, für sie fremden Situation, Kultur und Lebensweise. Das braucht Mut und in der Regel großes Engagement. Ich habe großen Respekt vor Menschen, die diesen Schritt wagen. Meines Erachtens ist es meine Aufgabe als Führungskraft, dies den neuen Beschäftigten entgegen zu bringen, aber auch den Teams vor Ort vorher zu vermitteln. Gelingt es, durch die Sensibilisierung einen fachlichen, aber auch persönlichen Austausch zu fördern, weckt es das Interesse, sich mit den Unterschieden in der beruflichen Qualifizierung, im beruflichem Selbstbild und Rollenverständnis in der Pflege auseinanderzusetzen und andere Tätigkeitsfelder für Pflegefachkräfte kennenzulernen. Auch gibt es Teams, die andere Sprachkompetenzen bei der Versorgung eines internationalen Patientenklientels zu schätzen gelernt haben.

Dr. Tobias Mai: Auch ich würde die Notwendigkeit unterstreichen, das Team durch die Führungskräfte vorzubereiten. Unterschiede in Ausbildung und Berufstätigkeit können und sollten vorab transparent gemacht werden. Gleichsam gilt es Maßnahmen zu ergreifen, wie international ausgebildete Pflegepersonen vor Ort zunächst als Lernende begleitet werden. Darüber hinaus haben die Führungskräfte die Aufgabe, in der Vorbereitung bestehende Konflikte in Teams aufzuspüren und zu bearbeiten, so dass angeworbene Pflegende nicht die Rolle des Sündenbocks einnehmen müssen.

Damit sich die Beschäftigten und Führungskräfte über die Ausbildung und die Berufsrealität der angeworbenen Pflegepersonen bei einer unabhängigen Quelle informieren können, hat das Klinikum zusammen mit dem Hessischen Sozialministerium ein Konzept entwickelt, welches als eine Unterstützung bei der Integration dienen soll. Auf der Grundlage dieses Konzeptes wurde das „Zentrum zur Anwerbung und nachhaltigen Integration international angeworbener Pflege- und Gesundheitsfachkräfte (ZIP)“[6] ins Leben gerufen, welches Informationen und Workshops für Einrichtungen anbietet. Da die Sprache das Kernelement sozialer und beruflicher Integration ist, hat sich die Universitätsklinik Frankfurt zudem entschieden, eigene Sprachkurse für die international angeworbenen Pflegepersonen anzubieten. Interessierte können so hausintern sogar einen Deutschkurs C1 belegen.

Sehen Sie die Möglichkeit, die Anwerbung von Pflegefachkräften aus dem Ausland als Impuls für die Weiterentwicklung von Arbeitsorganisation zu nutzen?

Petra Schneider: Ganz klar ja. Wir tun uns in Deutschland sehr schwer, die Vielfalt von Qualifikationen und Tätigkeitsfeldern in der Pflege sowie deren individuellen Nutzen für die Versorgung unserer Patienten zu er-

6 https://www.zip-hessen.de/de (zuletzt abgerufen am 13. Januar 2019).

kennen. Es ist auch schwierig, Pflegenden am Bett oder auch z. T. Führungskräften die Bedeutung von eigenen Karrierewegen zu vermitteln. In der Auseinandersetzung mit anderen Herangehensweisen, anderen Tätigkeitsfeldern, anderen beruflichen Selbstbildern und Rollenverständnissen erweitern wir unseren Horizont und können so neue Wege entwickeln. Dies ist aber ein langer Prozess und kann nur in kleinen Schritten umgesetzt und bewertet werden. Ich denke schon, dass mit der kontinuierlichen Auseinandersetzung mit dem Thema, zunehmender Erfahrung mit dem Einsatz von Pflegefachkräften aus dem Ausland und einer positiven Belegung des Einsatzes bereits eine andere Auseinandersetzung mit dem Thema stattgefunden hat, die zu einer größeren Akzeptanz führt.

Dr. Tobias Mai: Diese Frage lässt sich so einfach nicht beantworten, denn meiner Meinung nach ist allein die Übernahme von Behandlungsaufgaben nicht innovativ. Vielmehr zeigen uns international ausgebildete Pflegende ein starkes Bewusstsein für die eigene Verantwortung zur Weiterentwicklung der Pflegepraxis. So ist das Suchen und Lesen von Fachliteratur zur Beantwortung von Praxisfragen eher eine Routine und selbstverständlich. Diese Haltung zeigt sich auch im stetigen Interesse sich weiterzubilden. Hier haben wir die große Aufgabe, Fachkarrierewege in der Pflege aufzuzeigen und berufliche Entwicklung nicht nur in Managementkarrieren zu denken.

Rudolf Schoen, Betriebsrat am Klinikum Höchst in Frankfurt am Main

Herr Schoen, welche Konflikte haben Sie bei der Integration von Pflegefachkräften aus dem Ausland in Ihrem Haus erlebt?

Die erste Konfliktwelle, die ich persönlich erlebt habe, war der Einsatz von fünf spanischen Pflegekräften auf der Intensivstation. Dort ist der kulturelle Unterschied zwischen den Tätigkeiten von Pflegefachkräften im Ausland und in Deutschland nicht so groß, weil der Anspruch und die Anforderungen an Fachpflegekräfte generell deutlich höher sind als auf den internistischen und chirurgischen Standardstationen. Die angeworbenen Pflegefachkräfte waren hoch qualifiziert und obwohl sie wenig Berufserfahrung hatten, besaßen sie dafür die notwendigen theoretischen Voraussetzungen. Trotzdem gab es bei der Integration zwei Probleme: die Sprache und die Arbeitshaltung. Während sich die Sprachschwierigkeiten bei dieser Gruppe relativ gut auf Englisch managen ließen, war den spanischen Kollegen nur bedingt zu vermitteln, dass in Deutschland Pflegekräfte auf Abruf arbeiten. Das heißt, wenn jemand krank wird, klingelt Zuhause das Telefon – also das übliche Spiel, das in Deutsch-

land eine Tradition hat. Dass es kein Ausfallmanagement und keinen Springerpool gab, war für sie sehr schwer zu akzeptieren und hat natürlich zu Konflikten geführt.

Auf welche Weise haben sich die Konflikte auf das Betriebsklima ausgewirkt und welche Konsequenzen hatten die Spannungen für den Verbleib der Pflegefachkräfte?

Die Konflikte haben zu gegenseitigen Vorwürfen geführt, man sei fremdenfeindlich. Die Kollegen, die bei uns als Stammpersonal arbeiten, haben z. T. einen Migrationshintergrund oder sind sogar im Ausland geboren und aufgewachsen. Für sie war der Vorwurf der spanischen Kollegen, sie hätten etwas gegen Ausländer, nicht auszuhalten. Das hat sich hochgekocht, ist dann in Einzelsituation auch eskaliert.

Wir als Betriebsrat haben zusammen mit der Pflegedienstleitung versucht, den Konflikt in einem Kommunikationskreis durch Austausch zu begleiten. Wir haben dabei die moderierende Rolle eingenommen, da auch die Geschäftsleitung der Meinung war, dass wir das am besten können: Wir haben am ehesten Zeit für diesen Prozess und machen den am Konflikt Beteiligten am wenigsten Angst. Es gab ein gemeinsames Verständnis dafür, dass man die Probleme lösen muss und nicht wie in anderen Situationen die Reaktion wie: „Da gibt's doch gar kein Problem" und „Was will der Betriebsrat schon wieder". Dennoch hat es nicht funktioniert. Zunächst waren wir sehr unsicher, woran das gelegen haben könnte. Hinterher wurde uns klar, dass die spanischen Pflegefachkräfte gar nicht vorhatten, langfristig hier zu bleiben. Sie kannten sich nämlich von ihrer Ausbildung in Spanien und wir haben im Nachhinein erfahren, dass sie nach Deutschland gekommen sind, weil sie sich durch die Arbeitserfahrung auf der Intensivstation in Deutschland bessere Chancen auf dem englischen Arbeitsmarkt versprochen haben.

Was haben Sie getan, um solche Situationen künftig zu vermeiden?

Vor etwa einem Jahr haben wir 30 serbische Pflegefachkräfte für die Intensivstation angeworben, damit wir dort mehr Betten aufmachen können, und haben noch einmal ganz andere Erfahrungen gemacht. Die Pflegefachkräfte wurden durch eine serbische Gesellschaft vermittelt, die alles organisiert hat. Sie hatten alle Papiere und alle ihr deutsches Sprachdiplom und auch in den Erstgesprächen, die unsere Pflegedienstleitung in Serbien führte, haben sie sich gut verkauft. Als die Pflegefachkräfte hierher kamen, stellte sich heraus, dass ihre Deutschkenntnisse begrenzt sind und nicht ausreichen, um ans Telefon gehen, zu verstehen, was zu erledigen ist und zu reagieren. Daraufhin haben wir einen Sprachkurs ins Leben gerufen, um die Sprachkompetenz zu erhöhen. Der Sprachkurs ist kostenlos und die Hälfte der Zeit gilt als Arbeitszeit, so dass er erst mal auch gut angenommen wird.

Parallel haben wir jedem dieser Pflegekräfte eine Ansprechperson zugeordnet, die bereits im Haus tätig ist und idealerweise Serbisch als Muttersprache spricht. Da hatten wir eine große Auswahl, weil wir sehr viele Menschen haben, die aus dem ehemaligen Jugoslawien zu uns gekommen sind oder deren Eltern aus dem Gebiet stammen. Diese Mentoren sind nicht für die fachliche oder praktische Anleitung zuständig, sondern sollen in Konfliktsituationen im Vorfeld mit den neuen Kollegen aus Serbien reden und Missverständnisse klären, damit es nicht wieder zu solchen Eskalationen kommt, die sich verhärten.

Haben Sie vielleicht ein Beispiel für eine Konfliktsituation, wo die Mentoren schon ganz gut vermitteln konnten?

Wir hatten eine neue Kollegin, die grundsätzlich nie ans Telefon gegangen ist: Es hat geklingelt, sie war eine der zwei Fachkräften auf der Station und obwohl sie neben dem Telefon saß, ist sie nicht rangegangen. Dass die andere Kollegin verärgert war, ist eine freundliche Umschreibung der Situation. Sie hat gesagt: „Also, wenn die noch nicht mal ans Telefon gehen kann, was soll ich denn dann mit ihr hier?“ Am nächsten Tag führte die Mentorin, die für die neue Mitarbeiterin zuständig war, ein klärendes Gespräch. Es stellte sich tatsächlich heraus, dass wenn sie ans Telefon ging und dann die freundliche Dame aus dem Labor mal schnell die Laborbefunde mitteilte oder irgendein nuschelnder Mensch aus dem OP sagte: „Bringen Sie jetzt mal den Herrn Müller runter in den OP!“ sie das so schnell nicht verstand. Danach konnte die andere Kollegin diesen Konflikt anders einordnen.

Solche und mehrere ähnliche Vorfälle waren dann auch der Grund zu sagen, dass wir mit den neuen Mitarbeitern üben müssen. Die besagte Mitarbeiterin konnte, wenn sie ruhig war, sich auf Deutsch unterhalten – nur im Stationsstress hat es nicht funktioniert. Das üben wir jetzt auch über den Deutschkurs. Dort geht es nicht nur darum die Sprache zu lernen, sondern mit Situationen klar zu kommen, wo jemand anruft und ich nur die Hälfte davon verstehe, was er mir sagt. Was tue ich dann? Ich sage: „Tut mir leid, ich verstehe nichts. Können Sie das noch mal sagen?“ oder „Das war zu schnell, ich hatte gerade nichts zum Schreiben da“. Also Sachen, die jene, die hier in diesen Strukturen aufgewachsen sind, als Stressbewältigungsmechanismen kennen.

Gibt es noch weitere Integrationsansätze, die das Klinikum Höchst verfolgt?

Im Moment arbeiten wir noch an der sozialen und kulturellen Anbindung. Uns ist aufgefallen, dass die Pflegefachkräfte aus dem Ausland so gut wie keine Kenntnisse darüber haben, wie ein deutsches Bankkonto funktioniert oder ob man wirklich alle Versicherungen abschließen soll, die einem der Bankmensch empfiehlt. Hinzu kommen die Versuche der

Vermittlerfirmen, die Pflegefachkräfte an sich zu binden. In unserem Falle mussten die Pflegefachkräfte im Monat 500 Euro an die serbischen Vermittler zurückzahlen als Ausgleich für ihre angeblich hohen Kosten. Außerdem hatte er ihnen Wohnungen angeboten, die ähnlich teuer waren und in denen sie wohnen mussten, obwohl die Bedingungen in überhaupt keiner Relation zur Miete standen. Da haben sich einige von unseren Mentoren sehr intensiv engagiert, weil sie es moralisch verwerflich fanden. Sie haben sich z. B. darum gekümmert, dass jemand zu Vorstellungs- oder Bewerbungsgesprächen mitgegangen ist oder sichergestellt, dass eine Bescheinigung über den unbefristeten Arbeitsvertrag vorliegt. Wir haben noch nicht evaluiert, ob sich aus diesen Mentorenstrukturen möglicherweise lebenspraktische Unterstützungsmodelle herausbilden, d. h. kleine Netzwerke, wo ausländische Kollegen, die hier neu sind, eine Anbindung finden im täglichen Tun. Da wir aber die Mentorenbeziehungen nicht mit Erwartungen überfrachten wollen, haben wir noch nicht beschlossen, ob wir unser Augenmerk darauf richten werden.

Es ist wichtig zu vergegenwärtigen, dass all diese Dinge, die ich skizziert habe, Zeit brauchen, die personelle Ausstattung auf den Stationen aber insgesamt sehr problematisch ist. Wenn man permanent unterbesetzt ist und die Patienten nicht vernünftig versorgen kann, dann ist die Bereitschaft für zusätzliche zeitaufwändige Aufgaben nicht so ausgeprägt. Dieses ist aber ein generelles Problem, das nicht nur die Fachkräfte betrifft, die aus dem Ausland neu zu uns kommen.

Wie hat sich der breiter gefasste Integrationsansatz des Klinikum Höchst auf den Verbleib der serbischen Pflegefachkräfte ausgewirkt?

Von den 30 Pflegefachkräften arbeiten nur noch fünf auf der Intensivstation, weil es sich ziemlich schnell herausgestellt hat, dass den meisten die notwendige Erfahrung im Intensivbereich fehlt. Alle anderen wurden einzeln irgendwo im Haus, wo es gerade schrecklich eng war, eingesetzt. Nach einem Jahr ist nur eine Pflegefachkraft aus persönlichen Gründen nach Serbien zurückgekehrt. Das ist eine deutlich höhere Verweildauer als bei allen Menschen, die wir sonst einstellen in der Pflege, denn wir haben eine extrem hohe Abbrecherquote – egal, woher die Menschen kommen. Wenn sie zu uns ins Haus kommen und glauben, da sei es anders als in dem Haus, aus dem sie kommen, dann gehen ganz viele wieder. Das ist aber keine Spezialität unseres Hauses, das geht den anderen genauso.

Ob das Konzept auf Dauer wirklich trägt, können wir noch nicht einschätzen. Wir wissen aber aus der Vergangenheit, dass es uns im Klinikum Höchst immer gelungen ist, ausländische Pflegekräfte zu integrieren. Ich würde mal sagen, die Hälfte der bei uns tätigen Pflegekräfte hat

einen Migrationshintergrund, und zwar auf allen Ebenen, die Führungsebenen eingeschlossen.

Interessanterweise stoßen unsere Initiativen nicht immer auf Gegenliebe: In der Wahrnehmung der serbischen Pflegefachkräfte, die schon sehr lange hier sind, bekommen die Neuen alles auf dem Silbertablett serviert, während sie sich selbst vor zehn Jahren noch durchkämpfen mussten. Die Einarbeitung von Pflegefachkräften aus dem Ausland empfinden sie bei den hohen Arbeitsanforderungen als eine zusätzliche Belastung.

Die Arbeit der Pflegefachkräfte hat außerhalb Deutschlands einen anderen Fokus und der Pflegebereich ist anders organisiert. Was tut das Klinikum Höchst für die fachliche Integration von Pflegefachkräften aus dem Ausland?

Wenn Pflegekräfte mit einem anderen Verständnis von pflegerischen Aufgaben zu uns kommen und anfangen ärztliche Tätigkeiten auszuführen, ohne sich rückzuversichern, führt das automatisch zu Konflikten. Wir haben über das Mentorensystem festgestellt, dass diese Sachen relativ leicht zu erklären sind. Diese sind nicht mehr aufgetreten, seitdem wir das Mentoring haben. Das Problem wird eher entstehen, wenn diese Pflegekräfte länger hier integriert sind und keine Sprachprobleme mehr haben, wenn sie sich sicher fühlen und auf der Station als Kollegen akzeptiert sind: Dann kann ich mir gut vorstellen, dass es eine Rückbesinnung gibt und sie sich fragen, warum sie hier als Pflegefachkräfte nur Hilfs- und Putztätigkeiten ausführen, obwohl sie es anders kennen und können. Das wird aber erst in einem späteren Zeitpunkt passieren, weil es in der Anfangszeit noch andere Prioritäten gibt, nämlich dass man integriert ist, dass der Arbeitsplatz sicher ist und dass das soziale Umfeld funktioniert.

Bei der fachlichen Einarbeitung setzen wir aber ganz regulär auf die Praxisanleiter, denn nicht alle Pflegefachkräfte, die sich wie auch immer engagieren, verfügen über so viel Wissen, dass sie Dinge erklären können. Das fällt immer dann auf, wenn Menschen, die auch Fachwissen haben, fragen: „Warum macht ihr das denn so?“ Dann ist natürlich die Antwort: „Das machen wir hier immer so“ hilfreich, aber fachlich völlig daneben. Deshalb wird diese Aufgabe erst mal den Fachkräften zugeordnet, die besonders geschult sind. Da spielt es keine Rolle, woher sie kommen und welche Sprache sie außerdem noch können, sondern dass sie eine Zusatzausbildung haben und pädagogisch-didaktisches Wissen besitzen. Sie haben auch auf der Ebene der Fachlichkeit ein höheres Wissen, als man das für den Alltag braucht.

Wird die Anwerbung von Pflegefachkräften für das Klinikum Höchst eine relevante Fachkräftesicherungsstrategie bleiben?

Die Zusammenarbeit mit dem serbischen Dienstleister haben wir beendet, als wir erfahren haben, unter welchen Bedingungen die Pflegefachkräfte vermittelt wurden. Wir haben aber daraus etwas gelernt: Die erhofften Effekte durch eine professionelle Vermittlung sind eher nicht existent, so dass wir uns jetzt verstärkt auf Bewerber konzentrieren, die möglicherweise schon hier sind. Diese reisen hier erst mal mit einem Touristenvisum ein, was unproblematisch ist, suchen uns auf und wir organisieren dann den Formalkram für die Anerkennung. Das ist ja immer das eigentliche Problem, dass die Pflegefachkräfte zwar Berufserfahrung haben, aber für eine Berufsanerkennung Auflagen vom Regierungspräsidium bekommen. In diesem Fall ist die Anerkennung mit erheblichem Aufwand verbunden, denn selbst unsere Fachleute haben Probleme zu verstehen, was alles zu erledigen ist und alle Vierteljahr ändert sich das auch noch.

Sehen Sie die Möglichkeit, die Anwerbung von Pflegefachkräften aus dem Ausland als Impuls für die Weiterentwicklung von Arbeitsorganisation zu nutzen?

In der Pflege gibt es einen eklatanten Pflegepersonalmangel, so dass die Arbeitgeberseite ein großes Interesse daran hat, dass Pflegekräfte wirklich Pflege machen und nicht etwa putzen, aufräumen und Essen anreichen. Um in der angespannten Personalsituation immer noch gute Arbeit zu leisten, sollten wir die Zusammenarbeit von verschiedenen Berufsgruppen – Ärzten, Pflegefachkräften und Pflegehelfern – überdenken. Es gibt Fachdisziplinen in der Krankenhausversorgung, wo das schon der Fall ist, z. B. in der Psychiatrie. Die dort Tätigen verstehen sich als Behandlungsteam mit unterschiedlichen Fachkompetenzen, in dem der Eine für die medikamentösen, der Andere für die pflegerischen, der Dritte für die sozialen Aufgaben zuständig ist. Und allen ist bewusst, dass das Ganze nur im Zusammenwirken funktioniert. Das ist aber ein Spezialbereich, weil es dort offensichtlich ist, aber insbesondere in den „schneidenden Fächern“ wie Chirurgie gibt es eine Reparaturmentalität: Kommt der Patient vorbei, das Bein ist kaputt, machen wir es wieder in Ordnung und dieses „machen wir es wieder in Ordnung“ macht bei uns natürlich der Arzt – und der Rest ist nicht so wichtig.

Man braucht die Rahmenmöglichkeiten, um innerhalb der Teams solche Themen zu diskutieren, aber wenn die Menge an Patienten, die ich durchschleuse, das einzige Kriterium für gute Arbeit ist, habe ich für solche Dinge keine Zeit mehr; es sei denn, das Durchschleusen der Patienten wird dadurch gebremst, dass die berufsgruppenübergreifende Kommunikation nicht mehr funktioniert. Diese Situation wünsche ich mir auch nicht, aber das wäre ein Anlass, die Arbeitsorganisation zu überdenken.

Das kann von den Führungskräften der unterschiedlichen Berufsgruppen gezielt gesteuert werden, indem sie allen Beteiligten klar machen, dass die Leitung einen großen Wert auf die Änderungen legt. Auf jeden Fall muss das in den jeweiligen Berufsgruppen von oben eingeleitet werden, d. h. die Chefärzte müssen ihren Oberärzten und Assistenzärzten mitteilen, dass die Pflegefachkräfte z. B. nicht zum Aufräumen da sind. Dass es geht, kenne ich aus den Berichten von Kollegen aus dem Ausland. Insbesondere in den nordischen Ländern wie Schweden, Finnland und Norwegen gibt es ein anderes Verständnis des Miteinander-Arbeitens. Sicherlich auch, weil die Rahmenbedingungen dort andere sind.

Gerade werden im Pflegebereich die ersten Schritte zur Veränderung der Berufsbilder gemacht, aber die Tätigkeitsbeschreibung von Pflegekräften wird extrem langsam stattfinden. Wir sehen das bei der akademischen Pflegeausbildung, die es seit einigen Jahren gibt, von der aber noch keine Veränderungsimpulse ausgehen: Die Absolventen von universitären Pflegestudiengängen tun hinterher dasselbe, was sie vorher gemacht haben und fragen sich immer mal, warum sie eigentlich studiert haben. Dennoch bin ich davon überzeugt, dass der Weg über die Akademisierung eine Möglichkeit ist, an der Schraube ein bisschen zu drehen, denn Pflegefachkräfte werden durch den akademischen Abschluss langfristig ein anderes Standing haben, wenn auch von einem anderen universitären Fachdisziplin: Der Pflegedoktor und der Chirurgieprofessor hauen sich nicht gegenseitig auf die Backe.

Hinzu kommt, dass wir in den nächsten fünf bis zehn Jahren die Pflegekräfte noch dringender brauchen werden. Dann wird man die Pflegefachkräfte zwar ordentlich bezahlen müssen, wenn man sie haben will, aber die Geldschiene alleine ohne die Anerkennung ihrer Professionalität wird nicht ausreichen. Wir sind aber noch nicht so weit.

Literatur

Bonin, M./Braeseke, G./Ganserer, A. (2015): Internationale Fachkräftesicherung in der deutschen Pflegebranche: Chancen und Hemmnisse aus Sicht der Einrichtungen. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung: 1–73.

Bundesagentur für Arbeit (2018): Fachkräfteengpassanalyse. Blickpunkt Arbeitsmarkt, Nürnberg, Juni 2018: 1–46.

Corsten, M. (2012): Die subjektive Entschiedenheit beruflicher Praxis – Annotationen zur Theorie des beruflichen Habitus. In: Bolder, A./ Dobischat, R./Kutscha, G./Reutter, G. (Hrsg.): Beruflichkeit zwischen institutionellem Wandel und biographischem Projekt, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften: 319–335.

Csedő, K. (2008): Negotiating Skills in the Global City: Hungarian and Romanian Professionals and Graduates in London. In: Journal of Ethic and Migration Studies 43 (5): 803–823.

Grgic, M./Riedel, B./Weihmayer, L. S./Weimann-Sandig, N./Wirner, L. (2018): Quereinsteigende auf dem Weg zur Fachkraft: Ergebnisse einer qualitativen Studie in den Berufsfeldern Kindertagesbetreuung und Altenpflege. Study der Hans-Böckler-Stiftung 392: 1–151. https://www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_392.pdf (zuletzt abgerufen am 24. Januar 2019).

Ibarra, H. (2007): Identity Transitions: Possible Selves, Liminality and the Dynamics of Voluntary Career Change. INSEAD: Faculty & Research Working Paper: 1–53.

Ibarra, H. (1999): Provisional Selves: Experimenting with Image and Identity in Professional Adaptation. In: Administrative Science Quarterly 44 (4): 764–791.

Kontos, M./Ruokonen-Engler, M.-K./Guhlich, A. (2019, im Erscheinen): Betriebliche Integrationsprozesse von neu migrierten Pflegefachkräften. In: Pütz, R./Kontos, M./Larsen, C./Rand, S./ Ruokonen-Engler, M.-K. (Hrsg.): Betriebliche Integration von Pflegefachkräften aus dem Ausland: Innenansichten zu Herausforderungen globalisierter Arbeitsmärkte. Study der Hans-Böckler-Stiftung 416: 60–170. https://www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_416.pdf.

Pütz, R./Kontos, M./Larsen, C./Rand, S./Ruokonen-Engler, M.-K. (Hrsg.) (2019, im Erscheinen): Betriebliche Integration von Pflegefachkräften aus dem Ausland: Innenansichten zu Herausforderungen globalisierter Arbeitsmärkte. Study der Hans-Böckler-Stiftung 416: 1–200. https://www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_416.pdf.

Prognos (2012): Pflegelandschaft 2030: Eine Studie der Prognos AG im Auftrag der vbw – Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e. V. München: vbw: 1–68.

Rand, S./Pütz, R./Larsen, C. (2019a, im Erscheinen): Die Herausbildung eines globalisierten Pflegearbeitsmarktes in Deutschland. In: Pütz, R./Kontos, M./Larsen, C./Rand, S./Ruokonen-Engler, M.-K. (Hrsg.): Betriebliche Integration von Pflegefachkräften aus dem Ausland: Innenansichten zu Herausforderungen globalisierter Arbeitsmärkte. Study der Hans-Böckler-Stiftung 416: 20–59. https://www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_416.pdf.

Rand, S./Ruokonen-Engler, M.-K./Kontos, M./Larsen, C./Pütz, R. (2019b, im Erscheinen): Dimensionen und Spannungsfelder betrieblicher Integration auf globalisierten Pflegearbeitsmärkten: Das Beispiel Deutschland. In: Pütz, R./Kontos, M./Larsen, C./Rand, S./Ruokonen-Engler, M.-K. (Hrsg.): Betriebliche Integration von Pflegefachkräften aus dem Ausland: Innenansichten zu Herausforderungen globalisierter Arbeitsmärkte. Study der Hans-Böckler-Stiftung 416: 171–197. https://www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_416.pdf.

Statistisches Bundesamt (2019): Sonderauswertungen der Anerkennungsstatistik. Wiesbaden.

Wrede, S. (2012): Nursing: Globalization of a female-gendered profession. In: Kuhlmann, E./Annandale, E. (Hrsg.): The Palgrave Handbook of Gender and Healthcare. London: Palgrave Macmillan: 471–487.

Betriebliche Integration von Pflegefachkräften aus dem Ausland gelingt häufig nicht gut, weil die Unterschiede in den Fachlichkeitsverständnissen und in den Erwartungen an die Arbeitsorganisation zu Auseinandersetzungen zwischen den neu migrierten und etablierten Pflegefachkräften führen. Das Working Paper stellt die Ursachen für die Hauptkonfliktlinien dar und reflektiert, mit welchen Strategien die Einrichtungen der Gesundheits- und Pflegebranche die betriebliche Integration unterstützen können. Die Herausforderungen der betrieblichen Akteure und Lösungsansätze werden in zwei Interviews mit Vertretern des Krankenhaussektors verdeutlicht.

ISSN 2509-2359