



FÜR EIN GESUNDES BERUFSLEBEN

M. Merda, Dr. G. Braeseke, B. Kähler

Arbeitsschutzbezogene Herausforderungen der Beschäftigung ausländischer Pflegekräfte in Deutschland

Schlussbericht im Auftrag der Berufsgenossenschaft für
Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)

Impressum

Arbeitsbezogene Herausforderungen der Beschäftigung ausländischer Pflegekräfte in Deutschland

Stand 06/2014

© 2014 Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)

Herausgeber

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)

Hauptverwaltung

Pappelallee 33/35/37

22089 Hamburg

Telefon: (040) 202 07 - 0

Telefax: (040) 202 07 - 24 95

www.bgw-online.de

Autoren

Meiko Merda (IEGUS Institut)

Dr. Grit Braeseke (IEGUS Institut)

Björn Kähler (BGW)



Mit Unterstützung durch:

Esther Hofmann, Stefanie Wechsel (IEGUS Institut)

Redaktion/Layout

Susanne Stamer (BGW)

Inhalt

1	Hintergrund und Zielsetzungen.....	6
2	Beschäftigung ausländischer Pflegekräfte in Deutschland	8
2.1	Aktueller Stand der Beschäftigung ausländischer Pflegekräfte in Deutschland	8
2.2	Bewertung der Zuwanderungspotenziale möglicher Herkunftsländer.....	15
3	Erkenntnisse aus Interviews und Workshop	30
3.1	Herausforderungen & Chancen der Tätigkeit ausländischer Pflegekräfte	31
3.1.1	Sprache.....	31
3.1.2	Kultur.....	32
3.1.3	Fachliches und Arbeitsalltag	34
3.1.4	Leitung/Führung.....	36
3.2	Lösungen und Best-Practice.....	37
4	Handlungsempfehlungen.....	45
5	Literatur.....	48
6	Anhang.....	51
6.1	Hinweise zur „Bewertung unterschiedlicher Herkunftsregionen hinsichtlich der Zuwanderung nach Deutschland in der Pflege“ (siehe Kapitel 2.2)	51
6.2	Interviews	52
6.2.1	Übersicht	52
6.2.2	Leitfaden	52
6.2.3	Transkriptionen	55
6.3	Workshop.....	104
6.3.1	Einladung	104
6.3.2	Teilnehmer	105
6.3.3	Protokoll	106

1 Hintergrund und Zielsetzungen

Der Bedarf an Pflegekräften ist groß. Seit Februar 2009 übersteigt in der Altenpflege die Zahl der bei der Bundesagentur für Arbeit (BA) gemeldeten offenen Stellen jene der arbeitslosen Fachkräfte.¹ Im März 2014 entfielen auf 100 vakante Stellen lediglich 45 Arbeitslose mit einer abgeschlossenen Altenpflegeausbildung (Krankenpflege: 86).² Mittlerweile dauert es im Durchschnitt länger als vier Monate, bis eine freie Altenpflegestelle neu besetzt ist (Krankenpflege: beinahe vier Monate).³ Und in Zukunft wird die Nachfrage nach Pflegekräften weiter steigen: Bis zum Jahr 2025 prognostizieren Studien, dass in der Altenpflege 150.000 bis 180.000 Stellen in Vollzeit neu zu besetzen sein werden.⁴ Gleichzeitig steht die Pflege in immer größer werdender Konkurrenz mit anderen Branchen um Nachwuchs. Die Zahl der Menschen im erwerbsfähigen Alter ist in Deutschland stark rückläufig – um gut 7,5 Mio. zwischen 2009 und 2030.⁵

Folgerichtig wird die Pflege zu den Berufen mit dem größten Arbeitskräftemangel („Engpassberufe“) gezählt und auf einer „Positivliste“ geführt.⁶ Seit Reform der Beschäftigungsverordnung (01. Juli 2013) wirbt die Bundesregierung in diesen Berufen vermehrt um ausländische Fachkräfte – außereuropäische Pflegekräfte dürfen mittlerweile nach Deutschland zuwandern, wenn die im Ausland erworbene Pflegeausbildung mit einem deutschen Pflegeabschluss als gleichwertig anerkannt worden ist. Der demografisch bedingte Handlungsdruck ist also von politischer Seite aufgenommen worden. Türen für eine höhere Zuwanderung in der Pflege wurden geöffnet.

Es ist weitgehend unklar, wie sich eine steigende Beschäftigung ausländischer Pflegekräfte auf Prävention, Arbeits- und Gesundheitsschutz in den Einrichtungen auswirkt, obwohl der kulturelle, sprachliche und pflegfachliche Hintergrund der Beschäftigten entscheidend für die Sicherheit am Arbeitsplatz ist und Folgen für die Gesundheit der Beschäftigten hat. Mitarbeiter müssen bspw. Unterweisungen durch die Sicherheitsbeauftragten richtig verstehen und bereit sein, ihnen zu folgen, auch wenn es an Erfahrungen im Umgang mit dem Arbeitsschutz mangelt. Ferner sind insbesondere neu in Deutschland

¹ Bundesagentur für Arbeit (2012) in: Merda et al. (2012).

² Bundesagentur für Arbeit (2014). Die Ergebnisse sind verzerrt. Es sind in Wirklichkeit mehr Stellen in der Pflege vakant. Viele Einrichtungen nehmen die Möglichkeit ob der geringen Erfolgswahrscheinlichkeit nicht mehr wahr, sich Pflegekräfte über die BA vermitteln zu lassen und rekrutieren auf anderen Wegen.

³ ebd. Die Ergebnisse sind verzerrt. Es sind in Wirklichkeit mehr Stellen in der Pflege vakant. Viele Einrichtungen nehmen die Möglichkeit ob der geringen Erfolgswahrscheinlichkeit nicht mehr wahr, sich Pflegekräfte über die BA vermitteln zu lassen und rekrutieren auf anderen Wegen.

⁴ siehe bspw. Afentakis und Maier (2010), Hackmann (2009), Merda et al. (2012), Ostwald et al. (2010), Schmidt et al. (2011), Schnabel (2007).

⁵ Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2011).

⁶ Bundesagentur für Arbeit (2013).

tätige internationale Arbeitskräfte in den ersten Monaten besonderen psychischen Belastungsmomenten ausgesetzt. Sie müssen sich nicht nur auf die Arbeitsbedingungen im neuen Job einstellen, sondern auch in einer Fremdsprache kommunizieren und sich an die kulturellen Gegebenheiten in Deutschland anpassen.

Für die gesamte Einrichtung kann sich die Beschäftigung internationaler Fachkräfte auf Prävention, Arbeitsschutz, Arbeitssicherheit und die Gesundheit der Beschäftigten auswirken. Die bereits tätigen Mitarbeiter, Führungskräfte und Sicherheitsbeauftragten müssen bei der Einarbeitung ausländischer Pflegekräfte und ihrer beruflichen Begleitung erhebliche organisatorische und praktische Aufgaben bewältigen (bspw. die Bereitstellung zusätzlicher Personalressourcen für die Anleitung und Unterweisung, Sorge für Sprachkurse, Unterkünfte oder Verpflegung). Größere psychische Arbeitsbelastungen, eine Störung der gewohnten Arbeitsabläufe und ein Anstieg gesundheitlicher Risiken können die Folge sein. Indessen sind auch positive Effekte denkbar, weil durch Möglichkeiten des voneinander Lernens und des interkulturellen Austauschs neue Impulse gesetzt werden, die zu einer erhöhten Zufriedenheit von Mitarbeitern und Klienten, zu einer verbesserten Kooperation und Kommunikation in Arbeitsteams und insgesamt zu einer Vermeidung von Arbeitsunfällen führen können.

Ziele der im Folgenden zusammengefassten Studie sind:

- Den Status Quo der Beschäftigung ausländischer Pflegekräfte darzustellen.
- Prognosen zur zukünftigen Beschäftigungssituation ausländischer Pflegekräfte zu geben.
- Herausforderungen aus kultureller, sprachlicher und fachlicher Hinsicht bei der Beschäftigung ausländischer Pflegekräfte darzulegen.
- Herausforderungen bei der Führung und Anleitung ausländischer Pflegekräfte zu identifizieren (mit einem Fokus auf die Themen Arbeits-, Gesundheitsschutz und Prävention) und Handlungsempfehlungen zur Bewältigung dieser abzuleiten.
- Gesundheitliche Risiken einzugrenzen für (A) ausländische Pflegekräfte und (B) für Mitarbeiter in Leitungsverantwortung für ausländische Pflegekräfte.
- Maßnahmen und Hilfestellungen zur Vermittlung von Arbeits-, Gesundheitsschutz und Prävention im Zusammenhang mit der Beschäftigung ausländischer Pflegekräfte zu geben.

Die Erkenntnisse werden aus Datenanalysen, Literatur- und Online-recherchen, Interviews mit Führungskräften in Pflegeheimen und Krankenhäusern sowie einem im März 2014 durchgeführten Workshop gewonnen.

2 Beschäftigung ausländischer Pflegekräfte in Deutschland

Im Folgenden wird, auf der Grundlage von aktuellen Daten der Bundesagentur für Arbeit (BA), die Beschäftigungssituation der in Deutschland sozialversicherungspflichtig beschäftigten ausländischen Pflegekräfte dargestellt. Ausländer sind, laut Definition der BA, Personen mit einer ausländischen Staatsangehörigkeit. Sie werden hinsichtlich ihrer Zahl, ihrer Staatsangehörigkeit, ihres Arbeitgebers, ihres Qualifikationsniveaus und ihrer räumlichen Verteilung analysiert.

Aufbauend auf dem Status Quo der Beschäftigung ausländischer Pflegekräfte werden Prognosen gegeben, aus welchen Herkunftsländern zukünftig voraussichtlich vermehrt Pflegekräfte zuwandern werden. In der Migrationswissenschaft üblicherweise zugrunde gelegte Indikatoren zur Erklärung von Wanderungsbewegungen werden für potenzielle Herkunftsländer herausgearbeitet und interpretiert (bspw. Verdienstmöglichkeiten in Deutschland, das Erwerbspotenzial im Herkunftsland, die Zahl der bereits in Deutschland lebenden Staatsangehörigen aus dem jeweiligen Herkunftsland).

2.1 Aktueller Stand der Beschäftigung ausländischer Pflegekräfte in Deutschland

Die BA veröffentlicht vierteljährlich Beschäftigungsstatistiken mit der Zahl und der räumlichen Verteilung der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland. Für eine differenzierte Darstellung der Beschäftigungssituation ausländischer Pflegekräfte reichen die frei zugänglichen Daten nicht aus. Es wurden deshalb für die zwei Stichtage 31. 12. 2012 und 31. 03. 2013⁷ (kostenpflichtige) Sonderauswertungen bei der BA angefordert, mit der sich für ausländische Pflegekräfte profundere Aussagen treffen lassen hinsichtlich der folgenden Merkmale:

- Staatsangehörigkeit.
- Berufsbezeichnung: Gesundheits- und Krankenpflege, Fachkrankenpflege, Fachkinderkrankenpflege, Altenpflege.
- Einrichtungsart: Pflegeheime, ambulante Dienste, Krankenhäuser.
- Qualifikationsniveau: Fach- und Hilfskräfte.
- Verteilung auf die Bundesländer.

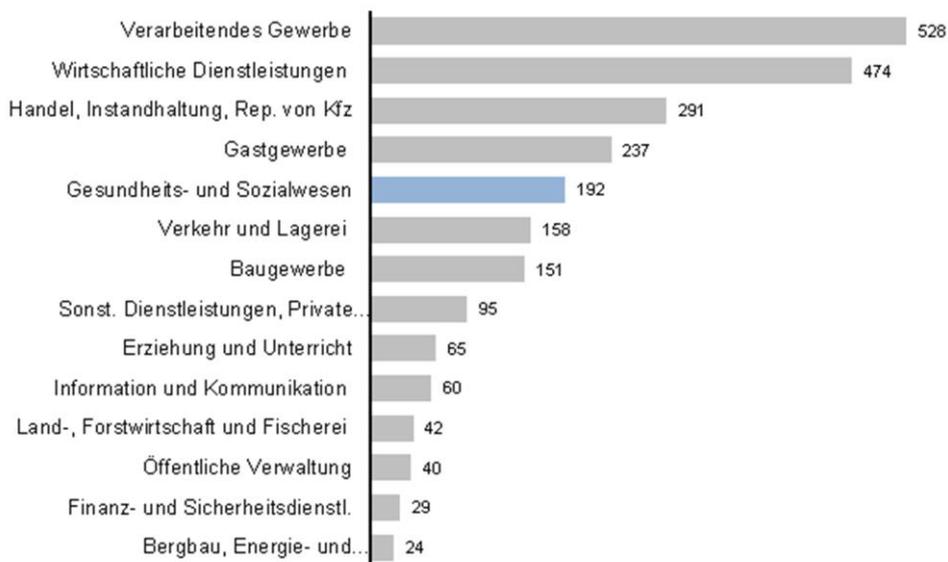
Die im Folgenden präsentierten Ergebnisse beruhen in erster Linie auf den Sonderauswertungen der BA. In Einzelfällen wurden auch (aktuellere) Beschäftigungsstatistiken der BA zugrunde gelegt.

⁷ Aufgrund einer Änderung der „Klassifikation der Berufe 2010“ waren keine längeren Zeitreihen verfügbar.

Ausländische Staatsangehörige in Deutschland insgesamt und im Branchenvergleich

Im Juni 2013 waren rund 2,4 Mio. ausländische Staatsangehörige in Deutschland sozialversicherungspflichtig tätig, was 8,2 % aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten entspricht. Die „Analyse des Arbeitsmarktes für Ausländer“ der BA zeigt deren Verteilung nach Wirtschaftszweigen auf. Bei der letzten Auswertung (Stand: Juni 2013) war in den „Gesundheits- und Sozialberufen“ absolut mit gut 192.000 eine hohe Zahl an Ausländern tätig (*Abbildung 1*).

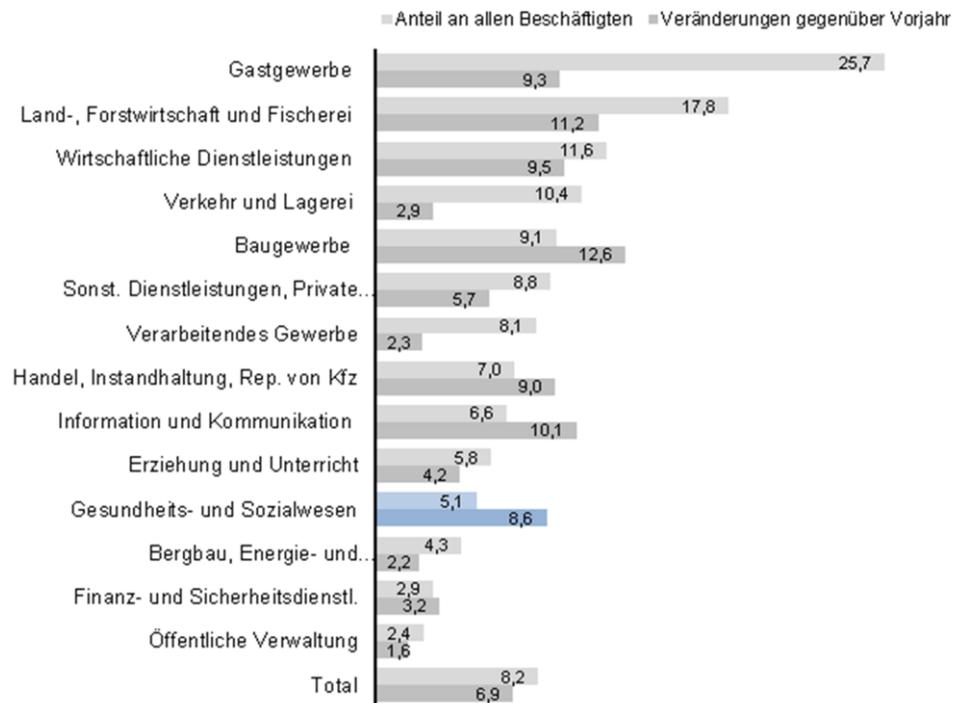
Abbildung 1: Beschäftigung von Ausländern nach Wirtschaftszweigen im Juni 2013 (absolute Zahl in 1.000)



Quelle: Bundesagentur für Arbeit (2013), S. 22.

Der Anteil ausländischer Beschäftigter im Gesundheits- und Sozialwesen ist im Gegensatz zur absoluten Zahl im Branchenvergleich mit 5,1 % relativ gering (*Abbildung 2*). Ihre Zahl nahm allerdings in den 12 Monaten zwischen Juni 2012 und Juni 2013 mit 8,6 % stärker als im Durchschnitt aller Branchen zu (*Abbildung 2*).

Abbildung 2: Anteil ausländischer Beschäftigter an allen Beschäftigten nach Wirtschaftszweigen im Juni 2013 und Veränderungen im Vergleich zum Vorjahr (in Prozent)



Quelle: Bundesagentur für Arbeit (2013), S. 22.

Zahl ausländischer Pflegekräfte in Deutschland

Auf der Grundlage der Sonderauswertung der BA ließ sich die Zahl der in Deutschland tätigen deutschen und ausländischen Pflegekräfte zum Stichtag 31.03.2013 ermitteln. Insgesamt waren im März 2013 gut 1,3 Mio. Pflegekräfte in Deutschland sozialversicherungspflichtig tätig, was knapp 4,6 % aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten entspricht. Ausländische Staatsangehörige sind in der Pflege mit ca. 74.000 unterrepräsentiert. Somit trugen im März 2013 rund 3,2 % aller sozialversicherungspflichtigen ausländischen Arbeitnehmer einen der Berufstitel „Gesundheits- und KrankenpflegerIn“, „FachkrankenschwesterIn“, „FachkinderkrankenschwesterIn“ oder „AltenpflegerIn“ (Tabelle 1).

Tabelle 1: Sozialversicherungspflichtig beschäftigte Pflegekräfte (ausländische und deutsche) in Deutschland (März 2013)

	Gesamt	Deutsche	Ausländer
sozialversicherungspflichtig Beschäftigte	29.061.596	26.747.715	2.303.332
davon Pflegekräfte	1.330.876	1.256.900	73.594
Anteil Pflegekräfte an allen sv-pfl. Beschäftigten	4,58%	4,70%	3,20%

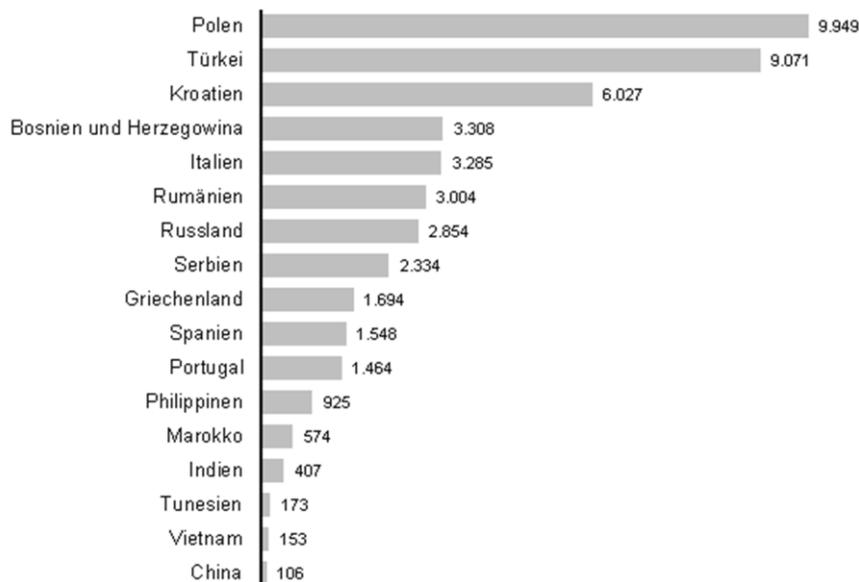
Quelle: Eigene Berechnungen nach Bundesagentur für Arbeit (2013).

Nicht nur die Beschäftigungsstatistik im Branchenvergleich (siehe oben), sondern auch die aktuelleren Sonderauswertungen verdeutlichen allerdings derzeit einen Anstieg der Beschäftigung von ausländischen Pflegekräften. Im betrachteten Zeitraum zwischen Dezember 2012 und März 2013 hat die Zahl der ausländischen Pflegekräfte um 1,9 % zugenommen. Allein in der Altenpflege stieg die Anzahl der ausländischen Pflegekräfte um 2,9 %; in der Gesundheits- und Krankenpflege waren es 1,1 %.

Staatsangehörigkeiten ausländischer Pflegekräfte

Die überwiegende Mehrheit der aktuell sozialversicherungspflichtig in Deutschland beschäftigten ausländischen Pflegekräfte stammt aus dem europäischen Ausland. Die zahlenmäßig größte ausländische Gemeinschaft an Pflegekräften trägt die polnische Staatsbürgerschaft (rund 10.000). Auch türkische Staatsangehörige (9.100) und Staatsangehörige des ehemaligen Jugoslawiens (insgesamt 11.700 aus Kroatien, Bosnien und Serbien) sind absolut in großen Zahlen in der deutschen Pflege vertreten (*Abbildung 3*).

Abbildung 3: Ausländische Pflegekräfte in Deutschland nach Staatsangehörigkeiten (März 2013)

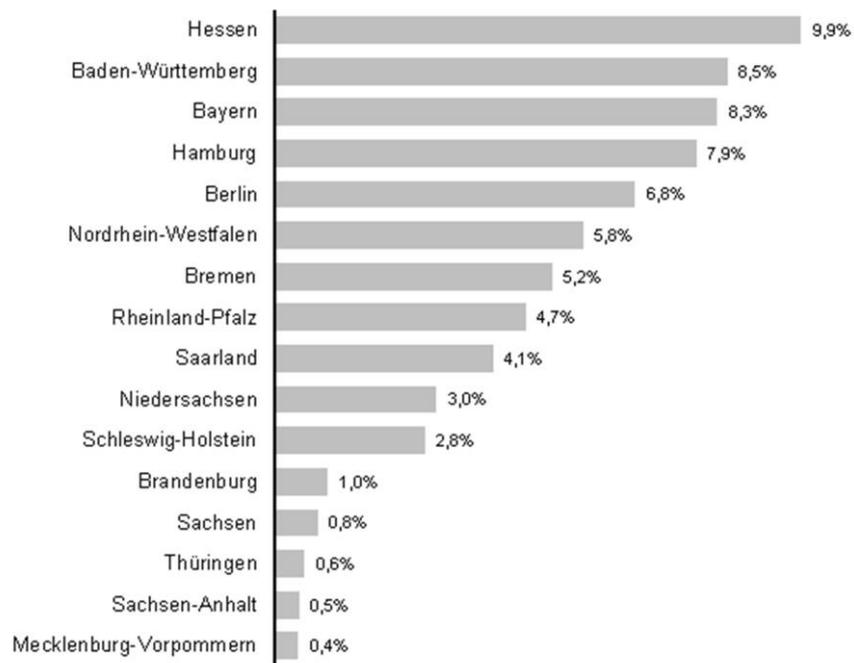


Quelle: Eigene Berechnungen nach Bundesagentur für Arbeit (2013).

Regionale Verteilung ausländischer Pflegekräfte

Die Verteilung ausländischer Pflegekräfte unterscheidet sich in den einzelnen Bundesländern stark. Ballungsräume, in denen 8 % bis 10 % aller sozialversicherungspflichtig beschäftigten Pflegekräfte eine ausländische Staatsangehörigkeit haben, sind Hessen, Baden-Württemberg, Bayern und Hamburg. Auffällig ist: In den Neuen Ländern sind mit durchweg unter 1 % deutlich weniger ausländische Pflegekräfte tätig (*Abbildung 4*).

Abbildung 4: Regionale Verteilung ausländischer Pflegekräfte nach Bundesländern (März 2013)



Quelle: Eigene Berechnungen nach Bundesagentur für Arbeit (2013).

In der Hälfte der deutschen Bundesländer sind polnische Pflegekräfte unter allen ausländischen Pflegekräften am meisten vertreten. Historische Bezüge spielen bei der räumlichen Verteilung ausländischer Pflegekräfte offensichtlich eine Rolle: In Hamburg und Nordrhein-Westfalen, dem Ziel vieler türkischer Gastarbeiter zwischen den 1950er und 1970er Jahren, ist die Türkei das am meisten vertretene Heimatland ausländischer Pflegekräfte. In allen ostdeutschen Bundesländern sind die ehemaligen Mitglieder des Warschauer Paktes die Hauptherkunftsländer ausländischer Pflegekräfte. Zudem sind Pflegekräfte aus angrenzenden Nachbarländern überrepräsentiert. So stellen bspw. im an Frankreich grenzenden Saarland französische Pflegekräfte die größte Gemeinschaft (*Tabelle 2*).

Tabelle 2: Hauptherkunftsländer ausländischer Pflegekräfte in Bundesländern (März 2013)

Bundesland	Herkunftsland Top 1	Herkunftsland Top 2	Herkunftsland Top 3
Hessen	Polen	Türkei	Kroatien
Baden-Württemberg	Kroatien	Türkei	Polen
Bayern	Kroatien	Polen	Bosnien-Herzegowina
Hamburg	Türkei	Polen	Russische Föderation
Berlin	Polen	Türkei	Russische Föderation
Nordrhein-Westfalen	Türkei	Polen	Italien
Bremen	Polen	Türkei	Russische Föderation
Rheinland-Pfalz	Polen	Türkei	Kroatien
Saarland	Frankreich	Italien	Polen
Niedersachsen	Polen	Türkei	Russische Föderation
Schleswig-Holstein	Polen	Türkei	Russische Föderation
Brandenburg	Polen	Ukraine	Russische Föderation
Sachsen	Russische Föderation	Ukraine	Polen
Thüringen	Polen	Russische Föderation	Lettland
Sachsen-Anhalt	Russische Föderation	Ukraine	Kasachstan
Mecklenburg-Vorpommern	Russische Föderation	Polen	Ukraine
Deutschland	Polen	Türkei	Kroatien

Quelle: eigene Berechnungen auf Grundlage von Bundesagentur für Arbeit (2013).

Weitere Merkmale: Arbeitsplätze, Qualifikationsniveau und Beschäftigungsverhältnisse ausländischer Pflegekräfte

Die meisten ausländischen Pflegekräfte sind in Einrichtungen der Altenpflege tätig (insgesamt 39.000 in Pflegeheimen und ambulanten Diensten). In Krankenhäusern haben absolut (26.000) und prozentual (4,4 %) weniger sozialversicherungspflichtig beschäftigte Pflegekräfte eine ausländische Staatsangehörigkeit (Tabelle 3).⁸

Tabelle 3: Sozialversicherungspflichtig beschäftigte ausländische Pflegekräfte in Krankenhäusern, Pflegeheimen und ambulanten Diensten (März 2013)

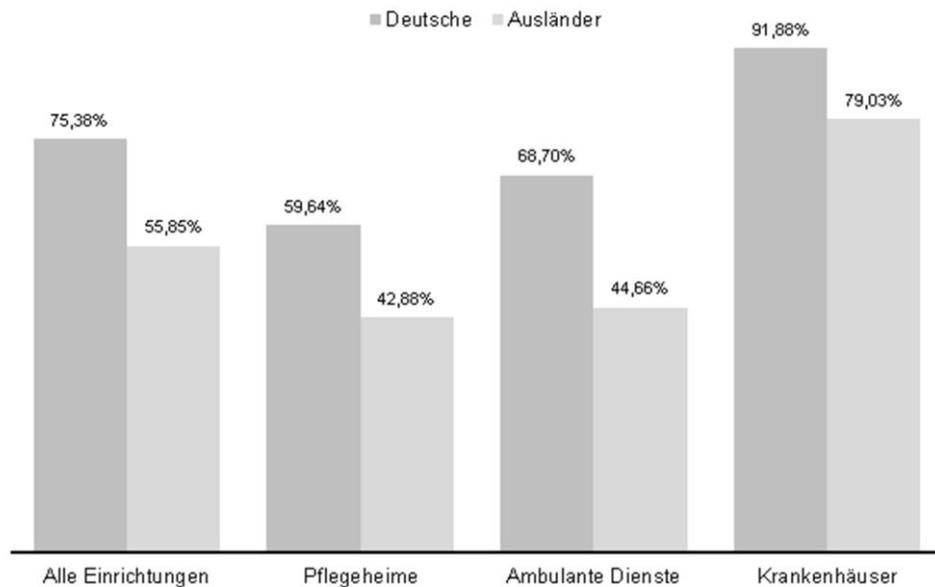
	Krankenhaus	Pflegeheim	Amb. Dienste
sv-pfl. ausländische Pflegekräfte	26.052	27.852	10.761
Anteil sv-pfl. ausl. an allen Pflegekräften	4,35%	6,86%	6,25%

Quelle: Eigene Berechnungen nach Bundesagentur für Arbeit (2013).

⁸ In anderen Einrichtungsformen tätige ausländische Pflegekräfte (bspw. Arzt-, Zahnarzt-, Heilpraktikerpraxen, Tagesbetreuung von Kindern) wurden an dieser Stelle nicht berücksichtigt.

Die Fachkraftquote ausländischer Pflegekräfte liegt mit insgesamt rund 56 % deutlich unter jener von deutschen (75 %). Unterschiede beim Qualifikationsniveau zwischen deutschen und ausländischen Pflegekräften sind insbesondere in der Altenpflege und somit in Pflegeheimen (43 % vs. 60 %) und ambulanten Diensten (45 % vs. 69 %) sichtbar (*Abbildung 5*).

Abbildung 5: Fachkraftquote von ausländischen und deutschen Pflegekräften differenziert nach Einrichtungsart



Quelle: Eigene Berechnungen nach Bundesagentur für Arbeit (2013).

Limitationen

Für die dargestellten Ergebnisse gilt einschränkend, dass...

- ... die Zahl der tatsächlich in deutschen Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen durch die Sonderauswertung der BA nicht vollständig abgebildet wird. So werden bspw. keine Selbständigen oder geringfügig beschäftigten Pflegekräfte erfasst.
- ... nur „Ausländer“ und somit Menschen mit einem ausländischen Pass erfasst werden. Die BA stellt keine Informationen über die Aufenthaltsdauer in Deutschland zur Verfügung. Somit enthält die Statistik auch vollständig integrierte Pflegekräfte mit ausländischen Wurzeln, die bereits seit vielen Jahren in Deutschland leben. Herausforderungen in den Bereichen Arbeits-, Gesundheitsschutz und Prävention bestehen allerdings in erster Linie dann, wenn sich ausländische Pflegekräfte erst seit Kurzem in Deutschland aufhalten.
- ... aus Datenschutzgründen zu geringe Werte (Anzahl < 3) nicht erfasst werden. Demnach kann auf Bundeslandebene die Zahl der Pflegekräfte einer bestimmten Nationalität unterschätzt sein.

Darüber hinaus differenziert die BA nicht nach der Trägerform (kommunal, freigemeinnützig, privat). Insofern lässt sich mit Hilfe der BA-Daten nicht zu-

verlässig auf die Zahl der in BGW-Einrichtungen tätigen ausländischen Pflegekräfte schließen. Auch auf der Grundlage der verfügbaren Daten der BGW sind nähere Aussagen zu der Beschäftigungssituation ausländischer Pflegekräfte in BGW-Einrichtungen aus den folgenden Gründen nicht möglich:

- Die BGW erfasst weder den beruflichen Hintergrund noch die Staatsangehörigkeiten ihrer Versicherten.
- Die BGW weist Beschäftigungsverhältnisse aus, sodass es im Verlaufe eines Jahres zu Mehrfachzählungen infolge eines Arbeitsplatzwechsels oder mehrerer Arbeitsverhältnisse einer Erwerbsperson kommt. Darüber hinaus sind auch alle geringfügig Beschäftigten in den BGW-Statistiken enthalten.
- Die Wirtschaftszweige der BA decken sich nicht mit den BGW-Klassifizierungen. Versicherte in ärztlichen Notfalldiensten, Dialysezentren oder ambulanten Rehaeinrichtungen sind Beispiele für Zuordnungen, die sich bei der BA nicht wiederfinden lassen.

Wesentliche Erkenntnisse

- Im Branchenvergleich sind insgesamt mit 192.000 viele ausländische Staatsangehörige im Gesundheits- und Sozialwesen sozialversicherungspflichtig tätig. Ihr Anteil an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten ist allerdings gering (5,1 %; im Branchendurchschnitt sind es 8,2 %).
- Die Zahl ausländischer Pflegekräfte hat in der jüngsten Vergangenheit zugenommen – allein im Winter 2013 um 1,9 %.
- Die meisten sozialversicherungspflichtig beschäftigten ausländischen Pflegekräfte stammen aus Polen (rund 10.000).
- Die Neuen Länder fallen hinsichtlich der Beschäftigung ausländischer Pflegekräfte deutlich ab. In den fünf Neuen Ländern entfällt auf rund 147 deutsche eine ausländische Pflegekraft. In den westdeutschen Bundesländern beträgt das Verhältnis 1 : 15.
- Ausländische Pflegekräfte sind in der Altenpflege über- und in der Gesundheits- und Krankenpflege unterrepräsentiert.
- Die Fachkraftquote ist unter ausländischen Pflegekräften mit 56 % niedriger als unter deutschen (75 %).

2.2 Bewertung der Zuwanderungspotenziale möglicher Herkunftsländer

Wie in Kapitel 2.1 herausgestellt besteht die hohe Wahrscheinlichkeit, dass die Beschäftigung ausländischer Pflegekräfte in Deutschland zunimmt. Für eine Einschätzung, aus welchen Ländern zukünftig vermehrt ausländische Pflegekräfte zuwandern werden, sind eine Reihe von Faktoren zu berücksichtigen, die sich auf den folgenden Ebenen abspielen:

- *Politische Beziehungen und Zuwanderungsrecht:* Inwiefern werden bilaterale Projekte/Initiativen von politischer Seite unterstützt bzw. ein-

geleitet? Welche rechtlichen Hürden bestehen für eine Zuwanderung aus unterschiedlichen Regionen nach Deutschland (EU, Drittstaaten)? Wie viele Angehörige einer Nationalität haben sich bereits in Deutschland niedergelassen?

- *Demografische Entwicklungen im Herkunftsland:* Wie groß ist das Erwerbspersonenpotenzial im Herkunftsland? Wie stark altert die Gesellschaft im Herkunftsland? Wie sieht die Arbeitsmarktsituation für ausländische Pflegekräfte in unterschiedlichen Herkunftsregionen aus?
- *Kultur und Profession:* Wie groß ist der mögliche Einkommenszuwachs für einzelne Migranten bei einer Tätigkeit in der deutschen Pflege? Mit welchem Aufwand in sprachlicher, fachlicher und kultureller Hinsicht geht eine Zuwanderung nach Deutschland einher (bspw. Deutschlernen, Anerkennung im Ausland erworbener Abschlüsse und Eingliederung in die deutsche Gesellschaft)?

Der weiteren Analyse liegt eine Vorauswahl an potenziellen Herkunftsstaaten zugrunde. Es wurden jene Länder intensiver betrachtet,...

- ... aus denen bereits eine verhältnismäßig große Zahl an Migranten in Deutschland lebt und/oder
- ... die in der gesellschaftlichen/politischen Diskussion um Zuwanderung in der Pflege derzeit häufig genannt werden und/oder
- ... mit denen bereits Pilotprojekte durchgeführt werden bzw. geplant sind.

Für die Bewertung der vorselektierten Herkunftsregionen wurden alle verfügbaren Daten (bspw. des Statistischen Bundesamtes, der WHO, EUROSTAT, des US Census Bureaus) gesichtet und ausgewertet. Zusätzlich flossen Erfahrungen aus den bislang durchgeführten Pilotprojekten zur Gewinnung von ausländischen Pflegekräften in die Ergebnisse ein (insbesondere aus dem Vietnamprojekt des Bundeswirtschaftsministeriums).

Politische Beziehungen und Zuwanderungsrecht

Eine Reihe von *Pilotprojekten* wurde in der jüngeren Vergangenheit mit politischer Unterstützung vorbereitet bzw. initiiert, um Pflegekräfte aus dem Ausland zu gewinnen:

- *Vietnam:* Das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie hat das Projekt ‚Fachkräftegewinnung für die Pflegewirtschaft‘ mit dem Partnerland Vietnam ins Leben gerufen. Gut 100 sprachlich in Vietnam vorbereitete vietnamesische Pflegekräfte absolvieren seit Herbst 2013 in den vier Bundesländern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin und Niedersachsen eine auf zwei Jahre verkürzte Altenpflegeausbildung. Das Projekt wird von der Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) umgesetzt und vom IEGUS Institut fachlich begleitet. Derzeit ist ein Folgeprojekt in Vorbereitung.⁹ Ab Spätsommer 2014 soll eine zweite vietnamesische Gruppe (ca. 100) in Hanoi Deutsch lernen, um im Herbst 2015 mit einer Altenpflege-

⁹ Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH (2014).

ausbildung an unterschiedlichen Standorten in Deutschland zu beginnen.

Auch andere Akteure, wie bspw. eine Berliner Bildungseinrichtung, befinden sich derzeit in der Vorbereitung von Projekten zur Qualifizierung bzw. Gewinnung von Nachwuchs aus Vietnam für eine Tätigkeit in der deutschen Pflege.

- *China*: Der Arbeitgeberverband Pflege bereitet mit Unterstützung der Zentralen Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) ein Projekt mit China vor. Seit Anfang 2014 ist eine erste Gruppe von fünf chinesischen Pflegekräften im CURANUM Seniorenpflegezentrum in Frankfurt tätig. Im Laufe des Jahres sollen weitere chinesische Pflegekräfte folgen (insgesamt 150).¹⁰
- *Philippinen, Serbien, Bosnien-Herzegowina und Tunesien*: Im März 2013 wurde eine offene Vermittlungsabsprache zwischen der ZAV und der philippinischen Arbeitsverwaltung geschlossen.¹¹ Die Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) nutzt diese und weitere zwischenstaatliche Vereinbarungen mit Serbien, Bosnien-Herzegowina und Tunesien zur Gewinnung von bis zu 2.000 Gesundheits- und Krankenpflegekräften aus den genannten Ländern.¹²
- *Tunesien, Ägypten, Marokko*: Der Hamburger Krankenhausträger Asklepios bildet seit 2013 mit Unterstützung des Auswärtigen Amtes und des Bundesministeriums für Gesundheit 25 tunesische Pflegekräfte in der Krankenpflege aus.¹³ Im Rahmen der Transformationspartnerschaften sind weitere Projekte mit Tunesien, Ägypten und Marokko in Planung.
- *Südeuropa*: In den vergangenen anderthalb Jahren hat die deutsche Bundesregierung unterschiedliche Berufsbildungsk Kooperationen mit anderen EU-Staaten geschlossen, um (A) das duale Ausbildungssystem in der EU zu verbreiten und (B) die Mobilität nach Deutschland zu erhöhen. Hervorzuheben ist die deutsch-spanische Kooperation mit dem Ziel, die Jugendarbeitslosigkeit in Spanien zu reduzieren.¹⁴

Die in der jüngsten Vergangenheit eingeleiteten zwischenstaatlichen Initiativen verdeutlichen, dass die deutsche Bundesregierung derzeit...

- ...in Asien neue Märkte erschließt, um ausländische Pflegekräfte zu gewinnen,
- ...Beziehungen zu nordafrikanischen Ländern intensiviert,
- ...um junge Menschen aus südeuropäischen Krisenstaaten wirbt.

Ausländische Staatsangehörige aus EU-Staaten müssen aus *rechtlicher Perspektive* für eine Zuwanderung nach Deutschland die geringsten Hürden überwinden. Die in Artikel 45 des Vertrags über die Arbeitsweise der EU ver-

¹⁰ Arbeitgeberverband Pflege (2014).

¹¹ Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2013).

¹² Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH (2013).

¹³ Hamburger Abendblatt (2013).

¹⁴ Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (2014).

ankerte Freizügigkeit ermöglicht es ihnen und ihren Familienangehörigen in Deutschland zu leben und zu arbeiten.¹⁵ Größere Restriktionen bestehen für außereuropäische Migranten; vor allem, wenn sie nicht zum Zwecke der Ausübung einer hochqualifizierten, akademischen Beschäftigung nach Deutschland zuwandern, sondern für eine Tätigkeit in einem Ausbildungsberuf (bspw. Pflege). In den letzten Jahrzehnten konnten ausländische Pflegekräfte aus außereuropäischen Drittstaaten eine (reguläre) Tätigkeit in Deutschland aufgrund des 1973 verfügbaren Anwerbestopps nur in Ausnahmefällen aufnehmen. Seit 01. Juli 2013 allerdings, und damit seit Reform der Beschäftigungsverordnung, werden die Pflegeberufe auf einer „Positivliste“ mit so genannten Engpassberufen geführt, in denen die BA einen besonders großen Arbeitskräftebedarf festgestellt hat. In der Pflege wird Zuwanderung mittlerweile als „arbeitsmarkt- und integrationspolitisch verantwortbar“ bewertet.¹⁶ Auch aus dem außereuropäischen Ausland können nun Pflegekräfte für die Ausübung ihres Berufes nach Deutschland zuwandern, wenn die im Ausland erworbene Pflegeausbildung mit einem deutschen Pflegeabschluss als gleichwertig anerkannt worden ist. Eine direkte Rekrutierung von außereuropäischen Pflegekräften durch deutsche Arbeitgeber bleibt allerdings auf jene Herkunftsländer beschränkt, die nicht auf einer 2006 durch die WHO veröffentlichten Liste mit 57 Staaten mit einem kritischen Mangel an Gesundheitsfachkräften aufgeführt sind. Auf der Liste sind in erster Linie afrikanische Staaten (36) vertreten. Aus Asien sind Bangladesch, Bhutan, Indien, Indonesien, Nepal, Kambodscha, Laos, Myanmar und Papua-Neuguinea gelistet.¹⁷

Im Zuge der Reform der Zuwanderungsgesetzgebung ist damit zu rechnen, dass zukünftig...

...mehr Pflegekräfte aus außereuropäischen Drittstaaten (bspw. Philippinen, Vietnam) nach Deutschland zuwandern werden, insbesondere dann, wenn sie nicht von der WHO als solche Regionen mit einem kritischen Mangel an Gesundheitsfachkräften geführt werden (bspw. Indien).

Menschen wandern, ohne die Berücksichtigung anderer Faktoren, tendenziell in solche Regionen, in denen sich bereits eine größere Gruppe von *Migranten aus demselben Herkunftsland* angesiedelt hat.¹⁸ Früher Zugewanderte können bspw. potenziellen Migranten Informationen und Hilfestellungen zum neuen Umfeld liefern. Darüber hinaus kann ein potenzieller Migrant davon ausgehen, dass sich in einem Land, in dem bereits viele Personen aus demselben Herkunftsland wohnen, bessere Möglichkeiten ergeben, die gewohnte Kultur zu leben, die Muttersprache zu sprechen oder der eigenen Religion nachzugehen.¹⁹

¹⁵ Siehe Europäische Union 09.05.2008.

¹⁶ Bundesagentur für Arbeit (2013).

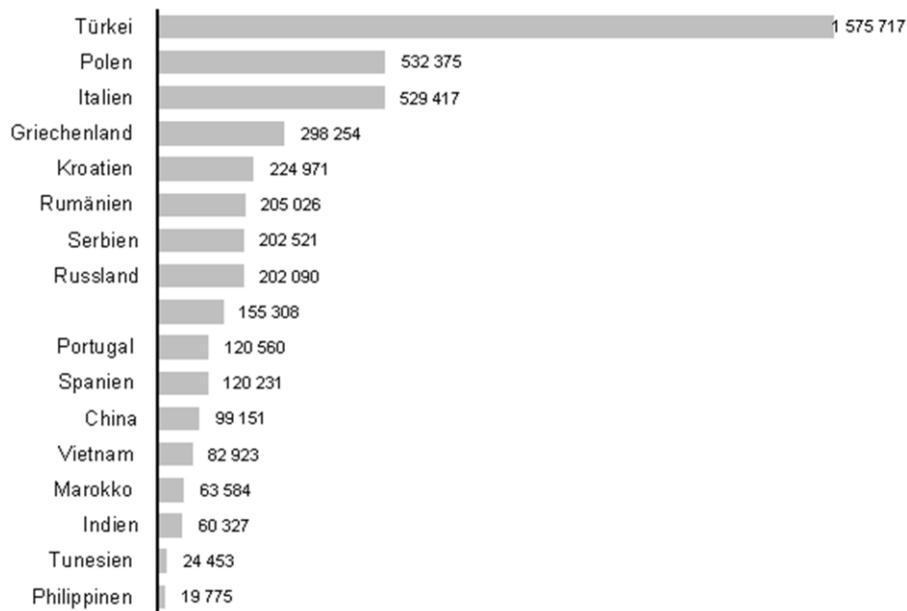
¹⁷ World Health Organization (WHO) (2006).

¹⁸ Siehe bspw. Esipova et al. (2011), Massey et al. (1993).

¹⁹ Warner und Wittner (1998).

In Deutschland, wie in der Abbildung 6 verdeutlicht, stellen türkische Staatsangehörige mit rund 1,5 Mio. Mitgliedern zahlenmäßig die mit Abstand größte ausländische Gemeinschaft.²⁰ Große ausländische Gemeinschaften stammen zudem aus den mittel- und osteuropäischen Staaten (insb. Polen mit 532.000) und Südeuropa (Italien, Griechenland, Portugal), verdeutlicht in der folgenden Abbildung 6.

Abbildung 6: Zahl der in Deutschland lebenden ausländischen Staatsangehörigen aus ausgewählten Herkunftsländern (Dezember 2012)



Quelle: Eigene Darstellung nach Statistisches Bundesamt (2014).

Die bereits in Deutschland etablierten Diasporagemeinschaften sprechen dafür, dass in Zukunft weiterhin Menschen aus den „klassischen“ Herkunftsländern nach Deutschland zuwandern werden und damit insbesondere aus...

- ...der Türkei,
- ...Mittel- und Osteuropa (insbesondere Polen) und
- ...Südeuropa.

²⁰ Statistisches Bundesamt (2014).

Demografische Entwicklungen im Herkunftsland

Für eine zielgerichtete, nachhaltige und verantwortungsbewusste Zuwanderung nach Deutschland in der Pflege stellt sich mittel- und langfristig insbesondere die Frage nach dem *Arbeitskräftepotenzial im Herkunftsland*. Aus kleinen, bevölkerungsarmen Ländern kann die Rekrutierung von Pflegepersonal in größeren Zahlen mit erheblichen Problemen für das Herkunftsland verbunden sein. Durch Abwerbungen kann sich die Nachfrage nach Pflegekräften im Inland vergrößern. Falls der dann gestiegene Bedarf nicht befriedigt werden kann, bspw. weil eine Erhöhung von Ausbildungskapazitäten nicht möglich ist, kann es zu medizinisch-pflegerischen Versorgungsengpässen kommen.²¹

Darüber hinaus ist die gesellschaftliche Alterung ein Indikator für den Versorgungsbedarf in einem Land. Je schneller eine Gesellschaft altert, desto mehr erhöht sich auch die Zahl der kranken und pflegebedürftigen Menschen. Der Bedarf an Pflegekräften vergrößert sich dann unter sonst gleichen Bedingungen.

In der Tabelle 4 unten werden deshalb die folgenden Daten für ausgewählte potenzielle Herkunftsländer analysiert:

- Entwicklung der Zahl der 20- bis 64jährigen bis zum Jahr 2050.
- Entwicklung des Altenquotienten bis zum Jahr 2050 (die Anzahl der 20- bis 64jährigen, die auf einen mindestens 80jährigen entfällt).

Für die Bewertung werden eine auffällig „positive“ demografische Entwicklung grün markiert und jene, die deutlich gegen eine vermehrte Zuwanderung spricht, rot.

²¹ In der Vergangenheit wurde dieser „Brain Drain“ insbesondere in kleineren afrikanischen Staaten beobachtet (siehe bspw. Martineau et al. (2004), Marchal und Kegels (2003), Stilwell et al. (2004).

Tabelle 4: Entwicklungen des Erwerbspersonenpotenzials (Veränderungen in Prozent und absolut) und der Altenquotienten (jeweils bis 2050)

Staat	Erwerbspersonen (in Tsd., in %)				Altenquotient			
	2010	2050	Δ	Δ %	2010	2050	Δ	Δ %
Bosnien-Herzegowina	2.600	1.700	-900	-35%	2,8	20,8	18,0	746
China	873.000	717.000	-156.000	-18%	2,3	15,9	13,6	705
Griechenland	6.600	5.000	-1.600	-24%	8,6	23,0	14,4	268
Indien	647.000	973.000	326.000	50%	1,2	5,4	4,2	457
Italien	37.100	31.300	-5.800	-16%	9,6	23,4	13,8	244
Kroatien	2.780	2.030	-750	-27%	6,7	20,0	13,2	295
Marokko	17.800	23.500	5.700	32%	2,1	8,8	6,7	428
Philippinen	51.000	98.000	47.000	93%	1,2	4,7	3,5	393
Polen	25.000	16.500	-8.500	-35%	5,3	19,3	14,0	367
Portugal	6.500	5.100	-1.400	-21%	8,3	20,8	12,5	255
Rumänien	14.200	9.300	-4.900	-34%	4,9	18,4	13,5	377
Russische Föderation	94.000	72.000	-22.000	-24%	4,5	14,0	9,5	311
Serbien	4.600	3.100	-1.500	-31%	5,8	17,6	11,8	303
Spanien	29.400	26.500	-2.900	-10%	7,7	21,3	13,6	277
Tunesien	6.300	6.500	200	3%	2,3	12,6	10,3	555
Türkei	45.300	58.500	13.200	29%	1,6	8,3	6,7	528
Vietnam	53.000	65.000	12.000	22%	2,0	9,4	7,4	462
Deutschland	49.600	37.000	-12.600	-26%	8,5	25,8	17,3	304

Abkürzungen: in Tsd. = in Tausend; Δ = Veränderung absolut; Δ % = Veränderungen in Prozent

Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage von U.S. Census Bureau .

Die Entwicklung des Erwerbspersonenpotenzials spricht gegen eine vermehrte Zuwanderung aus mittel- und osteuropäischen Staaten nach Deutschland in der Pflege. In Ländern wie Bosnien-Herzegowina, Kroatien oder Serbien leben bereits heute verhältnismäßig wenige Menschen im erwerbsfähigen Alter mit stark rückläufiger Tendenz. Die heutige und zukünftige Ausstattung mit Erwerbstätigen ist ein Argument für die Zuwanderung aus den betrachteten asiatischen Staaten Indien, Philippinen und Vietnam. Auch in der Türkei und Marokko steigt das Erwerbspersonenpotenzial weiter an, wenngleich nicht in dem Tempo wie in Indien oder auf den Philippinen. China verfügt zwar über ein sehr großes Erwerbspersonenpotenzial, dieses verringert sich aber in den nächsten Jahrzehnten immens (in absoluten Zahlen).

Die Altenquotienten steigen insbesondere in den südeuropäischen Ländern (Griechenland, Italien, Portugal, Spanien) auf hohe Werte an. Deutlich

weniger Menschen im erwerbsfähigen Alter werden dort für mehr Pflegebedürftige Sorge tragen müssen.

Die demografische Entwicklung in potenziellen Herkunftsländern spricht für die Zuwanderung aus...

...Indien, den Philippinen, Vietnam und der Türkei und
...gegen jene aus Europa.

Auch die Gesamtzahl an Pflegekräften in einem Land ist bei der Bewertung potenzieller Herkunftsländer wichtig. Die Rekrutierung von Pflegekräften aus Staaten, in denen insgesamt nur wenige tausend Pflegefachkräfte beschäftigt sind und neu ausgebildet werden können, lindert den Pflegekräftemangel in Deutschland kaum nachhaltig.

Darüber hinaus spielt in der ethischen Diskussion um Zuwanderung die Ausstattung mit Pflegekräften in Relation zur Gesamtbevölkerung eine entscheidende Rolle. Wie bereits oben verdeutlicht, findet die direkte Rekrutierung aus Staaten, die einen bestimmten Schwellenwert an Pflegekräften auf 1.000 Einwohner unterschreiten, keine politische Unterstützung.

In der folgenden Tabelle 5 werden deshalb für die vorselektierten möglichen Herkunftsstaaten die (A) Gesamtzahl an im Inland tätigen Pflegekräften dargestellt und (B) die Zahl der Pflegekräfte auf 1.000 Einwohner. Eine grüne Markierung verdeutlicht eine auffällig hohe Ausstattung mit Pflegekräften, eine rote eine niedrige Ausstattung oder die Tatsache, dass das jeweilige Land von der WHO als solches mit einem kritischen Mangel an Gesundheitsfachkräften geführt wird.

Tabelle 5: Ausstattung mit Pflegekräften (absolut und auf 1.000 Einwohner) in den ausgewählten Herkunftsstaaten

Staat	Zahl der Pflegekräfte		
	total	Je 1.000	Referenzjahr
Bosnien-Herzegowina	20.000	5,2	2010
China	2.050.000	1,5	2010
Griechenland	k. A.	k. A.	-
Indien	1.150.000	1,0	2008
Italien	k. A.	k. A.	-
Kroatien	25.000	5,5	2010
Marokko	30.000	0,9	2009
Philippinen	490.000	6,0	2004
Polen	210.000	5,4	2010
Portugal	k. A.	k. A.	-
Rumänien	120.000	5,5	2010
Russische Föderation	1.200.000	8,5	2006
Serbien	k. A.	k. A.	-
Spanien	250.000	5,3	2011
Tunesien	35.000	3,3	2009
Türkei	180.000	2,4	2011
Vietnam	90.000	1,0	2008
Deutschland	941.000	11,4	2010

Quelle: World Health Organization (WHO) (o. J.).

Die Gesamtausstattung an Pflegekräften ist insbesondere in den bevölkerungsreichen Staaten China, Indien, Russland und Philippinen groß. In den beiden nordafrikanischen Staaten Marokko und Tunesien und kleinen mittel- und osteuropäischen Ländern (Bosnien-Herzegowina und Kroatien) sind absolut wenige Pflegekräfte tätig. Von den ausgewählten Staaten werden Indien und Marokko von der WHO als solche mit einem kritischen Mangel an Gesundheitsfachkräften gezählt.

Die derzeitige Ausstattung an Pflegekräften in den betrachteten Herkunftsländern spricht für die Zuwanderung aus...

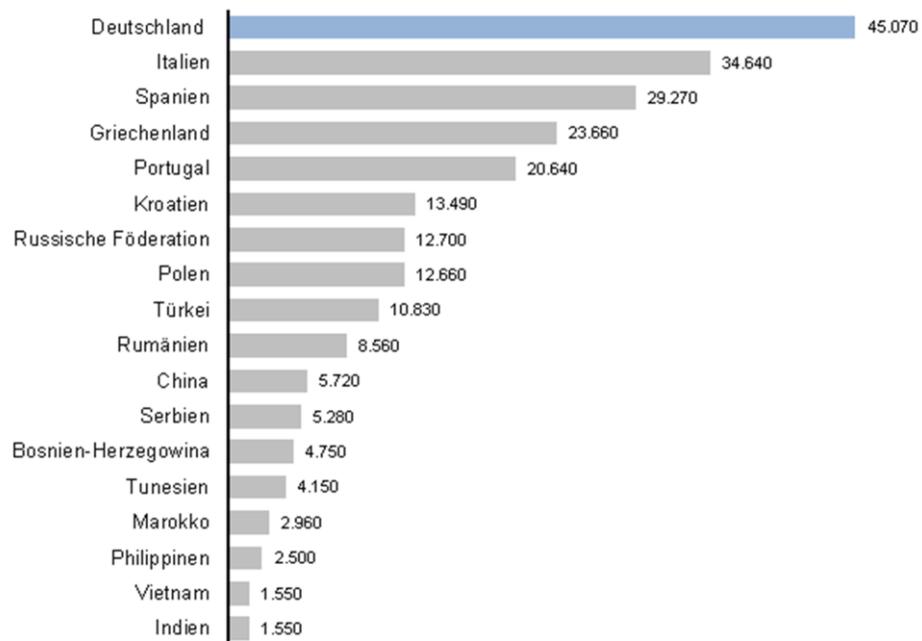
...den Philippinen und Russland und

...gegen jene aus Bosnien-Herzegowina, Kroatien, Marokko und Tunesien.

Kultur und Profession

Die Motivation auszuwandern ist unter der Berücksichtigung der Kosten umso größer, je höher der erwartete *Einkommenszuwachs* im Zielland ausfällt.²² Die folgende Abbildung 7 verdeutlicht, dass Unterschiede der Bruttonationaleinkommen zu Deutschland insbesondere in bevölkerungsreichen asiatischen Staaten groß sind (Vietnam, Indien, Philippinen) und für südeuropäische Staaten verhältnismäßig gering ausfallen (Italien, Spanien, Griechenland, Portugal).²³

Abbildung 7: Bruttonationaleinkommen in ausgewählten Herkunftsregionen im Jahr 2012 (in US-Dollar).



Quelle: Eigene Darstellung nach Statistisches Bundesamt (2014).

Die Höhe möglicher Einkommenszuwächse spricht für eine vermehrte Zuwanderung von Pflegekräften aus...

...den betrachteten asiatischen und nordafrikanischen Staaten und
...gegen jene aus südeuropäischen Ländern.

Auch *kulturelle, sprachliche und fachliche Aspekte* beeinflussen die Motivation, in ein Land zuzuwandern. Diese sind allerdings schwer zu prognostizieren, weil sie stark vom Einzelfall abhängen. Migranten müssen sich in einem mehr oder weniger kulturell fremden Umfeld zurechtfinden, es muss Deutsch gelernt werden und im Ausland erworbene Abschlüsse und Kenntnisse lassen sich nicht zwangsläufig Eins-zu-Eins auf das deutsche System

²² Siehe bspw. Dustmann (2003), Sjaastad (1962).

²³ Da keine verlässlichen Daten über Einkommenshöhen im internationalen Vergleich für die Pflege verfügbar sind, werden in der Abbildung 7 die leichter zugänglichen Bruttonationaleinkommen dargestellt.

übertragen. Migranten wandern deshalb, ohne die Berücksichtigung weiterer Faktoren, eher in solche Länder, in denen die Kosten einer kulturellen, sprachlichen und fachlichen Anpassung möglichst gering ausfallen.²⁴

Kulturelle Unterschiede misst Hofstede mit den folgenden „Kulturdimensionen“:²⁵

- (1) Machtdistanz
- (2) Individualismus/Kollektivismus
- (3) Maskulinität/Feminität
- (4) Unsicherheitsvermeidung
- (5) Langzeit-/Kurzeitorientierung
- (6) Befriedigung/Einschränkung

Mit den Kulturdimensionen bringt Hofstede insgesamt 76 Staaten weltweit in eine kulturelle Rangordnung. So gibt es bspw. Staaten wie Indien mit einer großen „Machtdistanz“ (soziale Ungleichheit ist gesellschaftlich stark verankert) während in anderen, wie Deutschland, Hierarchien verhältnismäßig flach und durchlässig sind. Grundsätzlich fallen kulturelle Unterschiede zwischen Deutschland und asiatischen Staaten laut der Ergebnisse Hofstedes größer als zu europäischen aus.²⁶

Kosten aus sprachlicher Hinsicht resultieren zum einen aus individuellen Faktoren (bspw. persönliche Fähigkeiten des Einzelnen zum Erlernen einer Fremdsprache) und zum anderen aus den Rahmenbedingungen im Herkunftsland. So verringern sich bspw. die Kosten einer Migration, wenn die nach Deutschland zuwandernden Menschen bereits Deutsch sprechen, weil Deutsch Teil der schulischen Ausbildung gewesen ist. Dabei wird Deutsch verhältnismäßig selten als Fremdsprache in potenziellen Herkunftsländern unterrichtet – in der Regel dominiert Englisch. Auch in den mittel- und osteuropäischen Ländern sind mittlerweile Tendenzen erkennbar, dass Schüler zunehmend nicht mehr Deutsch, sondern Englisch als Fremdsprache lernen. Zusätzlich beeinflusst die jeweilige Muttersprache der Migranten das Erlernen der deutschen Sprache. Deutschlernen fällt umso schwerer, je unterschiedlicher ihre Muttersprache zum Deutschen ist.²⁷ Diese „Sprachdistanz“ fällt für die jeweiligen Herkunftsregionen höchst unterschiedlich aus und ist zwischen

²⁴ Siehe bspw. Carrington et al. (1996), Esser (2006), Massey et al. (1993).

²⁵ Hofstede et al. (2010).

²⁶ Es handelt sich um eine stark generalisierte Aussage. Für eine fundiertere Betrachtung müssten die unterschiedlichen Kulturdimensionen Hofstedes für einzelne Länder analysiert werden. Selbst dann würde es sich jedoch um Erkenntnisse auf einer Makroebene handeln. Unberücksichtigt bleibt die Tatsache, dass der Einzelne sich nicht zwangsläufig seiner Kultur gegenüber konform verhält.

²⁷ Isphording und Otten (2011).

Deutschland und asiatischen Staaten meist größer als zwischen europäischen.²⁸

In professioneller Hinsicht hat die deutsche Pflege im internationalen Vergleich eine Sonderstellung. Im Ausland ist Pflege in aller Regel eine akademische Ausbildung mit einem einerseits höheren theoretischen aber andererseits häufig geringeren praktischen Anteil. Derzeit entscheiden bei der Anerkennung im außereuropäischen Ausland erworbener Abschlüsse die zuständigen Behörden (i. d. R. die Regierungspräsidien) im Einzelfall; d. h. sämtliche Zertifikate, Zeugnisse und weitere Leistungsnachweise werden bei jedem Antragsteller den in Deutschland üblichen Inhalten einer Pflegeausbildung gegenüber gestellt. Im EU-Ausland erworbene Ausbildungsabschlüsse in der Krankenpflege können automatisch nach der Richtlinie 2005/36/EG anerkannt werden.

Kosten einer Zuwanderung nach Deutschland fallen unter kulturellen, sprachlichen und fachlichen Gesichtspunkten i. d. R. für EU-Staatsangehörige geringer als für außereuropäische Migranten aus.

Wesentliche Erkenntnisse (siehe auch weiterführende Hinweise im Anhang in Kapitel 6.1)

Zusammengefasst ergeben sich für die ausgewählten Länder und Regionen folgende Bewertungen:

- *Südeuropa* (Griechenland, Italien, Portugal, Spanien): Die aktuelle Unterstützung von politischer Seite für die Zuwanderung von Pflegekräften aus Südeuropa ist hoch, die zuwanderungsrechtlichen Hürden sind gering. Weitere Argumente für eine vermehrte Beschäftigung sind verhältnismäßig viele bereits in Deutschland ansässige südeuropäische Staatsangehörige und relativ geringe Kosten aus kultureller, fachlicher und sprachlicher Sicht. Mittel- und langfristig ist allerdings damit zu rechnen, dass insbesondere aufgrund der demografischen Situation Potenziale einer Zuwanderung aus Südeuropa nach Deutschland abnehmen. Der Bedarf an Pflegekräften steigt in den südeuropäischen Ländern ähnlich stark wie in Deutschland an.

Rückschlüsse hinsichtlich der weiteren Zuwanderung aus Südeuropa können auch aus kürzlich intensivierten Aktivitäten zur Gewinnung von Pflegekräften, insbesondere aus Griechenland, Portugal und Spanien, gezogen werden. Einige Einrichtungen haben positive Erfahrungen gesammelt und zeigen sich sehr zufrieden. Andere schildern von großen Problemen beim Deutschlernen und der beruflichen Eingliederung.

Bei spanischen Pflegekräften wird davon berichtet, dass sie sich häufig bei einer Tätigkeit in der Altenpflege unterfordert fühlen. Ten-

²⁸ Exemplarisch eine Ausnahme: Die sprachliche Distanz zwischen Deutsch und Hindi ist geringer als jene zwischen Deutsch und Polnisch ebd.

denziell ergeben sich Hinweise, dass spanische Pflegekräfte aufgrund ihrer beruflichen Sozialisierung in Spanien (akademische, rein medizinische Ausbildung) in Krankenhäusern zufriedener sind und dann seltener wieder in die Heimat zurückkehren als bei einer Tätigkeit in Altenheimen.

Insgesamt werden kurzfristig große Potenziale einer Zuwanderung von Pflegekräften aus Südeuropa gesehen, langfristig geringe.

- *Mittel- und Osteuropa* (Bosnien-Herzegowina, Kroatien, Polen, Rumänien, Russische Föderation): Die Bewertung gleicht jener für Südeuropa. Individuelle Einkommenszuwächse fallen bei einer Zuwanderung nach Deutschland für Staatsangehörige aus den mittel- und osteuropäischen Staaten allerdings größer als für südeuropäische aus, während aktuell weniger Projekte in der Pflege auf politische Initiative durchgeführt werden. Zudem sind der Zuwanderung nach Deutschland aufgrund der geringen Gesamtzahl an Pflegekräften in kleinen mittel- und osteuropäischen Staaten (insbesondere Bosnien-Herzegowina, Kroatien) Grenzen gesetzt.

Zusätzlich haben sich Migrationsbewegungen von mittel- und osteuropäischen Staatsangehörigen in den letzten Jahren verändert. Vor allem polnische Staatsangehörige zieht es vermehrt ins englischsprachige Ausland (insbesondere Großbritannien).

Die Gesamtbewertung einer Zuwanderung nach Deutschland fällt für Mittel- und Osteuropa kurzfristig neutral aus sowie mittel- und langfristig eher negativ.

- *Vorderasien* (Türkei): Die betrachteten Indikatoren fallen für die Türkei positiv aus. Hervorzuheben sind insbesondere die hohe Zahl bereits in Deutschland lebender türkischer Staatsangehöriger und die demografische Entwicklung mit einem großen und weiter anwachsenden Erwerbspersonenpotenzial. In Deutschland lebende türkische Staatsangehörige sind in der Pflege allerdings unterrepräsentiert.²⁹ Statt auf die Neuzuwanderung von Pflegekräften aus der Türkei zu setzen, könnten Bemühungen zielführender sein, mehr bereits in Deutschland lebende türkische Staatsangehörige für eine Tätigkeit in der Pflege zu gewinnen – insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Gastarbeiter der ersten Generation mit türkischen Wurzeln zunehmend die Altersklassen mit der höchsten Pflegewahrscheinlichkeit erreichen.

Sowohl kurz- als auch längerfristig fällt eine Tendenz für die Zuwanderung von Pflegekräften aus der Türkei schwer.

- *Südostasien* (Philippinen, Vietnam): Die Kosten einer Zuwanderung werden aus südostasiatischen Staaten als hoch bewertet. Andere Faktoren sprechen allerdings für einen größeren Zuzug von Pflege-

²⁹ Unter 1.000 türkischen Staatsangehörigen sind lediglich sechs Pflegekräfte vertreten. Zum Vergleich: Philippiner sind in Deutschland gut 8 Mal häufiger als Pflegekraft tätig, Kroaten 4,5 Mal so oft.

kräften aus den Philippinen und Vietnam; zu nennen sind insbesondere die große politische Unterstützung von kürzlich initiierten Pilotprojekten und die „positive“ demografische Entwicklung (v. a. großes und weiter ansteigendes Erwerbspersonenpotenzial).

Es wird kurz-, mittel- und langfristig damit gerechnet, dass mehr Pflegekräfte aus Südostasien in Deutschland tätig werden.

- *Ostasien (China):* In China ist die absolute Zahl an Pflegekräften hoch, es finden Projekte zur Gewinnung von chinesischen Pflegekräften mit politischer Unterstützung statt. Indessen ist das Erwerbspersonenpotenzial im Zuge der Ein-Kind-Politik stark rückläufig. Die chinesische Gesellschaft altert rapide und hat einen immens ansteigenden medizinisch-pflegerischen Versorgungsbedarf.

Kurzfristig ist davon auszugehen, dass mehr chinesische Pflegekräfte in Deutschland tätig werden. Die mittel- und langfristige Prognose ist aufgrund der demografischen Entwicklung in China negativ.

- *Südostasien (Indien):* Mögliche Einkommenszuwächse und vor allem die demografische Entwicklung sprechen für eine vermehrte Zuwanderung indischer Pflegekräfte. Weltweit steigt in keinem anderen Land die Anzahl an Menschen im erwerbsfähigen Alter absolut so stark wie in Indien an. Indien wird jedoch von der WHO als Land mit einem kritischen Mangel an Gesundheitsfachkräften geführt, was der „direkten Rekrutierung“ von indischen Pflegekräften einen Riegel vorschiebt.

Auf kurze Sicht werden aufgrund zuwanderungsrechtlicher Restriktionen nur einzelne indische Pflegekräfte nach Deutschland zuwandern werden. Unter der Voraussetzung, dass sich der Umgang mit dem WHO-Code verändert oder falls Indien auf einer neuen Version der WHO-Liste nicht länger vertreten sein wird, werden mittel- und langfristig große Potenziale einer Zuwanderung indischer Pflegekräfte gesehen.

- *Nordafrika (Marokko, Tunesien):* Kooperationen mit Marokko und Tunesien wurden in der jüngsten Vergangenheit gestärkt, was ebenso wie mögliche Einkommenszuwächse für eine vermehrte Zuwanderung aus Nordafrika spricht. Die Ausstattung mit Pflegekräften ist allerdings ein Gegenargument, ebenso wie die Tatsache, dass die WHO Marokko einen kritischen Mangel an Gesundheitsfachkräften zuschreibt.

Kurz- und längerfristig überwiegen weder fördernde noch hemmende Faktoren einer Zuwanderung marokkanischer und tunesischer Pflegekräfte nach Deutschland.

In der folgenden Übersicht werden die Ergebnisse zusammengefasst, wobei „+“ einer positiven Wertung entspricht und „-“ einer negativen. Bei einer neutralen Bewertung („O“) fiel eine eindeutige Aussage schwer, weil weder

fördernde noch hemmende Faktoren stark ins Gewicht gefallen sind bzw. sich ausgeglichen haben.

Tabelle 6: Bewertung unterschiedlicher Herkunftsregionen hinsichtlich fördernder und hemmender Faktoren einer Zuwanderung nach Deutschland in der Pflege.

Region	Kriterien							Gesamt kurzfr.	Gesamt langfr.
	Politik	Recht	Diasp.	DEM	PK	EK	K		
Südeuropa (GRE, I, P, ESP)	+	+	+	-	0	-	+	+	-
Mittel- und Osteuropa (BIH, CRO, PL, RS, RUM, RUS)	0	+	+	-	-	0	+	0	-
Vorderasien (Türkei)	0	0	+	+	0	0	0	0	0
Südostasien (PHIL, VNM)	+	0	0	+	0	+	-	+	+
Ostasien (China)	+	0	0	-	0	+	-	+	-
Südasien (Indien)	0	-	0	+	0	+	-	-	+
Nordafrika (Marokko, Tunesien)	+	-	0	0	-	+	0	0	0

Abkürzungen:

Politik = Unterstützung von politischer Seite bzw. Pilotprojekte mit den Herkunftsregionen; Recht = Zuwanderungsrechtliche Voraussetzungen; Diasp. = Größe der in Deutschland bereits ansässigen ausländischen Gemeinschaften; DEM = demografische Entwicklung im Herkunftsland; PK = Ausstattung mit Pflegekräften im Herkunftsland; EK = Individuell erzielbare Einkommenszuwächse; K = Kosten einer Zuwanderung aus kultureller, sprachlicher und fachlicher Hinsicht.

Gesamt kurzfr. = Gesamtbewertung aus kurzfristiger Sicht; Gesamt langfr. = Gesamtbewertung aus mittel- und langfristiger Sicht.

Länderkürzel:

GRE = Griechenland; I = Italien; P = Portugal; ESP = Spanien; BIH = Bosnien und Herzegowina; CRO =Kroatien; PL =Polen; RS = Serbien; RUM = Rumänien; RUS = Russland; PHIL =Philippinen; VNM =Vietnam.

Quelle: Eigene Darstellung.

3 Erkenntnisse aus Interviews und Workshop

Im folgenden Kapitel 3 werden unterschiedliche Herausforderungen und Chancen der Tätigkeit ausländischer Pflegekräfte (*Abschnitt 3.1*) sowie Lösungen und Best-Practice für ihre gute Leitung, Begleitung und Beschäftigung (*Kapitel 3.2*) dargestellt. Die Erkenntnisse fußen auf Literatur- und Onlinerecherchen, insbesondere aber auf

- (A) Interviews mit Führungskräften in Krankenhäusern und Pflegeheimen mit Erfahrungen in der Anleitung/Führung ausländischer Pflegekräfte sowie
- (B) einem am 19. 03. 2014 in Berlin durchgeführten Workshop.

Insgesamt wurden 9 *Telefoninterviews* mit Führungskräften geführt (Übersicht im Anhang unter 6.2.1). Bei der Akquise wurde darauf Wert gelegt, dass...

- ... sowohl Führungskräfte aus Krankenhäusern als auch aus Pflegeheimen vertreten sind,
- ... die beschäftigenden Einrichtungen regional unterschiedlich verteilt sind,
- ... möglichst viele ausländische Pflegekräfte aus möglichst vielen Kulturkreisen in den jeweiligen Einrichtungen beschäftigt sind,
- ... sich die Einrichtungen in unterschiedlicher Trägerschaft befinden (privat, kommunal, freigemeinnützig) und
- ... die jeweiligen Interviewpartner möglichst große Erfahrungen in der Anleitung/Führung ausländischer Pflegekräfte gesammelt haben.

Die Interviews waren semistrukturiert bzw. teilstandardisiert, d. h. weitgehend offene Gespräche wurden auf der Grundlage eines zuvor entwickelten Leitfadens geführt. Der Leitfaden (im Anhang unter 6.2.2) war eine Orientierungs- und Erinnerungshilfe für den Interviewer und beinhaltete die folgenden Themengebiete:

- Beschäftigungssituation ausländischer Pflegekräfte
- Herausforderungen in der Führung/Anleitung ausländischer Pflegekräfte
- Maßnahmen/Strategien im Allgemeinen
- Herausforderungen in Bezug auf Arbeits-, Gesundheitsschutz und Prävention
- Maßnahmen in Bezug auf Arbeits-, Gesundheitsschutz und Prävention

Die Interviews wurden mit einem Diktiergerät aufgezeichnet und im Anschluss als Grundlage der Auswertung transkribiert.

Beim *Workshop* wurden wesentliche Inhalte, insbesondere Hinweise zur Führung und Anleitung ausländischer Pflegekräfte und auf Best Practice, in

einem Protokoll zusammengefasst (im Anhang unter Kap. 6.3.3). Die Rückmeldungen aus Workshop und Interviews werden im Folgenden dargestellt.

3.1 Herausforderungen & Chancen der Tätigkeit ausländischer Pflegekräfte

In den Interviews und im Workshop wurden unterschiedliche Herausforderungen und Chancen der Tätigkeit ausländischer Pflegekräfte in deutschen Pflegeheimen und Krankenhäusern genannt, und zwar in den in diesem Kapitel näher erörterten Bereichen...

- (1) Sprache,
- (2) Kultur,
- (3) Fachliches/Arbeitsalltag sowie
- (4) Leitung und Führung.

3.1.1 Sprache

Mangelnde Deutschkenntnisse wurden als größte Herausforderung in den ersten Monaten einer Tätigkeit ausländischer Pflegekräfte genannt, exemplarisch verdeutlicht mit dem folgenden Zitat:

„Die schwierigste Hürde ist sicherlich die Sprachkompetenz.“ (Interview 1)

Ausländische Pflegekräfte mit eingeschränkten Deutschkenntnissen...

- ... können während ihrer Tätigkeit häufig nicht ausdrücken, was sie sagen möchten,
- ... verstehen nicht immer alles, was ihnen Kollegen, Praxisanleiter oder Vorgesetzte sagen,
- ... sind in der Kommunikation mit Pflegebedürftigen/Patienten eingeschränkt.

Von Herausforderungen wurde häufiger bei der mündlichen Kommunikation berichtet, bei südostasiatischen Pflegekräften bzgl. der Aussprache/ Phonetik und weniger hinsichtlich des schriftlichen Deutsch („Das Schriftbild unserer ausländischen Schüler ist besser als das vieler deutscher.“). Verständnisprobleme sind dann größer, wenn die ausländischen Pflegekräfte in Regionen mit ausgeprägtem Dialekt tätig sind. Lernfortschritte fallen langsamer aus, wenn ausländische Pflegekräfte nicht nur auf Deutsch, sondern regelmäßig weiterhin in der eigenen Muttersprache kommunizieren; bspw. dann, wenn sie während einer Schicht gemeinsam mit anderen ausländischen Pflegekräften derselben Herkunft eingesetzt sind.

Die fachsprachlichen Kenntnisse ausländischer Pflegekräfte reichen laut der Rückmeldungen zu Beginn ihrer Tätigkeit oft nicht aus. Selbst mit einer anerkannten allgemeinen Sprachkompetenz (B1 / B2) ergeben sich teilweise große Herausforderungen; bspw. bei der Pflegedokumentation mit der Wahl des richtigen Fachvokabulars.

Sprachliche Defizite wirken sich negativ auf den Lernerfolg bei der Vermittlung von Arbeits-, Gesundheitsschutz und Prävention aus. Ausländische Pflegekräfte mit eingeschränkten Deutschkenntnissen können Vorgesetzte und Sicherheitsbeauftragte schlechter als deutsche verstehen und haben größere Probleme damit, in Schulungen, Fortbildungen o. ä. dem Stoff zu folgen.

Positiv hervorzuheben ist, dass ausländische Pflegekräfte Brücken zu Pflegebedürftigen/Kunden derselben Herkunft schlagen. Als Vermittler zwischen den Kulturen und Dolmetscher finden sie ggf. einen besseren Zugang zu ausländischen Patienten und Pflegebedürftigen als deutsche.

3.1.2 Kultur

Das Thema Sprache gilt derzeit, wie im letzten Kapitel 3.1.1 verdeutlicht, als größte Herausforderung der Beschäftigung ausländischer Pflegekräfte. Im Laufe eines Deutschlandaufenthaltes, und somit im Zuge des Erwerbs besserer Deutschkenntnisse, rücken allerdings kulturelle Fragestellungen stärker in den Vordergrund. So äußern sich kulturelle Unterschiede laut Hofstede durch verschiedene (1) Symbole, (2) Idole, (3) Rituale und (4) Werte, wobei Letztgenannte am stärksten verankert sind und damit sehr stabil gegenüber äußeren Einflüssen. Auch nach einem längeren Aufenthalt in Deutschland bleiben die während der frühen Kindheit verankerten Werte im Ausland sozialisierter Pflegekräfte somit in weiten Teilen erhalten.

In den Interviews und dem Workshop wurde im Allgemeinen von den folgenden kulturellen Besonderheiten bei ausländischen Pflegekräften berichtet:³⁰

- Ausländische Pflegekräfte haben häufig ein anderes Verständnis von Hierarchien als deutsche. So sind bspw. in Asien hierarchische Verhältnisse stärker als in Deutschland ausgeprägt. Im Arbeitsalltag macht sich dies an einer größeren „Ehrfurcht“ gegenüber Vorgesetzten deutlich.
- Teilweise unterscheidet sich der Kommunikationsstil ausländischer Pflegekräfte, bspw. in der Dimension direkte/indirekte Sprache. So wurde exemplarisch davon berichtet, dass osteuropäische Pflegekräfte anfangs auf die direkte Art von Deutschen irritiert reagieren. Insbesondere Pflegekräfte aus Asien neigen stärker als deutsche zum „Ja-Sagen“. Sie äußern häufiger, Anweisungen verstanden zu haben, obwohl dem nicht so ist.
- Ausländische Pflegekräfte sind sehr motiviert, alles richtig zu machen, haben teilweise größere Angst vor Fehlern als deutsche.
- Der unterschiedliche Umgang mit Zeit bzw. ein anderes Zeitempfinden kann zu Beginn Unverständnis zur Folge haben. Ausländische Pflegekräfte empfinden das Arbeitstempo in deutschen Einrichtungen

³⁰ Die meisten genannten Herausforderungen beziehen sich auf Erfahrungen mit der Tätigkeit vietnamesischer Schüler. Die kulturelle Distanz zwischen Asien und Deutschland gilt im Allgemeinen als größer als jene zu europäischen Staaten, wie im letzten Kapitel herausgestellt.

teilweise als sehr schnell. Sie nehmen den Arbeitsalltag als „hektisch“ wahr, bedingt durch den hohen Zeitdruck.

- Die Distanzzonen vieler ausländischer Pflegekräfte sind kleiner und einige suchen häufiger Körperkontakt. Deutsche kommen sich bei der Kommunikation nicht so nahe. Ausländische Pflegekräfte verletzen im Arbeitsalltag deshalb ggf. die „intime Distanzzone“, zu welcher normalerweise nur Familienangehörige oder enge Freunde zugelassen werden. Deutsche Arbeitskollegen empfinden dies u. U. als unangenehm. In der Pflege von bspw. kognitiv eingeschränkten Patienten können kleinere Distanzzonen und Körperkontakt, wie bspw. eine liebevolle Umarmung, allerdings positiv sein („basale Stimulation“).
- Ausländische Pflegekräfte pflegen andere Rituale, bspw. im Umgang mit Sterben und Tod, und empfinden ggf. größere Scham mit der Intimpflege (trifft insbesondere auf muslimische Pflegekräfte zu, aber laut der Rückmeldungen teilweise auch auf asiatischstämmige Buddhisten).
- Im Umgang mit Pflegebedürftigen werden asiatische Pflegekräfte als sehr herzlich und fürsorglich empfunden. Ausländische Pflegekräfte sind teilweise bestrebt, sich mehr Zeit für Pflegebedürftige und Patienten zu nehmen.

In den Bereichen Arbeits-, Gesundheitsschutz und Prävention spielt darüber hinaus u. a. das Ausmaß an „Unsicherheitsvermeidung“ in kultureller Hinsicht eine Rolle. Die Unsicherheitsvermeidung spiegelt wider, inwiefern in einer Gesellschaft Menschen dazu neigen, unklare oder unsichere Situationen als bedrohlich zu empfinden und diese möglichst zu vermeiden. Individuen streben bei ausgeprägter Unsicherheitsvermeidung stark nach Regeln und Strukturen. So werden in Deutschland, einem Land mit verhältnismäßig großer Tendenz zur Unsicherheitsvermeidung, Risiken durch ein umfassendes Versicherungssystem abgedeckt. Der Schluss liegt nahe, dass Menschen aus anderen Regionen mit einer geringeren Ausprägung an Unsicherheitsvermeidung für Arbeits-, Gesundheitsschutz und Prävention weniger sensibilisiert sind.³¹ In der folgenden werden deshalb für ausgewählte Herkunftsregionen Unterschiede zu der in Deutschland üblichen Unsicherheitsvermeidung herausgestellt. Im weltweiten Ländervergleich meint dabei ein Wert von „1“ die kleinst mögliche Ausprägung an Unsicherheitsvermeidung und „100“ die maximale.

³¹ Es handelt sich lediglich um eine Arbeitshypothese, die nicht durch Rückmeldungen aus Interviews/Workshop oder andere Studienergebnisse belegt ist.

Tabelle 7: Unterschiede zu Deutschland in Hofstedes Kulturdimension „Unsicherheitsvermeidung“

	Deutschland	Südeuropa	MOE	Türkei	Südostasien	China	Indien	Nordafrika
<i>Ausprägung</i>	65	94	90	85	37	30	40	68
<i>Differenz Deutschland</i>	-	+29	+25	+20	-28	-35	-25	+3

Abkürzung: MOE = Mittel- und Osteuropa, Quelle: Eigene Darstellung.

Das Ausmaß an Unsicherheitsvermeidung ist in asiatischen Staaten deutlich geringer als in Deutschland. Legt man die Ergebnisse Hofstedes zugrunde, ist damit zu rechnen, dass asiatische Pflegekräfte besonders für Strategien zur Vermeidung von unsicheren Situationen im Arbeitsalltag sensibilisiert werden müssen und somit in den Bereichen Arbeits-, Gesundheitsschutz und Prävention intensiv geschult werden sollten.

Auch in den Interviews und im Workshop wurde davon berichtet, dass die kulturelle Sozialisierung das Verständnis und Einstellungen zu Arbeits-, Gesundheitsschutz und Prävention beeinflusst. Exemplarisch wurde darauf aufmerksam gemacht, dass in Mazedonien Anstalten für Sicherheitskontrollen weniger als in Deutschland verbreitet sind („In Mazedonien gibt es keinen TÜV“) und deshalb ein anderer, „lockerer“ Umgang mit arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren herrscht.

3.1.3 Fachliches und Arbeitsalltag

Fachliche Fragestellungen resultieren zunächst aus der unterschiedlichen beruflichen Sozialisierung im Ausland. Ausländische Pflegekräfte, die bereits im Ausland in der Pflege tätig gewesen sind bzw. ihre Ausbildung im Ausland absolvierten, haben in aller Regel einen *akademischen Abschluss*. Pflege ist nur in wenigen anderen Ländern außer Deutschland ein Ausbildungsberuf. Wie bereits in der Diskussion um potenzielle Herkunftsländer (siehe *Tabelle 6*) verdeutlicht, besteht deshalb die Gefahr, dass sich in Deutschland tätige ausländische Pflegekräfte unterfordert fühlen - ihrem beruflichen Selbstverständnis entsprechend üben sie eine hochqualifizierte „medizinische“ Tätigkeit aus, dem bspw. aufgrund des hohen Anteils an grundpflegerischen Aufgaben nicht immer entsprochen wird (siehe ausführlicher im nächsten Absatz). Diese Problematik haben Interviewpartner insbesondere in Bezug auf spanische Pflegekräfte bestätigt.

In der Altenpflege ergeben sich bei der Beschäftigung ausländischer Pflegekräfte besondere Herausforderungen. Nur in wenigen Ländern weltweit gibt es eine grundständige Altenpflegeausbildung. Ausländische Pflegekräfte sind deshalb in aller Regel ausschließlich in der Krankenpflege sozialisiert. Sie verfügen zwar meist über fundiertes medizinisches Know-how, das auch in der deutschen Pflege wichtig ist und von Vertretern aus Krankenhäusern und Pflegeheimen positiv hervorgehoben wird. Indessen mangelt es an *grundpflegerischen* Kenntnissen und praktischen Erfahrungen in diesem Bereich. Direkte Pflege wird in vielen Ländern nicht durch Pflegefachkräfte, sondern

Hilfspersonal oder Familienangehörige übernommen. Im Vietnam-Projekt des Bundeswirtschaftsministeriums, bei dem 100 vietnamesische Pflegekräfte eine auf zwei Jahre verkürzte Altenpflegeausbildung in Deutschland absolvieren, haben sich die grundpflegerischen Vorkenntnisse, trotz einer bereits absolvierten mindestens 3-jährigen Ausbildung in Vietnam, als nicht ausreichend für einen direkten Einstieg ins zweite Ausbildungsjahr herausgestellt. Praktische Tätigkeiten, wie Körperpflege oder Ankleiden, wurden zu Beginn an einigen Standorten nicht zufriedenstellend bewältigt. Die vietnamesischen Schüler haben diesbezüglich großen Nachholbedarf.

Belastungen sind für ausländische Pflegekräfte zu Beginn eines Deutschlandaufenthaltes groß. Sie kommen in einem neuen beruflichen und privaten Umfeld an, getrennt von ihrer Familie und Freunden und ggf. mit eingeschränkten Deutschkenntnissen. Es kann an Informationen zum Wohnort, der genauen beruflichen Tätigkeit oder bürokratischen Angelegenheiten mangeln. Im Ausland erworbene Abschlüsse müssen anerkannt werden oder es muss eine Einarbeitung im neuen Arbeitsteam erfolgen. Gleichzeitig ist Deutsch zu lernen bzw. Sprachkenntnisse sind zu verfestigen. Das Arbeits- und Lernpensum ist dadurch immens, die psychische Beanspruchung hoch. Im Vietnamprojekt wurde durch einzelne der beteiligten Einrichtungen eine hohe Burnout-Gefahr auf Seiten der Schüler bereits nach wenigen Monaten eines Deutschlandaufenthaltes festgestellt.

Auch körperliche Belastungen können höher als für deutsche Pflegekräfte sein. Gerade Pflegekräfte aus Asien sind durchschnittlich kleiner und meist zierlicher. Für die vietnamesischen Schüler waren manche Tätigkeiten, wie bspw. das Umbetten und Lagern von schweren Pflegebedürftigen, körperlich stark beanspruchend. Hinzu kommt, dass ausländische Pflegekräfte häufig nicht mit dem sachgemäßen Gebrauch von Hilfsmitteln vertraut sind.

Die Rückmeldungen zu Vorkenntnissen ausländischer Pflegekräfte in den Bereichen Arbeits-, Gesundheitsschutz und Prävention fallen unterschiedlich aus. Exemplarisch wurde in den Interviews genannt, dass...

... spanische Pflegekräfte zwar wenige Vorkenntnisse zum rückengerechten Arbeiten haben und betriebliches Gesundheitsmanagement i. d. R. wenig bekannt ist, sie aber ein sehr ausgeprägtes Verständnis für Hygiene haben,

... Pflegekräfte aus den osteuropäischen Ländern ein geringes Basiswissen im Bereich Hygiene mitbringen und bei der Versorgung von MRSA-Patienten, gleichwohl aber ein ähnliches Verständnis von Arbeits- und Gesundheitsschutz wie deutsche Mitarbeiter haben.

Insgesamt hat sich herausgestellt, dass Verallgemeinerungen schwierig sind. Ausländische Pflegekräfte bringen in den Bereichen Arbeits-, Gesundheitsschutz und Prävention individuelle Vorkenntnisse mit und haben Kenntnisdefizite in diversen, nicht verallgemeinerbaren Bereichen.

3.1.4 Leitung/Führung

Für Praxisanleiter, Sicherheitsbeauftragte und weitere Leitungskräfte ergibt sich in der Führung und Begleitung ausländischer Pflegekräfte besonderer Betreuungsbedarf in den Punkten (A) Kultur, (B) Kommunikation und (C) Vermittlung pflegerischer Kenntnisse. Insgesamt müssen Leitungskräfte einen respektvollen und wertschätzenden Umgang prägen. Hierzu müssen sie für den unterschiedlichen kulturellen Hintergrund sensibilisiert sein und von der „Norm abweichendes“ Verhalten richtig zuordnen können. Mitarbeiter mit Führungsverantwortung müssen gut einschätzen, inwiefern etwas gänzlich verstanden worden ist, auch wenn aus Scheu keine direkten Rückfragen gestellt werden. Zu Beginn der Tätigkeit ausländischer Pflegekräfte müssen ggf. Erklärungen langsamer und deutlicher gegeben sowie Sachverhalte häufiger wiederholt werden, um Verständnisprobleme zu vermeiden. Geduldiges Zuhören ist wichtig, damit sich die ausländischen Pflegekräfte ernst genommen fühlen und Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten entwickeln. Für die Kommunikation mit ausländischen Mitarbeitern ist deshalb mehr Zeit einzuplanen als für die mit deutschen Kollegen.

„Eine gewisse Offenheit, Interesse für die andere Kultur, außerdem ein Verantwortungsbewusstsein und ein Bewusstsein dafür, dass das eine besondere Gruppe [...] ist, die vielleicht für vieles etwas mehr Zeit braucht.“
(Interview 8)

„Wenn ich deutsche Kollegen habe, die nicht mit mir sprechen, weil sie glauben ich verstehe sie nicht, werde ich nie richtig Deutsch lernen. [...] Ich möchte hier bleiben, leben und muss verstehen – wer kann mir besser als die Deutschen etwas erklären und sagen?“ (Workshop)

Für eine gelingende Kommunikation ist es auch wichtig, dass Leitungskräfte den eigenen Führungsstil reflektieren. Pflegekräfte, die aus ihrem Heimatland hierarchische Strukturen gewohnt sind (bspw. aus Asien), können sich von höherer Eigenverantwortung und großer Selbständigkeit überfordert fühlen und erwarten eher, autoritär geführt zu werden. Hierzu zählt bspw. eine größere Kontrolle der ausgeübten Tätigkeiten.

Leitungskräfte müssen auch abwägen, inwiefern sie ausländischen Pflegekräften anders Lob, Anerkennung und Kritik geben. In den Interviews stellte sich bspw. heraus, dass für asiatische Pflegekräfte viel Zuspruch und regelmäßige anerkennende Worte von Seiten der Leitungsebene wichtig sind.

Auch in der Führung des Stammpersonals ergeben sich durch die Beschäftigung ausländischer Mitarbeiter Veränderungen: Die übrigen Pflegekräfte sind für den kulturellen Hintergrund und die besonderen Bedürfnisse der neuen Kollegen zu sensibilisieren. Leitungskräfte müssen mögliche Vorbehalte und Skepsis unter deutschen Kollegen erkennen und nach Möglichkeit ausräumen.

„Der eine geht da sehr offen damit um, der andere beäugt das sehr kritisch, der Dritte kämpft richtig dagegen. [...] Da ist es eben sehr wichtig, dass die Stationsleitungen, die Pflegedienstleitungen, das dann auffangen und gut begleiten.“ (Interview 6)

Die Leitung und Führung ausländischer Pflegekräfte umfasst stärker den gesamten Menschen mit allen Facetten: Informationsdefizite, fehlende Kontakte und Unsicherheit können auch für den privaten Bereich Unterstützung erfordern. Die persönliche Begleitung ausländischer Pflegekräfte setzt sich dann für viele Führungskräfte in der Freizeit fort – ein Aspekt, der wiederum mit steigender Belastung bei den Führungskräften einhergehen kann.

Insgesamt ergibt sich aus den Besonderheiten bei der Anleitung und Führung ausländischer Pflegekräfte ein deutlich höherer Betreuungsaufwand als für deutsche Mitarbeiter. Den zusätzlichen Aufwand müssen Führungskräfte häufig alleine schultern – durch den Fachkräftemangel und eingeschränkte finanzielle Ressourcen fällt es vielen Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern schwer, zusätzliches Personal für die Betreuung ausländischer Pflegekräfte zu beschäftigen.

3.2 Lösungen und Best-Practice

Im Folgenden werden für die Bewältigung der oben genannten Herausforderungen ausländischer Pflegekräfte sinnvollerweise zu ergreifende Maßnahmen skizziert und recherchierte Best-Practice vorgestellt. Zugeordnet werden die Maßnahmen nach solchen zur...

- ... privaten und beruflichen Integration,
- ... sprachlichen Begleitung,
- ... Vermittlung fachlichen Know-hows und
- ... Personalentwicklung und Gesundheitsförderung.

Die vorgestellten Best-Practice sind Einzelfallbeispiele und werden in den meisten Krankenhäusern und Pflegeheimen noch nicht umgesetzt. Häufig werden ausländische Pflegekräfte individuell begleitet und eingearbeitet - ein systematisches und umfassendes Diversity- und Integrationsmanagement findet in den meisten Einrichtungen nicht statt.

Private und berufliche Integration

Wie im letzten Kapitel 3.1 dargestellt, ist der Unterstützungsbedarf aufgrund von Informations- und Sprachdefiziten sowie fehlender sozialer Kontakte insbesondere in der ersten Zeit in Deutschland groß. Für die Erstintegration haben sich in der Praxis eine intensive persönliche Begleitung und interkulturelle Trainings als zielführend herausgestellt.

Eine *persönliche Unterstützung* ist vor dem Beginn von Ausbildung, Tätigkeit oder Anerkennungskursen für einen ersten Überblick im neuen Umfeld und

die Erledigung organisatorischer und bürokratischer Angelegenheiten wichtig. Derzeit wird die persönliche Unterstützung anfangs im Einzelfall durch Pflegeeinrichtungen, Krankenhäuser und Personalvermittler organisiert. Eine Ausnahme ist das Vietnamprojekt, bei dem an unterschiedlichen Projektstandorten für neu nach Deutschland kommende vietnamesische Pflegekräfte systematisch *Einführungstage* durch die GIZ durchgeführt wurden.

Einführungstage im Projekt „Fachkräftegewinnung für die Pflegewirtschaft“ (Vietnam)

Für die 100 Projektteilnehmer fanden an allen Standorten in Baden-Württemberg, Bayern, Berlin und Niedersachsen ein- bis zweiwöchige Einführungstage vor dem Beginn der Altenpflegeausbildung mit den folgenden Inhalten statt:

- Abholung vom Flughafen, Begrüßung und Begleitung zur Unterkunft.
- Gemeinsame Anmeldung beim Einwohnermeldeamt.
- Kennenlernen des Arbeitgebers: Führung, Begrüßungen.
- Einführung zum Leben am Standort: z.B. Stadtrundgang (Wo befinden sich Supermärkte, Behörden, Banken, Post,...?), Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel.
- Informationen zu Geld, den Preisen, der Kommunikation (Telefon, Internet), zu ärztlicher und gesundheitlicher Vorsorge.
- Begleitung beim Abschluss wichtiger Versicherungen (v.a. Krankenversicherung) und bei der Eröffnung eines Bankkontos.
- Begleitete Freizeitaktivitäten in der Gruppe (z. B. Ausflüge, Einkaufen und Kochen)
- Treffen mit Angehörigen der Gemeinschaft des Heimatlandes vor Ort

In Interviews und Befragungen wurden die Einführungstage im Rahmen des Vietnamprojektes als sehr wichtig für eine gute und „sanfte“ Eingliederung in das neue Umfeld bezeichnet.

Nach den ersten Wochen in Deutschland ist der Integrationsprozess noch nicht abgeschlossen. Ausländische Pflegekräfte sind weiter privat zu begleiten. Die Eingliederung in das neue Umfeld braucht Zeit. Zudem muss die berufliche Integration erfolgen. Die ausländischen Pflegekräfte sind mit ihrem Arbeitsplatz und Kollegen intensiver vertraut zu machen, sie müssen fachlich angeleitet werden. Zwar muss eine Einarbeitung auch bei neu eingestellten deutschen Pflegekräften stattfinden, diese ist aber bei ausländischen Pflegekräften durch sprachliche, kulturelle und fachliche Barrieren deutlich aufwendiger.

Die intensive persönliche Begleitung durch festes Betreuungspersonal hat sich als besonders erfolgversprechend bei der beruflichen und privaten Integration in Deutschland herausgestellt. Diese häufig auch „*Mentoren*“ genannten Mitarbeiter engagieren sich i. d. R. neben ihrer regulären Tätigkeit für neu nach Deutschland kommende ausländische Pflegekräfte. Einige große, umsatzstarke Unternehmen mit einer hohen Zahl an ausländischen Pflegekräften einer bestimmten Nationalität beschäftigen auch hauptamtliche Mitarbeiter für die berufliche und private Begleitung, wie das folgende Fallbeispiel zeigt.

Integrationsbeauftragte bei der AGAPLESION gAG

Die AGAPLESION gAG hat an seinen Standorten ein einrichtungsübergreifendes Konzept zur Gewinnung und Integration von ausländischen Pflegefachkräften umgesetzt (insbesondere aus Griechenland, Spanien, Ungarn und Rumänien). Die Integration umfasst u. a. die Betreuung durch so genannte Integrationsbeauftragte. Nach Möglichkeit stehen die Integrationsbeauftragten den ausländischen Pflegekräften in ihrer Muttersprache zur Seite. Sie organisieren die Anreise, nehmen die ausländischen Pflegekräfte nach Ankunft in Deutschland in Empfang, sind für deren Anmeldung bei bspw. Deutschkursen verantwortlich und begleiten sie bei Behördengängen. Insofern übernehmen sie die oben ausführlicher beschriebene Erstintegration ausländischer Mitarbeiter bei AGAPLESION. Auch während der weiteren Eingewöhnung, insbesondere im ersten Jahr, sind die Integrationsbeauftragten feste Ansprechpartner für die ausländischen Pflegekräfte sowie die zuständigen Stationsleitungen und die Krankenhausdirektion.

Eine möglichst individuelle und umfassende Betreuung zahlt sich laut der Rückmeldungen in Interviews und Workshop meist aus. Die Bindung ausländischer Pflegekräfte an jene Unternehmen wird erhöht, Standortvorteile können realisiert werden.

„Obwohl [der Träger] klein und von Freiburg ein Stück entfernt ist, bleiben die Leute wegen der individuellen Betreuung.“ (Workshop)

Viele neu nach Deutschland zuwandernde ausländische Pflegekräfte werden bis zur Anerkennung ihres im Ausland erworbenen Abschlusses als Pflegehilfskräfte tätig. Möglicherweise vorhandene Kenntnisdefizite in der Grundpflege sollen meist durch „learning on the job“ ausgeglichen werden. Ansonsten kommen bei der *fachlichen Einarbeitung* in der Regel die gleichen Konzepte wie für deutsche Mitarbeiter zum Einsatz.

„Wir arbeiten grundsätzlich bei neuen Mitarbeitern mit einem Einführungskonzept. Das ist auch [mit den ausländischen Pflegekräften] durchgeführt worden.“ (Interview 7)

Dies betrifft auch Fortbildungen und Schulungen, u. a. zum Thema Arbeits-, Gesundheitsschutz und Prävention - die ausländischen Pflegekräfte besuchen die gleichen Veranstaltungen wie ihre deutschen Kollegen. Stattdessen wären, wenngleich aus Kostengründen für viele Einrichtungen nicht stemmbar, in vielen Fällen individuellere Lösungen gefragt, die auf die jeweiligen fachlichen und sprachlichen Vorkenntnisse zugeschnitten sind. So werden bei einem großen hessischen Träger, vertreten auf dem Workshop, in Fortbildungen und Schulungen bspw. die Integrationsbeauftragten als Muttersprachler eingesetzt, um bei Verständnisproblemen zu übersetzen. Die lebensmittelhygienische Belehrung bei einem Altenhilfeträger in Niedersachsen begleitete eine Dolmetscherin; zur Verfügung gestellt durch die mit der Durchführung des Vietnamprojektes betraute GIZ:

„Sie ist mit zum Gesundheitsamt gefahren. Dort wurde das extra so gestaltet, dass übersetzt werden konnte. Wir dachten, bei dem Vortrag verstehen [die ausländischen Pflegekräfte] sonst vermutlich gar nichts.“ (Interview 8)

Sprachliche Begleitung

In Abhängigkeit der mitgebrachten Deutschkenntnisse ist mehr oder weniger intensiver Sprachunterricht für ausländische Pflegekräfte erforderlich. Zu berücksichtigen ist, wie bereits in Kapitel 3.1 verdeutlicht, dass nicht ausschließlich auf allgemeinsprachliche Kenntnisse Wert gelegt wird, sondern in möglichst hohem Ausmaß berufsspezifische Sprache vermittelt wird. Berufsbegleitende Sprachkurse mit einem hohen Fachsprachenanteil bietet bspw. das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) an.

ESF-BAMF „Qualifikation und Weiterbildung für Personen mit Migrationshintergrund durch berufsbezogene Maßnahmen, insbesondere berufsbezogene Sprachkurse und Praktika“³²

Im Rahmen des ESF-BAMF-Programms können sich Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser berufsbegleitende Sprachkurse fördern lassen. Lehrkräfte, Räumlichkeiten und Lehrmaterial werden bei einem positiven Bescheid finanziert. Eine (teilweise) Freistellung der ausländischen Mitarbeiter von ihrer Arbeitszeit ist für eine Teilnahme an ESF-BAMF Voraussetzung. Vom BAMF bestellte Sprachkursträger sind für das pädagogische Rahmenkonzept in Abstimmung mit den beschäftigenden Arbeitgebern. Inhalte und Themen lassen sich hinsichtlich der berufsbezogenen Bedarfe der Kursteilnehmer anpassen, was die Vermittlung von Fachvokabular, die Kommunikation am Arbeitsplatz, die Vertiefung fachlicher Themen und Betriebsabläufe mit einschließt. Unterlagen und Materialien aus dem Arbeitsalltag können eingesetzt werden.

Vermittlung fachlichen Know-hows

In Recherchen sowie auf Anregung der Interviewpartner und Workshopgäste wurden eine Reihe von Hilfestellungen identifiziert, um die fachliche Anpassung von ausländischen Pflegekräften zu unterstützen und die Eingliederung in Deutschland zu erleichtern. So ist etwa *E-Learning*, bzw. elektronisch unterstütztes Lernen, eine zunehmend verbreitete Form der autodidaktischen Wissensvermittlung bzw. der Vertiefung bereits erworbenen Wissens. Es eignet sich insbesondere für ausländische Pflegekräfte, weil sich die Lerngeschwindigkeit weitgehend frei bestimmen lässt und Inhalte wiederholt aufrufbar sind. Ein erstes E-Learning Tool zur Vermittlung interkultureller Kompetenz, IKOS Care, wurde kürzlich für ausländische Pflegekräfte entwickelt.

³² weitere Informationen unter:

<http://www.bamf.de/DE/Willkommen/DeutschLernen/DeutschBeruf/deutschberuf.html>.

*IKOS Care*³³

IKOS Care vermittelt interkulturelles Basiswissen speziell für ausländische Pflegekräfte.³⁴ Das Online-Seminar ist in 13 Modulen aufgebaut, die bspw. Inhalte zum Pflegeverständnis, zu Redewendungen oder zum Thema Humor in Deutschland vermitteln. Die Module werden wochenweise freigeschaltet, so dass sich die ausländischen Mitarbeiter Selbstlernzeiten flexibel einteilen können. Das individuelle Lerntempo wird damit berücksichtigt. Gleichzeitig werden so genannte Live-Webinare angeboten, zu denen sich Teilnehmer online freischalten können um ergänzende Fragen zu stellen. Neben dem inhaltlichen Schwerpunkt wird eine Verbesserung von Grammatik, Textverständnis und Wortschatz angestrebt. Dabei werden entsprechende Situationen u. a. in Form von Videos dargestellt. Die bisher vom Anbieter gemachten Erfahrungen mit dem Schwesterprodukt IKOS Med, einem interkulturellen Online-Training für Mediziner, sind durchweg positiv.

IKOS Care und IKOS Med beinhalten keine arbeitsschutzbezogenen Inhalte. Entsprechende Module ließen sich laut Aussagen der Entwickler aber integrieren.

Schriftliches Informationsmaterial zur Vermittlung fachlichen Know-hows, das auf die besonderen Bedürfnisse ausländischer Pflegekräfte zugeschnitten ist, ist bislang kaum verbreitet. Zu den Themen Arbeitssicherheit, Gesundheitsschutz und Prävention erhalten Pflegekräfte mit eingeschränkten Deutschkenntnissen und mit einem anderen kulturellen Hintergrund die gleichen Broschüren wie deutsche. Schriftliches Material in der jeweiligen Muttersprache der Pflegekraft würde sich laut der Rückmeldungen aus Interviews und Workshop positiv auf das Verständnis arbeitsschutzbezogener Aspekte auswirken.

„Wenn es so etwas auf Englisch gäbe, wäre es schon gut, wenn es so etwas auch noch auf Spanisch gäbe, wäre es noch besser.“ (Interview 1)

Nicht nur die Übersetzung in die Muttersprachen, auch die Entwicklung von Material, das mit wenig und einfacher Sprache arbeitet, halten viele der befragten Führungskräfte für sinnvoll. Comics oder Piktogramme wurden genannt, um Anweisungen und Informationen besser nachvollziehen zu können.

„[Ich wünsche mir] Informationen mit einer Mischung aus Sprache und Piktogramm, die für möglichst viele Menschen einen klaren Zugang schaffen.“ (Interview 9)

Bildgestütztes Informationsmaterial im Bereich Arbeitsschutz und –sicherheit wird bspw. bereits durch die Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie (BG RCI) im Rahmen ihrer „Sicherheitsgespräche“ eingesetzt.

³³ Weitere Informationen unter <http://wp.kommedikus.de/interkulturelles-onlineseminar/>, <http://ikos-care.de/> und unter <http://ikos-med.net/>.

³⁴ vgl. www.ikos-care.de, Telefonat Herr Holldorf

„Sicherheitsgespräche“ der BG RCI³⁵

In großformatigen Zeichnungen werden Aspekte der jeweiligen Themenstellung (bspw. Verwendung von Sauerstoff oder Erstickungsgefahr durch Gase) dargestellt. Diese sind mit wenigen Schlagworten verknüpft. Im Anschluss bietet ein Suchbild die Möglichkeit, offensichtlich falsche Handlungen oder Sicherheitsmängel zu erkennen und damit das Gelernte zu wiederholen. Im zweiten Teil werden Zusammenhänge für den Unterweiser ausführlicher beschrieben.

Die „Sicherheitsgespräche“ adressieren nicht explizit ausländische Mitarbeiter. Zudem binden sie Personal, weil ein Unterweiser benötigt wird. Trotzdem informieren die entwickelten Unterlagen mit wenig und einfacher Sprache über relevante Sicherheitsaspekte. Sie können außerdem als Handreichung nach einer Unterweisung verteilt oder als Hinweisplakat in Geschäftsräumen aufgehängt werden.



Auch *Videos* sind für ausländische Pflegekräfte sinnvoll. Durch die Verbindung von Sprache und Visuellem, sowie die Möglichkeit, die Videos beliebig oft anzuschauen, wirken sie sich bei sprachlichen Einschränkungen positiv auf Lernfortschritte und die Vermittlung von Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz aus.

„Darstellungen mit Bildern, ein Prospekt oder ein Film sind vorstellbar. In diesen können gerade Aspekte von Arbeitssicherheit oder Hygiene gut vermittelt werden, auf verständliche Art und Weise.“ (Interview 5)

Wichtig ist in den Videos für ausländische Pflegekräfte, dass nicht der Textanteil, sondern Bilder überwiegen. Die verwendete Sprache sollte möglichst eingänglich und leicht verständlich sein. Schlagworte sind Sätzen vorzuziehen.

Mehrere Filme zum Thema Arbeits- und Gesundheitsschutz hat der Spitzenverband der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung für unterschiedliche

³⁵ © des Bildmaterials BG RCI; Quelle:
http://www.bgrci.de/fileadmin/BGRCI/Veranstaltungen/BRT_2011_BadKissingen/Sommer_SKG001.pdf.

Branchen entwickelt und stellt diese kostenlos zur Verfügung³⁶. Spezifisches Filmmaterial in der Pflege in den Bereichen Arbeitsschutz und Hygiene kann kostenpflichtig bei einzelnen Anbietern erworben werden, zum Beispiel bei der Online Akademie CampusG (www.campusg.de). Die gesichteten Videos weisen allerdings verhältnismäßig große und komplexe Text- und Sprachbeiträge auf und wären für ausländische Pflegekräfte zu vereinfachen.

Personalentwicklung und Gesundheitsförderung

Für ein besseres Verständnis kultureller Besonderheiten und die Stärkung interkultureller Kompetenz sind *interkulturelle Trainings* laut der Rückmeldung aus Interviews und Workshop eine große Hilfe, wenngleich ihre Kosten hoch sind.³⁷

„Interkulturelle Trainings finde ich sehr wichtig. Ich denke sie tragen mit ihrer interaktiven Gestaltung ein Stück dazu bei, [...] Berührungsängste zu überwinden.“ (Interview 7)

Die Bedeutung interkultureller Trainings ist nicht nur für ausländische Pflegekräfte, sondern auch und insbesondere für Führungskräfte groß. Führungskräfte müssen, wie in Kapitel 3 veranschaulicht, für den anderen kulturellen Hintergrund sensibilisiert werden, um für ausländische Pflegekräfte Verständnis aufbringen zu können.

„Wir haben noch einmal intensiv über den kulturellen Hintergrund aufgeklärt. Danach war das schon ein ganz anderes Verständnis und hat sich zum Positiven entwickelt. Das lag auch daran, dass der Hintergrund dann bekannt war: Warum verhält sich Herr XX jetzt so? Warum macht er das so?“ (Interview 5)

Inhalte der derzeit angebotenen interkulturellen Trainings sind:

- Sensibilisierung hinsichtlich kultureller Unterschiede, insbesondere in Bezug auf das Leben und Arbeiten, Kommunikation, die Sach- und Beziehungsebene, Umgangsformen, Tabus, die Lehr- und Lernkultur sowie den beruflichen Alltag in einem deutschen Pflegeheim.
- Bedeutung des Einflusses eigener und fremder kultureller Prägungen auf Wahrnehmung, Einstellungen und Interaktion.
- Umgang in Konfliktsituationen; Förderung der Ambiguitätstoleranz (kulturelle Unterschiede wahrnehmen und unerwartete Reaktionen reflektieren anstatt sie als Bedrohung zu empfinden).
- Vermittlung von Herausforderungen und Problemen mit dem Leben und Arbeiten im Ausland (bspw. „Kulturschock“) sowie Entwicklung und Einsatz von Bewältigungsstrategien/persönlichen Ressourcen.

³⁶siehe <http://www.dguv.de/de/Presse-Aktuelles/Podcasts/Video-Podcasts/index.jsp>;
www.dguv.de/de/Medien-Datenbanken/DGUV-Filme/index.jsp.

³⁷ Die Recherche ergab eine Spanne von ca. 800 EUR bis ca. 1.500 EUR je Teilnehmer für eine zweitägige Veranstaltung, wobei die Kosten für Abstellung (Arbeitsausfall), Reise und Unterkunft nicht berücksichtigt sind.

Laut der Aussagen von Teilnehmern interkultureller Trainings ist es wichtig, dass...

- ...bei ausländischen Pflegekräften aus nur einem Herkunftsland ein Trainertandem eingesetzt wird, bestehend aus einem deutschen und einem muttersprachlichen Trainer, damit (A) bei Verständnisproblemen übersetzt werden kann und (B) eine hohe Expertise zu beiden relevanten Zielkulturen vorhanden ist,
- ...die Inhalte praxisnah und anschaulich sind und
- ...auf Ängste, Bedürfnisse und Erwartungen der Teilnehmer möglichst individuell eingegangen wird.

Interkulturelle Trainings lohnen sich vor allem in den ersten Tagen nach Ankunft in Deutschland und/oder nach ungefähr drei Monaten – dem Zeitpunkt, zu dem die Anfangseuphorie verflogen ist und der „Kulturschock“ üblicherweise einsetzt. Interkulturelle Trainings sollten sich nur dann auf eine Zielkultur fokussieren, wenn ausländische Pflegekräfte in einer größeren Zahl aus einem bestimmten Herkunftsland beschäftigt werden. Ansonsten sind Trainings sinnvoller, in denen allgemeine interkulturelle Kompetenzen vermittelt werden.

Auch arbeitsschutzbezogene Aspekte ließen sich in interkulturellen Trainings thematisieren, z. B. mit den folgenden Fragen:

- Wie geht man mit den Themen Arbeitssicherheit und Prävention in unterschiedlichen Herkunftsländern um?
- Auf welche kulturellen Besonderheiten ist ein anderer Umgang zurückzuführen?
- Wie sind ausländische Pflegekräfte mit einem anderen Verständnis von Arbeits-, Gesundheitsschutz und Prävention am besten für diese Themen zu sensibilisieren?

Neben interkulturellen Trainings bieten sich unterschiedliche *Personalentwicklungsmaßnahmen* für Führungskräfte zur Stärkung der eigenen Führungsrolle und der Weiterentwicklung von Führungskompetenz an. Hierzu zählen bspw. Supervisionen, Coachings oder kollegiale Fallberatungen. Das eigene Verhalten, die individuellen Erwartungen und gesammelte Erfahrungen werden hierbei reflektiert.

Wichtig sind außerdem *gesundheitsfördernde Maßnahmen* sowohl für ausländische Pflegekräfte als auch ihre Führungskräfte. Vor allem asiatische Pflegekräfte sind aufgrund ihrer Statur großen körperlichen Belastungen ausgesetzt. Informationen und Schulungen zum rückengerechten Arbeiten, wie die BGW sie anbietet, sind deshalb auch unter ausländischen Pflegekräften zu verbreiten, um günstige Körperhaltungen, den richtigen Einsatz von Hilfsmitteln und einen bewussten Umgang mit den eigenen Kräften zu fördern. Auch psychische Belastungen sind groß – unter ausländischen Pflegekräften vor allem durch die Umstellung auf das neue Umfeld in der ersten Zeit in Deutschland und für Führungskräfte durch den zusätzlichen Betreuungsaufwand. Maßnahmen zur Stressreduktion, zur Burnout-Prophylaxe und für eine

verbesserte Work-Life-Balance sind deshalb wichtig. Diesbezügliche Angebote sind vielfältig und werden u. a. durch die BGW vertrieben (bspw. „Betriebliche Gesundheitsförderung durch Personalentwicklung“- BGW gesu.per).

4 Handlungsempfehlungen

Für die berufliche und private Integration ausländischer Pflegekräfte in Deutschland sind in erster Linie das Unternehmen und die einzelne ausländische Pflegekraft verantwortlich. Handlungsbedarf ergibt sich allerdings auch für die BGW. Es werden voraussichtlich nicht nur mehr ausländische Pflegekräfte nach Deutschland zuwandern (Kapitel 2.1), sondern sie werden auch häufiger aus Regionen stammen, in denen kulturelle, sprachliche und fachliche Unterschiede zu Deutschland größer als in den „traditionellen“, europäischen Herkunftsländern sind (Kapitel 2.2). Noch ist weitgehend unklar, welche konkreten Vorkenntnisse und welche Sensibilität die „neue Generation“ an Zuwanderern in den Bereichen Arbeits-, Gesundheitsschutz und Prävention hat und welche Herausforderungen daraus bei der Führung, Anleitung und Unterweisung resultieren. Die Pilotprojekte mit asiatischen Staaten befinden sich in der Anfangsphase, der Rechtsrahmen ermöglicht es außer-europäischen Pflegekräften erst seit wenigen Monaten, nach Deutschland zuzuwandern (Kapitel 2.2). Bereits heute lässt sich allerdings festhalten dass...

- ... Arbeitsteams in kultureller und sprachlicher Hinsicht vielfältiger werden („Diversity“). Informations- und Schulungsangebote sollten deshalb individueller auf den jeweiligen ethnischen Hintergrund von Pflegekräften zugeschnitten sein.
- ... bei ausländischen Pflegekräften in den Punkten Führung, Anleitung und Unterweisung ein anderer Umgang als bei deutschen gefragt ist. Leitungskräfte müssen Toleranz und einen respektvollen Umgang leben, offen für die Auseinandersetzung mit einer fremden Kultur sein und andere Kommunikationsformen als mit deutschem Personal pflegen. Personalentwicklungsmaßnahmen und Schulungen/ Fortbildungen (bspw. interkulturelle Trainings) sind für viele Leitungskräfte zur Informationsverbreitung und zur Stärkung persönlicher Ressourcen wichtig.
- ... die Beanspruchung sowohl für neu nach Deutschland zuwandernde Pflegekräfte als auch für die zuständigen Leitungskräfte sehr hoch ist. Maßnahmen sind deshalb wichtig, um ihre Arbeitsbelastung zu reduzieren.

Der Bedarf an Maßnahmen zur kulturellen, sprachlichen und fachlichen Integration ausländischer Pflegekräfte sowie ihrer guten Führung nimmt zwar zu, ihr Angebot ist derzeit jedoch überschaubar. In den Bereichen Arbeitssicherheit, Gesundheitsschutz und Prävention konnten nur wenige Best Practice Maßnahmen identifiziert werden. Aus den Ergebnissen dieser Studie werden deshalb die folgenden Empfehlungen für ein weiter reichendes Engagement der BGW abgeleitet:

- **Vorhandenes Informations- und Schulungsmaterial in mehrere Sprachen übersetzen:** Kurzfristig werden voraussichtlich mehr Pflegekräfte aus Südeuropa, China und Vietnam in Deutschland tätig, mittel- und langfristig wohl weitere aus den Philippinen und Indien. Zusätzlich sind bereits viele polnische Pflegekräfte in Deutschland beschäftigt.³⁸ Schließlich ist Englisch Zweitsprache vieler nach Deutschland wandernder ausländischer Pflegekräfte. In einem ersten Schritt werden deshalb Übersetzungen in die folgenden Sprachen empfohlen: *Spanisch, Portugiesisch, Griechisch, Polnisch, Vietnamesisch, Chinesisch, Englisch*
- **Neues Informations- und Schulungsmaterial für ausländische Pflegekräfte entwickeln:** Zur besseren Vermittlung von Arbeitssicherheit, Gesundheitsschutz und Prävention unter ausländischen Pflegekräften sind leicht verständliche und anschauliche Materialien wichtig. Neben Broschüren mit hohem Bildanteil können Videos sinnvoll sein, in denen die verwendete Sprache so eingänglich wie möglich ist (Schlagwörter statt lange Sätze).
- **Eigene Inhalte in Sprachkurse integrieren:** Die BGW könnte sich dafür einsetzen, dass in Sprachkursen arbeitsschutzbezogene Themen stärker berücksichtigt werden. Abstimmungen mit den beschäftigenden Einrichtungen und ggf. Sprachkursträgern sind hierzu notwendig.
- **Interkulturelle Trainings unterstützen:** Leitungskräfte ließen sich in interkulturellen Trainings für den anderen kulturellen Hintergrund und geeignete Führungsstile sensibilisieren, kulturell bedingte Unterschiede im Umgang mit Arbeits-, Gesundheitsschutz und Prävention könnten vermittelt werden. Für einzelne Einrichtungen sind interkulturelle Trainings häufig zu kostenintensiv. Die BGW könnte deshalb interkulturelle Trainings mit einem Schwerpunkt auf arbeitsschutz-bezogene Themen bezuschussen und/oder einrichtungsübergreifende Netzwerke zur geteilten Finanzierung fördern.
- **Neue Methoden zur Wissensvermittlung nutzen (bspw. E-Learning):** Die ersten Erfahrungen mit E-Learning sind positiv. Die BGW könnte Kooperationen mit Dienstleistern eingehen (bspw. IKOS Care), um Module zu arbeitsschutzbezogenen Themen zu entwickeln.
- **Zielgruppe für gesundheitsfördernde Maßnahmen fokussieren:** Die BGW sollte gesundheitsfördernde Maßnahmen unter neu in Deutschland lebenden ausländischen Pflegekräften und ihren Leitungskräften verbreiten, bspw. durch den gezielten Vertrieb von gesu.per unter ihnen.
- **Supervisionen und Coachings fördern:** Die BGW könnte gemeinsam mit Unternehmen Supervisionen/Coachings für Leitungskräfte mit Verantwortung für ausländische Pflegekräfte anbieten, um persönliche Ressourcen zu stärken (Förderung Verhaltensprävention).

³⁸ Laut Praxiserfahrungen sprechen in Deutschland tätige türkische Pflegekräfte in aller Regel sehr gut Deutsch. Obwohl türkische Pflegekräfte die größte Gruppe in Deutschland tätiger Pflegekräfte aus dem Ausland stellen, wird deshalb nicht empfohlen, Material auf Türkisch zu übersetzen.

- **Schulungen der Präventionsberater:** Die Präventionsberater sind für die besonderen Herausforderungen einer vermehrten Beschäftigung ausländischer Pflegekräfte zu sensibilisieren. Die bereits oben genannten interkulturellen Trainings und/oder Supervisionen und Coachings bieten sich u. a. hierfür an.

Es mangelt nach wie vor an belastbaren Informationen zu arbeitsschutzbezogenen Herausforderungen der Tätigkeit ausländischer Pflegekräfte. Der Rahmen der vorliegenden Studie erlaubt es lediglich, auf das Thema im Allgemeinen aufmerksam zu machen. Zu vertiefende Themen, die auch im EU-Kontext behandelt werden können, sind:

- **Spezifische kulturelle Unterschiede analysieren:** Es ist sinnvoll, kulturelle Unterschiede ausländischer Pflegekräfte im Zusammenhang mit Arbeits-, Gesundheitsschutz und Prävention näher zu untersuchen, um Gefährdungen und Risiken an ihren Arbeitsplätzen weiter einzugrenzen. Konkrete handlungsbezogene Hilfen für Führungskräfte können leichter entwickelt werden, wenn bekannt ist, welche ausländischen Pflegekräfte wie in den Bereichen Arbeits-, Gesundheitsschutz und Prävention sozialisiert wurden und welche Einstellungen sie hierzu haben. Für vertiefende Länderanalysen bieten sich die in dieser Studie identifizierten Regionen mit den größten Zuwanderungspotenzialen an.
- **Kontinuierliches Monitoring der Pilotprojekte:** Die durch die Bundesregierung und andere Akteure initiierten Pilotprojekte befinden sich erst in der Anfangsphase, weitere Projekte sind geplant. Die Rekrutierung von Pflegekräften aus dem Ausland nimmt an Dynamik zu. Ein kontinuierliches Monitoring der Maßnahmen ist wichtig, um möglichst effizient Gefährdungen im Zusammenhang mit der Beschäftigung ausländischer Pflegekräfte zu ermitteln und Handlungsbedarfe für Arbeitsschutzmaßnahmen abzuschätzen.
- **Erfolgsmessung ergriffener Maßnahmen:** Maßnahmen, wie die oben vorgeschlagenen, sind hinsichtlich ihrer Wirksamkeit zu überprüfen und im Anschluss ggf. neu zu justieren, um nachhaltige Effekte zu erzielen.

5 Literatur

Afentakis, A.; Maier, T. (2010): Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025. *Wirtschaft und Statistik*. Statistisches Bundesamt. Wiesbaden.

Arbeitgeberverband Pflege (2014): Erste Pflegekräfte aus China arbeiten in deutschen Seniorenheimen. Online verfügbar unter <http://www.arbeitgeberverband-pflege.de/das-haben-wir-zu-sagen/detail.php?objectID=82>, zuletzt geprüft am 28.04.2014.

Bundesagentur für Arbeit (2012): Arbeitsmarkt nach Berufen - Deutschland (Klassifikation der Berufe 2010).

Bundesagentur für Arbeit (2013): Analyse des Arbeitsmarktes für Ausländer. Dezember 2013. Analytikreport der Statistik.

Bundesagentur für Arbeit (2013): Arbeitsmarkt in Zahlen - Beschäftigungsstatistik. Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach ausgewählten Berufen der IcdB 2010, ausgewählten Wirtschaftszweigen der WZ 2008, Nationalität und Anforderungsniveau in Deutschland und den Ländern der Stichtage 31.12.2012 und 31.03.2013, Datenstand November 2013. kostenpflichtige Sonderauswertung. Nürnberg.

Bundesagentur für Arbeit (2013): Positivliste. gemäß § 6 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 Beschäftigungsverordnung: Zuwanderung in Ausbildungsberufe. Online verfügbar unter <http://www.arbeitsagentur.de/Dienststellen/besondere-Dst/ZAV/downloads/AMZ/amz-positivliste.pdf>, zuletzt geprüft am 11.08.2013.

Bundesagentur für Arbeit (2014): Analytikreport der Statistik. Engpassanalyse. März 2014.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2013): Philippinische Pflegekräfte für Deutschland. Online verfügbar unter <http://www.bmas.de/DE/Service/Presse/Pressemitteilungen/philippinen-abkommen-pflege.html>, zuletzt geprüft am 28.04.2014.

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (2014): Berufsbildungskoooperation: Erfolgreicher Export von Bildungsangeboten. Online verfügbar unter <http://www.bmbf.de/de/17127.php>, zuletzt geprüft am 28.04.2014.

Carrington, W. J.; Detragiache, E.; Vishwanath, T. (1996): Migration with Endogenous Moving Costs. In: *The American Economic Review* 86 (4), S. 909–930.

Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH (2013): Nachhaltig ausgerichtete Gewinnung von Pflegekräften (Triple Win). Online verfügbar unter <https://www.giz.de/de/weltweit/20322.html>, zuletzt geprüft am 28.04.2014.

Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH (2014): Ausbildung von Arbeitskräften aus Vietnam zu Pflegefachkräften. Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ). Online verfügbar unter <https://www.giz.de/de/weltweit/18715.html>, zuletzt geprüft am 28.04.2014.

Dustmann, C. (2003): Return migration, wage differentials, and the optimal migration duration. In: *European Economic Review* 47 (2), S. 353–369.

Esipova, N.; Ray, J.; Pugliese, A. (2011): Gallup World Poll: The Many Faces of Global Migration. No. 43. IOM Migration Research Series.

- Esser, H. (2006): Migration, Sprache und Integration. AKI-Forschungsbilanz 4. Hg. v. Arbeitsstelle Interkulturelle Konflikte und gesellschaftliche Integration (AKI) Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB).
- Europäische Union (09.05.2008): Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union. Art. 45 AEUV (ehem. Art 39 EGV), vom 01.12.2009. Fundstelle: <http://www.aeuv.de/aeuv/dritter-teil/titel-iv/kapitel-i/art-45.html>.
- Hackmann, T. (2009): Arbeitsmarkt Pflege: Bestimmung der künftigen Altenpflegekräfte unter Berücksichtigung der Berufsverweildauer. Diskussionsbeiträge Discussion Papers. Hg. v. Forschungszentrum Generationen Verträge. Freiburg im Breisgau.
- Hamburger Abendblatt (2013): Hamburger Klinik holt Pflegekräfte aus Tunesien. Online verfügbar unter <http://www.abendblatt.de/politik/deutschland/article113352753/Hamburger-Klinik-holt-Pflegekraefte-aus-Tunesien.html>, zuletzt geprüft am 28.04.2014.
- Hofstede, G.; Hofstede, G. J.; Minkov, M. (2010): Cultures and organizations. Software of the mind: International cooperation and its importance for survival. 3. Aufl. New York: McGraw-Hill.
- Isphording, I. E.; Otten, S. (2011): Linguistic Distance and the Language Fluency of Immigrants. Ruhr Economic Papers 274. Bochum.
- Marchal, B.; Kegels, G. (2003): Health workforce imbalances in times of globalization: Brain drain or professional mobility? In: *The International Journal of Health Planning and Management* 18 (1), S. 89–101.
- Martineau, T.; Decker, K.; Bundred, P. (2004): "Brain drain" of health professionals: from rhetoric to responsible action. In: *Health Policy* 70 (1), S. 1–10.
- Massey, D. S.; Arango, J.; Hugo, G.; Kouaouci, A.; Pellegrino, A.; Taylor, J. E. (1993): Theories of International Migration: A Review and Appraisal. In: *Population and Development Review* 3 (19), S. 431–466.
- Merda, M.; Braeseke, G.; Dreher, B.; Bauer, T. K.; Mennicken, R.; Otten, S. et al. (2012): Chancen für die Gewinnung von Fachkräften in der Pflegewirtschaft. Schlussbericht. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie. IEGUS Institut, Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung, Ruhr-Universität Bochum, Arbeitgeberverband Pflege. Berlin, Bochum, Essen.
- Ostwald, D. A.; Ehrhard, T.; Brunsch, F.; Schmidt, H.; Friedl, C. (2010): Fachkräftemangel. Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030. Gesundheitswesen. Hg. v. PriceWaterhouseCoopers WifOR.
- Schmidt, C. M.; Bauer, T. K.; Kösters, W. (2011): Faktenbuch Pflege - Die Bedeutung privater Anbieter im Pflegemarkt. Endbericht. Hg. v. Arbeitgeberverbandes Pflege. Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung RWI. Köln.
- Schnabel, R. (2007): Zukunft der Pflege. Hg. v. Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft. Universität Duisburg-Essen und ZEW.
- Sjaastad, L. A. (1962): The Cost and Returns of Human Migration. In: *The Journal of Political Economy* 5 (70), S. 80–93.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hg.) (2011): Bevölkerungs- und Haushaltsentwicklung im Bund und in den Ländern (Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 1).
- Statistisches Bundesamt (2014): Ausländische Bevölkerung, Ergebnisse des Ausländerzentralregisters 2013. Fachserie 1 Reihe 2. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2014): Bruttonationaleinkommen je Einwohner. Atlas-Methode. Online verfügbar unter

https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/LaenderRegionen/Internationales/Themata/Tabellen/Basistabelle_BNE.html, zuletzt geprüft am 28.04.2014.

Stilwell, B.; Diallo, K.; Zurn, P.; Vujcic, M.; Adams, O.; Poz, M. D. (2004): Migration of health-care workers from developing countries: strategic approaches to its management. Hg. v. Department of Health Service Provision. World Health Organization. Genf.

U.S. Census Bureau: International Data Base (IDB). letztes Update: Dezember 2013. Online verfügbar unter <http://www.census.gov/population/international/data/idb/informationGateway.php>, zuletzt geprüft am 28.04.2014.

Warner, R. S.; Wittner, J. G. (1998): Gatherings in diaspora. Religious communities and the new immigration. Philadelphia: Temple University Press.

World Health Organization (WHO) (o. J.): Global Health Observatory Data Repository. Number of nursing and midwifery personell in absolute numbers and density per 1000. Online verfügbar unter <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1443?lang=en>, zuletzt geprüft am 23.04.2014.

World Health Organization (WHO) (2006): The World Health Report 2006. Working together for health. Online verfügbar unter http://www.who.int/whr/2006/06_overview_en.pdf, zuletzt geprüft am 28.04.2014.

6 Anhang

6.1 Hinweise zur „Bewertung unterschiedlicher Herkunftsregionen hinsichtlich der Zuwanderung nach Deutschland in der Pflege“ (siehe Kapitel 2.2)

Wie bereits in den „Limitationen“ des Kapitels 2.2 dargestellt, ist die Prognose zu zukünftigen Herkunftsregionen ausländischer Pflegekräfte in weiten Teilen schwierig. Die in der Tabelle 6 gegebenen Einzelbewertungen fließen zudem nicht immer in gleichem Maße in die Endbewertung ein. Verhältnismäßig großes Gewicht wurde den folgenden Kriterien zugesprochen:

- Politische Beziehungen („*Politik*“): In den aktuellen Pilotprojekten wurde der Grundstein gelegt, um in größeren Zahlen Pflegekräfte aus den betreffenden Herkunftsländern zu gewinnen.
- Zu überwindende zuwanderungsrechtliche Hürden für Migranten aus dem jeweiligen Herkunftsland („*Recht*“): Restriktive Zuwanderungsbestimmungen können dazu führen, dass reguläre Migration aus einer bestimmten Region komplett unterbunden wird.
- Erwerbspotenzial („*EP*“) im Herkunftsland: Dieses spielt insbesondere für die Bewertung der langfristigen Migrationspotenziale eine entscheidende Rolle, weil es voraussichtliche Entwicklungen von Arbeitskräfteangebot und –nachfrage in einem potenziellen Herkunftsland aufzeigt.
- Ausstattung mit Pflegekräften („*PK*“) im Herkunftsland: Diese verdeutlicht sowohl die absolute Zahl im potenziellen Herkunftsland tätiger Pflegekräfte als auch, wie viel Pflegepersonal auf die Bevölkerung entfällt. Somit gibt die „Ausstattung mit Pflegekräften“ Hinweise auf natürliche Grenzen von Zuwanderungspotenzialen (wenn bspw. in einem potenziellen Herkunftsland X nur wenige Tausend Pflegekräfte tätig sind) und die Versorgungsdichte (auch aus politischen Gründen wichtig: Wird ein bestimmter Schwellenwert unterschritten, bestehen zuwanderungsrechtliche Restriktionen – siehe WHO Code.).
- Individuelle Einkommenszuwächse im Zielland („*EK*“): Diese gelten im Allgemeinen als ein Haupttreiber bei der Entscheidung für eine Auswanderung.

Für die Endbewertung eine eher untergeordnete Rolle spielen die folgenden Faktoren:

- Größe der in Deutschland bereits ansässigen ausländischen Gemeinschaften („*Diasp.*“): Inwiefern nach Deutschland neuzuwandernde Pflegekräfte die Option haben, sich an Migranten aus demselben Herkunftsland anzuschließen, ist stark von den jeweiligen Rahmenbedingungen einer Zuwanderung und dem Wohnort abhängig. So werden bspw. bei den aktuell durchgeführten Pilotprojekten mehrere Pro-

grammteilnehmer in der Regel gemeinsam an einem Wohnort untergebracht, so dass der Anschluss an andere Migranten des gleichen ethnischen Hintergrundes automatisch gegeben ist.

- Kosten („K“) einer Migration: Diese sind aus kultureller, sprachlicher und fachlicher Sicht in hohem Maße individuell und es liegen kaum verlässliche Daten vor. Eine Bewertung der Kosten für Migranten aus einem bestimmten Herkunftsland wird dadurch erschwert.

6.2 Interviews

6.2.1 Übersicht

Die Tabelle 8 gibt eine Übersicht über die geführten Interviews.

Tabelle 8: Geführte Interviews

Nr.	Datum	Organisation	Anmerkungen
(1)	05.12.2013	Träger in Hessen (Alten- und Krankenpflege)	
(2)	20.12.2013	Träger in Bayern (Altenpflege)	Die zweite Interviewhälfte wurde aufgrund technischer Probleme nicht aufgezeichnet. Von dieser wurde ein Gedächtnisprotokoll angefertigt.
(3)	23.12.2013	Träger in Rheinland-Pfalz (Altenpflege)	
(4)	22.01.2014	Träger in Brandenburg (Altenpflege)	Das Telefoninterview konnte wegen technischer Probleme nicht aufgezeichnet werden. Das Interview wurde direkt mitgeschrieben.
(5)	30.01.2014	Träger in Baden-Württemberg (Altenpflege)	
(6)	31.01.2014	Träger in Bayern (Krankenpflege)	
(7)	05.02.2014	Träger in NRW (Krankenpflege)	
(8)	07.02.2014	Träger in Niedersachsen (Altenpflege)	
(9)	11.02.2014	Träger in NRW (Altenpflege)	

Quelle: Eigene Darstellung

6.2.2 Leitfaden

Alle Interviews wurden auf der Grundlage des unten stehenden Leitfadens geführt. Die Einstiegsfragen wurden in der Regel im Rahmen eines Vorgesprächs bzw. der Akquise der Teilnehmer gestellt.

Ausschlussverfahren

1. Sind in Ihrem Unternehmen Pflegekräfte tätig, die ihre Ausbildung im Ausland absolviert haben **und** spätestens drei Jahre, nachdem sie nach Deutschland gekommen sind, bei Ihnen tätig wurden?
→ Falls „Nein“, kein Interview

Einstieg - Beschäftigungssituation ausländische Pflegekräfte

2. Wie viele Mitarbeiter sind in Ihrem Unternehmen in der Pflege tätig?
3. Wie viele dieser Pflegekräfte sind Ihrer Meinung nach ausländische Pflegekräfte und aus welchen Ländern stammen sie vorwiegend?

Herausforderungen in der Führung/Anleitung ausländischer Pflegekräfte

*Bitte denken Sie im weiteren Verlauf des Interviews nur an jene Pflegekräfte, die ihre Ausbildung im Ausland erworben haben **und** spätestens drei Jahre, nachdem sie nach Deutschland gekommen sind, bei Ihnen tätig wurden.*

4. Welche besonderen Herausforderungen bestehen mit der Führung und Anleitung der ausländischen Pflegekräfte im Arbeitsalltag?
5. Inwiefern sind Ihre Führungskräfte durch die Führung und Anleitung ausländischer Pflegekräfte höher belastet? Inwiefern ist dies sichtbar, z.B. anhand von Fehlzeiten, Kosten, Beschwerden?
6. Welche Mitarbeiter Ihres Unternehmens sind in erster Linie zusätzlichen Belastungen ausgesetzt bei der Führung, Anleitung und Zusammenarbeit der/mit den ausländischen Pflegekräfte und aus welchen Gründen?
 - Arbeitskollegen
 - Arbeitskollegen mit einem anderen ethnischen Hintergrund
 - (Praxisanleiter) Mentoren
 - Sicherheitsbeauftragte
 - PDL/WBL
 - Management
 - Andere

Maßnahmen/Strategien im Allgemeinen

7. Was ist bei der Anleitung und Führung im Allgemeinen bei neu beschäftigten ausländischen Pflegekräften wichtig?
8. Worin unterscheidet sich die Führung und Anleitung ausländischer Pflegekräfte aus verschiedenen Herkunftsstaaten? (Was ist bspw. in der Führung asiatischer Pflegekräfte zu beachten und was bei osteuropäischen)?
9. Was ist in der Kommunikation mit ausländischen Pflegekräften wichtig? Welches Verhalten ist wichtig, um eine gelungene Kommunikation trotz möglicher Sprachbarrieren zu realisieren?
10. Inwiefern ist es wichtig, dass Ihre Leitungskräfte gute Kenntnisse in Bezug auf den kulturellen Hintergrund der ausländischen Pflegekräfte haben?
11. Welche Maßnahmen setzen Sie bereits in Ihrem Unternehmen um, damit Mitarbeiter und ausländische Pflegekräfte auf besondere Herausforderungen vorbereitet sind?
12. Wie sinnvoll sind aus Ihrer Sicht interkulturelle Trainings für ihre Leitungskräfte und/oder die ausländischen Pflegekräfte?

13. Wie sinnvoll sind aus Ihrer Sicht Schulungen/interkulturelle Trainings für die ausländischen Pflegekräfte?
14. Was halten Sie davon, schriftliches Informationsmaterial über kulturelle Unterschiede an Führungskräfte und/oder Arbeitskollegen zu verteilen, um diese dafür zu sensibilisieren und auf ausländische Pflegekräfte/Arbeitskollegen vorzubereiten?
15. Welche weiteren Maßnahmen schlagen Sie vor?

Herausforderungen in Bezug auf Arbeits-, Gesundheitsschutz und Prävention

16. Welche Vorerfahrungen bringen die ausländischen Pflegekräfte zu den Themen Arbeits-, Gesundheitsschutz und Prävention mit?
17. Inwiefern ist Ihnen bekannt, ob Themen zum Arbeits-, Gesundheitsschutz und Prävention Teile der Ausbildung Ihrer ausländischen Pflegekräfte waren?
18. Welche Einstellungen haben Ihre ausländischen Pflegekräfte gegenüber Arbeits-, Gesundheitsschutz und Prävention? Inwiefern gehen sie anders damit um als ihre deutschen Pflegekräfte?
19. Inwiefern sind Ihre ausländischen Pflegekräfte aufgrund von Kenntnisdefiziten, Einstellungen und Verständnis für Arbeits- und Gesundheitsschutz und Prävention einem höheren Gefährdungspotenzial ausgesetzt?
20. Welche Herausforderungen resultieren aus einem (möglicherweise) anderen Umgang und einer (möglicherweise) anderen Einstellung mit/gegenüber Arbeitsschutz, -sicherheit und Prävention?
21. Welche Herausforderungen resultieren daraus für Führungskräfte und Sicherheitsbeauftragte bei der Vermittlung von Arbeits- und Gesundheitsschutz und Prävention?

Maßnahmen in Bezug auf Arbeits-, Gesundheitsschutz und Prävention

22. Welche Hilfestellungen werden Führungskräften und Sicherheitsbeauftragten in Ihrem Unternehmen bereits gegeben, um Prinzipien des Arbeitsschutzes ausländischen Pflegekräften gut vermitteln zu können?
23. Welche besonderen Maßnahmen werden bereits in Ihrem Unternehmen für die ausländischen Pflegekräfte ergriffen?
24. Welche Maßnahmen sollten darüber hinaus für ausländische Pflegekräfte ergriffen werden?
25. Inwiefern sollten die ausländischen Pflegekräfte Ihrer Meinung nach zu Prävention, Arbeits- und Gesundheitsschutz besonders geschult werden?
26. Was halten Sie von Broschüren mit vielen Bildern in leicht verständlicher Sprache (Art Comics), um ausländische Pflegekräfte für Arbeits- und Gesundheitsschutz und Prävention zu sensibilisieren?
27. Inwiefern sollten die Führungskräfte und Sicherheitsbeauftragten Ihrer Meinung nach hinsichtlich der Vermittlung von Prinzipien des Arbeitsschutzes bei ausländischen Pflegekräften besonders geschult werden?
28. Welche weiteren Hilfestellungen wären für die Führungskräfte und Sicherheitsbeauftragten wichtig?

Zukünftige Beschäftigungssituation ausländischer Pflegekräfte

29. Gehen Sie davon aus, in den nächsten Jahren vermehrt ausländische Pflegekräfte zu beschäftigen? Wenn ja, um welche Herkunftsländer handelt es sich?
30. Unternehmen Sie bereits konkrete Maßnahmen, um Pflegekräfte aus dem Ausland zu rekrutieren? Wenn ja, welche Maßnahmen werden bereits ergriffen?
- Rekrutierung auf eigene Faust
 - Rekrutierung mit Hilfe bestehender Kooperationen ins Ausland
 - Rekrutierung mit Hilfe der Zentralen Auslands- und Fachvermittlung (ZAV)
 - Rekrutierung mit Hilfe privater Vermittler
 - Teilnahme an Pilotprojekten (bspw. Gesellschaft für ausländische Zusammenarbeit (GIZ) GmbH)
 - Sonstige und zwar
31. Welche Hemmnisse und Hürden bestehen aus Ihrer Sicht bei der Beschäftigung ausländischer Pflegekräfte?
32. Wie viele ausländische Pflegekräfte würden Sie beim Wegfall der von Ihnen genannten Hürden einstellen?
33. Welche Chancen sehen Sie in der vermehrten Beschäftigung ausländischer Pflegekräfte für Ihre Einrichtung und für die Einleitung interkultureller Prozesse?

6.2.3 Transkriptionen

Die geführten Interviews wurden mit einem Tonbandgerät aufgezeichnet und im Anschluss transkribiert. Die einzelnen Transkriptionen sind im Folgenden angefügt.

Interview Nr. 1, geführt am 05. 12. 2013

Träger in Hessen (Alten- und Krankenpflege)

Welche besonderen Herausforderungen sehen Sie in den Punkten Führung und Anleitung dieser Pflegekräfte, die gerade erst aus dem Ausland gekommen sind und bei Ihnen dann tätig werden?

Die sprachliche Kompetenz ist ein ganz wesentlicher Teil und die Menschen, die unter dem Sprachniveau B1/B2 sind, haben nur eingeschränkte Sprachfähigkeiten. Es gibt einen europäischen Index über Sprachniveaus: Wenn man unterhalb diesen Niveaus B1/B2 ist, kann man im Alltag nicht abschließend kommunizieren, d.h. Dinge wie ein Konto zu eröffnen, zu einem Hausarzt zu gehen oder überhaupt erst einen Hausarzt zu suchen. Dafür haben wir bei uns Integrationsbeauftragte, das sind Kollegen die Muttersprachler sind und die dafür hauptamtlich in Vollzeit eingestellt worden sind und sich um diese Mitarbeiter kümmern. Wir haben natürlich auch den Integrationsdruck, weil wir zwischen 60 und 80 Mitarbeiter innerhalb von 24 Monaten immer zu uns holen. [...] Die schwierigste Hürde ist sicherlich die Sprachkompetenz. Und dann ist es so, dadurch dass wir in unserem Gesundheitssystem in Deutschland eine Trennung zwischen ambulant und stationär und Krankenhaus und Arztpraxen haben, das kennen die ausländischen Mitarbeiter nicht. Wenn die ein Gesundheitsproblem haben, sind die in ihren

Ländern gewohnt, dass sie in ein Krankenhaus gehen, auch für ambulante Versorgung. Und die kennen die Trennung dieser verschiedenen Versicherungssysteme bei uns nicht. Also schon das Anmelden bei Krankenkassen, bei der Vielzahl der 150, 160 Krankenkassen, die wir haben, stellt für die eine riesen Herausforderung dar.

Aus welchen Hauptherkunftsländern stammen diese Pflegekräfte?

Traditionell bei uns ist Ungarn am stärksten [vertreten], gefolgt von Rumänien und dann in den letzten zwei Jahren Spanien.

Ungarn, aus welchen Gründen?

Wir haben seit über 10 Jahren das Lehrkrankenhaus an der ungarischen Universität, wir kriegen sehr, sehr viele Studenten von dort und ein doch ordentlicher Teil der Studenten bleibt bei uns oder bleibt zumindest temporär bei uns, um ihre Masterarbeit oder ihre Bachelorarbeit zu beenden. Wir haben auf dem akademischen Niveau eine Kooperation, das heißt wir sind Lehrkrankenhäuser und der Hauptunterschied ist, dass das keine ausgebildeten Gesundheits- und Krankenpflegekräfte sind, sondern das sind immer Studenten, die dann einen Bachelorabschluss haben.

Das ist ja in den meisten Ländern so...

...überall außer in Deutschland, Österreich und der Schweiz.

Was haben Sie denn mit den spanischen Pflegekräften, die Sie vor kurzem zu sich geholt haben, bislang für Erfahrungen gemacht?

Also die laufen alle den Altenpflegeheimen weg und kommen zu uns ins Krankenhaus. Das ist für uns eine fantastische Situation. Wir kriegen so viele spanische Bewerber, die sich in den Altenpflegeheimen völlig unterfordert fühlen, die gleichzeitig die Kollegen, die bereits vorhanden sind überfordern, weil sie einen ganz anderen Ansatz haben. Im Moment ist es so, dass, wenn ich sage, dass ich noch eine Stelle frei habe im Krankenhaus, ich sofort einen spanischen Bewerber habe. Die sind fantastisch die Kollegen, ich hab vier Stück für eine Intensivstation bekommen, die zuvor über Hessen verstreut in irgendwelchen Altenpflegeheimen waren, nachdem die erste bei uns hier angefangen hat, habe ich innerhalb von 4 Wochen keine freie Stelle mehr gehabt.

Und sprachlich, welche Probleme gibt es da bei denen?

Wir kriegen die Kollegen mit dem Sprachniveau A2. Die jetzt über dieses Projekt kamen vom Land Hessen, waren schon auf B1 hochgebracht. Die sind wahnsinnig engagiert und wir haben jeden Nachmittag hier im Krankenhaus Unterricht. Und unser Ziel ist es, dass die Kollegen auf B2 oder noch höher kommen, indem wir sie einsetzen. Und die spanischen Kollegen, dadurch, dass die alle unter 30 sind, lernen so schnell, dass wir innerhalb von 8 bis 9 Monaten komplett einsetzbare Mitarbeiter haben. Das ist bei den ungarischen sprachlich etwas schwieriger, für die rumänischen Kollegen ist das auch einfacher. [...] Bei den ungarischen Kollegen ist es ein bisschen schwieriger, weil sie nicht noch eine andere Sprache gut gesprochen haben, die brauchen länger, die brauchen bis zu einem Jahr. Spanische und rumänische Kollegen lernen sehr schnell Deutsch.

Und wie eng arbeiten sie da mit Darmstadt, mit dem Regierungspräsidium zusammen?

Sehr gut, sehr problemlos. Wir sind ja nicht nur für Hessen zuständig, sondern für alle anderen Bundesländer auch. Wir stellen schon erhebliche Unter-

schiede zwischen den einzelnen Bundesländern fest. In Hessen, insbesondere der Standort Frankfurt, sind die bürokratischen Hürden sowohl bei den Arbeitsverwaltungen als auch beim Regierungspräsidium gering. Die Nachvollziehbarkeit für den Antragssteller und für uns, wenn es einen Ablehnungsgrund oder einen Nichtanerkennungsgrund gibt, die sind in so hohem Maße transparent, dass wir das nachvollziehen können und reagieren können. Jetzt will ich nicht die zwei Horrorbundesländer nennen. Wir haben in zwei Bundesländern derartige Schwierigkeiten, die haben keine Struktur, die haben keine Nachvollziehbarkeit und sind derartig Willkommenskultur fremd, dass ich da auch nicht arbeiten wollte.

Soweit ich Sie gerade richtig verstanden habe, haben Sie für Pflegekräfte, die in gewissen Zahlen zu Ihnen kommen, jeweils einen muttersprachlichen Integrationsbeauftragten.

Ja.

Auch für die spanischen Pflegekräfte?

Für die spanischen Pflegekräfte haben wir es so, dass wir denen die erste Spanierin, die wir geholt haben, zur Seite stellen. Das wird von unserem ungarischen Kollegen mitgemacht, weil bei den Spaniern die Sprachproblematik für uns verschwindend gering ist. Die sind schon auf dem Niveau, dass man sich gut mit ihnen verständigen kann und auch wenn unsere Spanier Basten, Katalanen und Galicier sind, die plötzlich hier in Frankfurt die spanische Gemeinsamkeit entdecken. Und unsere Galicierin, die die älteste Spanierin bei uns ist, hat alle dabei unterstützt. Das heißt, meine Integrationsbeauftragte, die hier für den Standort [XX] zuständig ist und für ein Altenpflegeheim, bedient die sich und wir haben die [Unterstützung], für Frankfurt nicht den exotischen Vorteil. Der Pflegeleiter, der Heimleiter unseres Altenheims ist Spanier. [...] Von daher haben wir auch in der Altenpflege, weil wir eine Masterkollegin haben, kein Problem, weil sie sofort auf dem Weg ist, in eine Führungsrolle zu kommen. [...] Die sieht, dass ihr Chef Spanier ist und hier im Haus haben wir ein Argentinier, einen Mexikaner als leitende Ärzte. Die fühlen das natürlich auch, dass man sieht, man kann auch Chef werden, wenn man Spanier ist. Das ist natürlich für das Gutfühlen, glaube ich eine wichtige Struktur.

Wenn ich Sie richtig verstanden habe, ist es wichtig, dass man im Unternehmen, jemandem mit dem ähnlichen oder gleichen kulturellen Hintergrund identifiziert, die dann eine gewisse Schlüsselrolle bei der Integration übernehmen?

Absolut. Ohne, dass Sie Muttersprachler haben, die auch in einem gewissen Umfang von ihrer Tätigkeit frei gestellt sind, und die sich um den Menschen kümmert, geht's gar nicht.

Im Folgenden habe ich ein paar Fragen zum Thema Arbeitsschutz und Gesundheitsschutz. Welche Vorerfahrungen bringen ihre internationalen Pflegekräften denn zu diesen Themen mit? Gibt es da Unterschiede, weil Arbeits-Gesundheitsschutz und Prävention wird in der Ausbildung in Deutschland anders vermittelt als in den Herkunftsländern und es gibt ja auch einen anderen Umgang mit diesen Themen?

Der gesamte Bereich des Impfschutzes hat in Osteuropa einen deutlich höheren Stellenwert als bei uns. Die Diskussion über Hepatitisimpfung zum Beispiel oder über Grippeimpfung, die sind gewohnt, dass sie sich impfen lassen müssen. [...] Für die sind diese Dinge nicht hinterfragbar. Das heißt, wenn unsere Betriebsärztin anfangen will sie aufzuklären, dass sie diese Impfung auch ablehnen könnten, haben die schon den Arm hochgekrempelt. Weil sie das nicht kennen, die wissen, wenn ich Gesundheits- und Krankenpfleger studiert habe und wenn ich Kammermitglied bin, muss ich gegen Hepatitis geimpft sein. Diese Impfdiskussion, wie bei uns, wird nicht geführt. Wo überhaupt kein Wert drauf gelegt wird, in Deutschland ist es zum Beispiel eine riesen Diskussion im Hygienebereich, dass man keinen Ehering tragen darf oder keinen Schmuck tragen darf. Das ist sämtlichen südosteuropäischen und südeuropäischen Kollegen fast nicht zu vermitteln. Sie sind gewohnt, dass sie Ringe tragen, sie sind gewohnt, dass sie sich die Fingernägel lackieren und das wird auch dort im Unterricht nicht wirklich thematisiert, dass das ein hygienisches Problem sein könnte.

Was versuchen Sie oder Ihre Leitungskräfte da zu machen?

Wir machen Hygieneschulungen, wir unterstützen bei den Hygieneschulungen, falls es zu einem Dialog kommt mit unseren Muttersprachlern und weisen explizit auf diese hygienischen Besonderheiten bei uns hin – bei uns hat dieses ganze Thema Hygiene, insbesondere das Tragen von Uhren, Ringen, Ketten und Schmuck [einen besonderen Stellenwert] - dafür gibt es ein Merkblatt und das kriegen die Kollegen dann ausgehändigt. Es gibt in Osteuropa einen sehr problematischen Umgang mit MRSA. Man verdrängt das Problem völlig. Das schulen wir nicht nur bei den deutschen Kollegen und in den Stationsbesprechungen explizit.

Wie umfangreich sind dann diese MRSA Schulungen?

Da gibt es ein Programm für diese MRSA Netzwerk, das sind immer wieder Tagesschulungen, ein bis zweimal im Jahr. Da müssen Sie sicherlich bei osteuropäischen Kollegen oder bei südosteuropäischen Kollegen eher darauf achten. Die Impfprophylaxen und die medizinische Gesundheitsaufklärung erfolgt bei denen auch. Es sind die beiden Themen Umgang mit MRSA und Umgang mit Schmuck, die immer wieder thematisiert werden müssen.

Im Bereich Hygiene gibt es da was anderes nochmal, dass hier vielleicht [...] mehr Wert darauf gelegt wird, vor einer Behandlung/Operation sich gründlicher die Hände zu desinfizieren oder bestehen da eigentlich keine Unterscheide zu deutschen Mitarbeitern?

Bei den ungarischen Kollegen nein. Bei den rumänischen Kollegen ja, bei den spanischen Kollegen nein. Bei den ungarischen wird in der Ausbildung in der Theorie eher noch mehr Wert auf diese Ausbildung gelegt.

Ergreifen Sie da besondere Maßnahmen?

Ja. Da muss man vor Ort [handeln]- die Mentoren besprechen das explizit mit den Kollegen. Ohne das geht's nicht. Gerade bei den OP-Kräften, die wir aus

Südosteuropa haben, die haben einen festen Mentor einen festen Ansprechpartner, der ihnen das mitteilt.

Gibt es irgendwelche Bereiche, in denen die internationalen Pflegekräfte, weil sie andere Erfahrungswerte im Umgang mit Prävention, Arbeits- und Gesundheitsschutz haben, sich selbst besonderen Gefährdungen aussetzen?

Nein, das glaub ich nicht. Ich sage jetzt mal eins, dadurch dass die Kollegen Abitur haben, dadurch dass die Kollegen das Studium durchlaufen haben, sind die sehr offen und sehr, sehr lernfähig. Die überfordern eher die nicht so gut ausgebildeten deutschen Führungskräfte mit ihrem Vorwärtsdrang. Der Hauptkonflikt ist, dass wir in der Altenpflege sehr „schlichte“ Menschen zu Führungskräften machen mussten. Wenn nun eine junge Akademikerin kommt, die plötzlich anfängt und sagt, ich hab einen Master und will PhD machen, weiß die deutsche Pflegekraft häufig noch nicht mal, was das ist.

Geben Sie Ihren Führungskräften oder Sicherheitsbeauftragten im Unternehmen irgendwelche Hilfestellungen, um die Prinzipien des Arbeitsschutzes den internationalen Pflegekräften gut vermitteln zu können?

Die Integrationsbeauftragte ist auch für die Führungskräfte Ansprechpartner. Auch die Führungskraft darf sich an den Integrationsbeauftragten wenden.

Gibt es irgendwelche Schulungen auch für die Integrationsbeauftragten hinsichtlich Prävention?

Die Integrationsbeauftragten sind Gesundheits- und Krankenpfleger oder Sozialarbeiter, die ein Zusatzstudium haben, die haben aber zum Gesundheitsschutz keine besondere Schulung. Das heißt wir würden die, wenn es da so etwas gäbe, natürlich hinschicken.

[...] Was halten sie denn von etwas ausführlicheren Broschüren, um internationalen Pflegekräften die Grundprinzipien des Arbeits- und Gesundheitsschutzes zu vermitteln?

Wenn es so etwas auf Englisch gäbe, wäre schon gut, wenn es so etwas auch noch auf Spanisch gäbe, wäre es noch besser. Wenn es das in Englisch gäbe - viele Kollegen sprechen dann eher Englisch besser als Deutsch - aber wenn wir das natürlich auf Ungarisch, Spanisch oder Rumänisch hätten, das wär super. Gerne, sofort.

Was gibt es für kulturelle Herausforderungen beim Einsatz von den ausländischen Pflegekräften aus Südosteuropa, aber auch mit den spanischen Pflegekräften? Sind Ihnen da irgendwelche Rückmeldungen bekannt?

Ja, wir machen ständig Befragungen. Es ist in der Tat so, dass von allen ausländischen Kollegen die Idee, dass die in einer WG wohnen wollen, absolut nachteilig gesehen wird. Das heißt wir haben jetzt mehrere Einzelapartments. Es bringt sie unserer Erfahrung nach nicht weiter, diese Menschen in WG's unterzubringen.

Aus welchen Gründen?

Die wollen ihr Einzelzimmer haben. Sie wollen, wenn sie mal Besuch aus dem Heimatland bekommen, jemand mit im Einzelzimmer unterbringen. [...] Das erste Jahr ist dadurch geprägt, dass sie noch häufiger nach Hause wollen oder dass gerade bei den Spaniern auch noch die Eltern zu Besuch kommen. Und das ist mit der WG schwer vermittelbar. Dann ist es so, dass die Kollegen von so typisch deutschen Dingen abgeschreckt werden, wie sie dürfen in den ersten 6 Monaten kein Urlaub nehmen, weil da ist ja Probezeit. Das hand-

haben wir völlig offen. Wer früher heimgehen will, der geht halt einfach früher heim. Dann ist für Spanier die Beschaffung geeigneter Nahrungsmittel am Standort Frankfurt noch einigermaßen möglich. An weiteren Standorten, wenn die nicht an frischen Fisch oder Meeresfrüchte dran kommen, ist das für die in der Tat ein Problem. Essen und Trinken hat einen hohen Stellenwert für die Kollegen, auch für die ungarischen Kollegen. [...] Wir sind ein Haus, das zur evangelischen Kirche gehört, viele der spanischen Kollegen und der ungarischen und rumänischen Kollegen suchen sehr schnell ihre Kirchengemeinde. Wenn es russische oder orthodoxe, das heißt rumänische Kollegen sind oder die spanischen Kollegen, die bilden Communitys. Was wir aber unterstützen und wo wir helfen. Damit die mehr Kontakte haben. Dann ist es so, dass die spanischen Kollegen einfach elend frieren. Die laufen hier rum, als ob sie zu einer Spitzbergen Expedition aufbrechen würden. [...] Die haben jetzt schon Mütze an und Handschuhe, kommen hier zum Dienst, weil sie 500 Meter durch den Park laufen müssen. Das ist einfach so, wenn ich wahrscheinlich aus Murcia oder aus Malaga komme, ist schon Frankfurt ein Problem. Dann ist es so, den formalen Abstand in Deutschland, dass man sich siezt, dass man Herr oder Frau sagt, das empfinden sie als extrem befremdlich.

Also dieser Umgang mit Nähe und Distanz

Wir sind jetzt gerade dran mit Murcia, der Universität, eine Kooperation zu bilden. Innerhalb von drei Tagen ist man mit den Professorinnen und Professoren dort per Du und man spricht sich nur noch mit dem Vornamen an und der Mailverkehr beginnt auch mit Hallo wie geht's dir. Das ist eine sehr emotionale Art miteinander umzugehen.

Wie spiegelt sich dieses andere Verständnis von Nähe und Distanz im pflegerischen Alltag wieder, gehen die Pflegekräfte dann auch anders mit den Pflegebedürftigen und Patienten um?

Die ungarischen Pflegekräfte werden als extrem überfreundlich empfunden von unseren Patienten. Die ungarischen Pflegekräfte und die spanischen Pflegekräfte werden als sehr, sehr freundlich empfunden. Kann man einfach so sagen. Die rumänischen wirken zum Teil ein bisschen arrogant, weil sie nicht gewohnt sind, Patienten aufzuklären. In Rumänien ist ein Arzt oder eine Pflegekraft gewohnt zu sagen, „das müssen sie jetzt nicht wissen, nehmen sie mal die Tabletten ein, das ist schon gut für Sie“. Ungarn ist offensichtlich so positiv belegt, auch bei den Patienten, dass man gegenüber Ungarn sehr wenige Ressentiments hat und bei den Spaniern weiß ja jetzt jeder, dass diese armen Menschen jetzt arbeitslos sind und gegen Rumänen hat man häufig unberechtigterweise Ressentiments. Ich finde die Diskussion mit diesem Armutszuzug völlig überzogen. Ich hab alleine hier in unseren Häusern in den letzten zwei Jahren 80 Kollegen geholt, akademische Kollegen. Wenn ich das in Relation sehe, was da an Armutszuzug kommt, dann sag ich, dass wir von dieser EU sehr profitieren, wie niemand anderes. Bei den Spaniern haben wir zum ersten Mal kein schlechtes Gewissen, weil in Spanien werden so viel mehr Leute und in Rumänien ausgebildet wie die Stellen finden. Bei Ungarn habe ich persönlich ein schlechtes Gewissen, weil schon einige qualifizierte Kräfte in einigen Einrichtungen fehlen. Da machen wir aber entsprechende Gegenmaßnahmen, dass wir dort Leute vor Ort unterstützen. Die spanischen Kollegen wollen einfach nur noch weg.

Trotz der ganzen Maßnahmen, die sie vor allem durch die Integrationsbeauftragten einsetzen - [...] sind denn im pflegerischen Alltag Ihre Führungskräfte durch die Anleitung und Führung der internationalen Pflegekräfte besonderen Belastungen ausgesetzt?

Nein, völliges Gegenteil. Die Fluktuationsrate nach sechs Monaten, also nach der Probezeit ist bei spanischen, ungarischen und rumänischen Kollegen unter dem Median der deutschen Kollegen. Liegt natürlich daran, dass die jünger sind. Das ist jetzt keine wissenschaftliche Aussage, wir haben es nicht mit dem Alter erprobt. Wir erproben nur, wenn wir deutsche Kollegen einstellen die Fluktuation und Ausfallzeiten nach der Probezeit und außer-europäische Kollegen, dort haben wir keine erhöhten Fehlzeiten, überhaupt nicht.

Bei ihren Führungskräften, die für die Anleitung und Führung der internationalen Pflegekräfte verantwortlich sind, sind Ihnen da vielleicht irgendwelche besonderen Rückmeldungen bekannt?

Ja natürlich, es gibt ein Risiko. Die sind eben gewohnt, dass sie medizinische Tätigkeiten wie das Legen von Kanülen, das Blutabnehmen ohne Rücksprache mit dem Arzt machen, weil es bei Ihnen zu Hause so üblich war. [...] Wir haben ein extra Schulungsprogramm „Funktion peripherer Venen“ und da lachen sich die spanischen Kollegen und ungarischen fast kaputt und sagen, aber das ist doch der Job den wir seit Jahren gemacht haben. [...] Man muss darauf achten, dass die Ausübung der Tätigkeit nicht zu einem Konflikt führt, weil in diesen drei Ländern ist der Gesundheits- und Krankenpflegeberuf in vielen medizinischen Dingen deutlich selbständiger. Da müssen wir unsere Führungskräfte natürlich darauf vorbereiten.

Und was machen Sie da konkret, wenn Sie sagen, sie müssen sie besonders vorbereiten?

Wir machen diese Schulung, einen Schulungsnachmittag, dass wir den Kollegen sagen, wie das bei uns aussieht, wie das rechtlich aussieht und obwohl die das eigentlich schon immer gemacht haben, durchlaufen sie nochmal die komplette Schulung, die die deutschen Kollegen haben.

Dieser Nachmittag im Grunde genommen reicht für die Leitungskräfte dann aus?

Da gehen die spanischen Kollegen zusammen mit den deutschen Kollegen gleichzeitig hin – oder die ungarischen Kollegen. Obwohl sie es eigentlich nicht bräuchten und meine Pflegedirektorin hat ein Jour Fix alle 14 Tage mit allen Stationsleitern und da wird das Thema Integration immer wieder besprochen.

Gehen Sie denn in den nächsten Jahren davon aus, dass Sie noch mehr internationale Pflegekräfte beschäftigen werden?

[...] In Frankfurt haben schon 60 % der Kollegen, die hier Führungskräfte sind, einen Migrationshintergrund; spätestens in der zweiten Generation. Das müssten Sie jemanden außerhalb von Frankfurt fragen. Jeder zweite Frankfurter wird in 10 Jahren Migrationshintergrund haben. Wenn ich in meinem Büro (ich habe neun Kollegen) jetzt alle mit Migrationshintergrund heim schicke, wären ich und noch meine Vorzimmerdame da. Wenn Sie die Namen von meinen Kollegen hören, das ist Slowakei, das ist Tschechei, das ist Spanien, das ist Ungarn, das ist Lettland, das ist bei mir die falsche Frage.

Aufgrund des sich zuspitzenden Pflegekräftemangels gehe ich davon aus, dass Sie auch diese Bemühungen, die Sie gerade schon geschildert haben, sei es die Kooperation mit Murcia oder andere, intensivieren werden?

Ja wir wollen gucken, ob wir nicht gemeinsam Ausbildungsprojekte machen für die nichtakademischen Pflegekräfte, ob wir nicht im Bereich der Altenpflege/Altenpflegehilfe oder in diesem Bereich Kollegen holen.

An welche Herkunftsländer denken Sie da?

Spanien und Ungarn.

An asiatische Pflegekräfte?

Wir haben `56 ein Projekt völlig in den Sand gesetzt. Das habe ich im Nachhinein ausgearbeitet. Die Problematik bei den damals koreanischen und philippinischen Kräften war, dass die Phonetik bei Menschen, die schon über 25 und über 30 waren, nie ein Niveau erreicht hat, dass man sie gut verstehen konnte. Das heißt sie haben gut gelesen, haben gut schreiben können, hatten hohe Fachlichkeit. Wir haben bis zum heutigen Tage noch Kollegen, auch eine Stationsleitung, die fachlich wahnsinnig gut ist, aber in der Aussprache sind die extrem schwer zu verstehen. Das wird immer von Patienten reflektiert, „mit der kann man kein Deutsch [sprechen]“. [...] Ich hab einen sehr guten Freund. Der ist deutscher und der ist mit zwei Monaten nach China gekommen. Er hat in China, in Shanghai, immer ein chinesisches Kindermädchen gehabt und mit dem thematisiere ich das ganz oft. Der sieht typisch deutsch aus, war aber nie hier - der ist nach 20 Jahren zum ersten Mal nach Deutschland gekommen und hat dann hier Medizin studiert. Und er sagt, wenn er deutsche Studierende hört, die Chinesisch studieren, er kann die nicht verstehen. Ich sagte, mach das doch mal an irgendwas fest, er sagte, ihr lacht über uns, weil wir kein „r“ sprechen können, ihr könnt kein „k“ sprechen, kein „g“ und kein „u“. Da hat jemand einen Master in Sinologie und ich kann mich mit ihm noch nicht mal über die Wetter Nachrichten unterhalten. [...] Mit ihm habe ich das thematisiert und er sagt, weil er Arbeitsmediziner ist, die Gaumensegelstruktur, wenn jemand mit 6 bis 7 Jahren das noch beginnt und in diese komplette Mimik und Gestik auch beim Sprechen rein kommt, dann ist das auch für Asiaten möglich. Er sagt, schau mich mal an, wenn ich chinesisches spreche und schau mich an, wenn ich deutsch spreche. Ich sehe, wie der Mensch sich verändert, wie der mit mir redet, ich verstehe nicht, was er auf Chinesisch sagt, aber es hört sich zumindest genauso an, wenn andere Chinesen dabei sind, wie das was die anderen Chinesen sprechen. Er sagt, das ist das riesige Problem, es gibt ganz viele, die sind von Anfang an in Hongkong und sind mit englisch aufgewachsen, die könnt ihr nutzen, aber die, die mit 25 oder 30 zu euch kommen, die sind fleißig, die sind bemüht, aber die kriegen nie eine gescheite Phonetik hin. Der Deutsche macht im Gegensatz zu den Skandinaviern aus Sprache ein Fachproblem. Wenn Sie in Schweden, in Norwegen einen Schweißler suchen oder einen Ingenieur, dann ist das dem Personalchef vollkommen Wurst, ob der Mensch norwegisch oder schwedisch kann, der freut sich schon, wenn der gut englisch kann und es wird gar nicht thematisiert. Bei uns verlangt man einen Lebenslauf, verlangt am besten noch ein Abiturzeugnis und ein Bewerbungsschreiben, wo er reinschreibt, warum er denn unbedingt in Frankfurt im Krankenhaus auf der Station für Onkologie arbeiten will. Bei meinen schwedischen Kollegen heißt es, der Mensch sucht einen Job und es ist ok und so läuft das Vorstellungsgespräch. In Deutschland und Österreich wird Sprache als Ausschlussgrund genommen. Das ist ein ganz, ganz großes Problem. Die haben [die Artikel] niemals beherrschen können [.] „der“, „die“, „das“. Das führt zur Diskriminierung.

Kurz- und mittelfristig spielen die asiatischen Länder noch nicht so die große Rolle, aber wenn man sich die Zahlen wirklich anguckt, die Pflegekräfte werden dort ja auch vor dem Hintergrund des demographischen Wandels gebraucht...

Das ist bei Chinesen ganz extrem. In Spanien und Griechenland auch. Wir gehen davon aus, dass wir die spanischen Kollegen in drei bis fünf Jahren wieder verlieren, weil wir alle hoffen, dass die spanische Wirtschaft boomt. Ich hab immer ein paar Dinge, die ich für mich hinterfrage: Ist es für das Land, aus dem wir die Leute holen ein Vor- oder ein Nachteil? Ist das eine dauerhafte Lösung für uns in Deutschland? Ist das mit unseren Leitwerten in unserem Konzern vertretbar? Was tue ich eigentlich dafür, dass die Menschen auch wieder zurückkehren können, wenn sie denn wollen? Wir haben jetzt zum Beispiel eine Umfrage gemacht bei unseren Kollegen, welchen Grund könnte es denn geben, dass sie aus Deutschland wieder weggehen würden. Da schreiben 80 % der rumänischen [...] Kollegen - Keine. Nie wieder zurück. Bei den spanischen Kollegen ist die Aussage, wenn es uns wirtschaftlich wieder besser geht und wenn ich genauso eine gute Stelle wie bei Ihnen angeboten bekomme. Die ungarischen Kollegen schreiben, wenn sie wirtschaftlich in Ungarn einigermaßen überleben könnten. Das sind völlig unterschiedliche Gründe. Die rumänischen Kollegen, die mehr wie drei Jahre hier sind, haben mit ihrem Land abgeschlossen. Der [Anteil an] Kollegen, die nach acht Jahren und einem Tag sofort einen deutschen Pass haben wollen, ist bei den rumänischen Kollegen 75 %.

Und zu den spanischen können Sie noch keine Aussage machen?

Können wir noch keine Aussage machen.

Bei den anderen?

Geringer. Bei den slowakischen, bei tschechischen Kollegen, bei den estnischen Kollegen deutlich geringer. Aber ein rumänischer Kollege will für sich einen deutschen Pass haben, dass er sich nicht mehr vorhalten lassen muss, Rumäne zu sein. Ich habe keinerlei Vorbehalte gegenüber asiatischen Kollegen. Wir erleben nur, dass die Kollegen, die wir jetzt im 30jährigen Jubiläum z. B. geehrt haben, die koreanischen Kollegen und die philippinischen Kollegen, wenn sie reden, hat der Patient immer das Gefühl, eigentlich könnt ihr doch noch kein deutsch.

Deshalb ist es glaube ich ganz wichtig, dass man sie intensiv und immer wieder sprachlich begleitet werden...

[...] Wir machen vier Tage die Woche Sprachcafe für alle ausländischen Kollegen - jeden Tag. Eins können wir feststellen, die Mitarbeiter nehmen bis auf wenige das Angebot super gerne an. Und gehen auch hin, wenn unser Sprachlehrer schon sagt, jetzt geht's doch nur noch auf C1, bleibt doch weg. Ja wir brauchen das für uns. Wir haben eigentlich von uns gesagt, bei B2 bleiben die uns vom Hals. Aber es gibt viele, die wollen dann einfach für sich unbedingt noch die C1 machen. [Das ist sinnvoll] aber das ist ein Ressourcenproblem für mich. Ich muss ja den Laden auch wirtschaftlich verantworten.

Welchen Umfang haben denn diese Sprachcafés?

[...] Drei Unterrichtseinheiten von 15:30 Uhr, jeden Wochentag außer freitags. Jeder Kollege, der neu kommt, geht – egal wie er in seinem Heimatland eingruppiert worden ist – geht vier bis acht Wochen zum Deutschinstitut hier in Sachsenhausen, weil wir die Erfahrung gemacht haben, dass insbesondere südeuropäische Sprachzertifikate mit dem was dort bescheinigt worden ist, oft nicht viel zu tun haben. Wir schicken, auch wenn jemand kommt der schon B2 hat, ihn trotzdem nochmal 4 Wochen auf die Schule oder B1 um zu sehen was unser Lehrer dazu meint. Wir haben einen Gau erlebt mit Bulgarien, da gab es Zeugnisse für Dinge, die es nie gegeben hat. Das stellen wir bei Ungarn gar nicht fest, das stellen wir bei Rumänen selten fest und bei Bulgaren haben wir es in 90 % der Fälle festgestellt.

Interview Nr. 2, geführt am 20. 12. 2013

Träger in Bayern (Altenpflege)

Welche Herausforderungen bestehen bei der Beschäftigung ausländischer Pflegekräfte?

[...] Themen, die auftauchen sind sehr stark im Bereich der Berufskunde und Rechtskunde [...] Das sind Schwerpunktthemen und auch das Thema berufsbezogene Kommunikation. Das sind die Dinge, die bei der Rückmeldung oft wieder kommen.

Welche Maßnahmen ergreifen Sie, um diesen Herausforderungen gerecht zu werden?

Wir bieten von der Akademie [XX] eine Anpassungsqualifizierung von 240 Stunden Theorie in sechs Monaten berufsbegleitend an. 90 % der Teilnehmerinnen arbeiten als Pflegehelfer in Senioreneinrichtungen oder ambulanten Pflegediensten. Diese Maßnahme ist von der zuständigen Regierungsbehörde genehmigt oder anerkannt. Das wird in der neuen Krankenpflegeausbildungs- und Prüfungsordnung im Krankenpflegegesetz vorausgesetzt zum 01.01.2014.

Die Teilnehmerinnen sind ein Jahr bei Ihnen als Hilfskräfte tätig?

Bei verschiedenen Trägern sind sie als Pflegehelfer tätig, bleiben in ihrer Tätigkeit, die sie in der Regel zu 90 % vorher schon hatten und durchlaufen bei uns dann diese theoretische Schulung, die mit einem Rahmenplan verbunden ist für die Praxis.

Welche Inhalte hat die theoretische Schulung im Detail oder was sind die Schwerpunkte?

Zum Beispiel sind Grundlagen der Pflege ein Thema mit 20 Stunden, davon sind 12 Stunden Hygiene, der Rest verteilt sich auf Arzneimittellehre und Einführung in das Arbeiten zum Thema Anatomie und Physiologie. Das setzen wir voraus, da gibt es nur eine Einführung, wie sie das Thema vorbereiten müssen für die bestimmten Lernfelder. Wir haben dann für das Fach Gesundheits- und Krankenpflege acht Lernfelder, dies geht von prä- und postoperative Pflege über Notfallsituationen. Ich kann Ihnen das auch zuschicken. [...]

Da geht es um Gesundheits- und Krankenpflege, dann haben wir 12 Stunden Berufskunde, 20 Stunden Recht und Verwaltung, Staatsbürgerkunde, 52 Stunden deutsch und Kommunikation berufsbezogen und 40 Stunden deutsch. Dann müssen die Teilnehmer mindestens 200 Stunden gelenktes

Praktikum machen und in diesem gelenkten Praktikum haben wir dann bestimmte Themenfelder vorgegeben, die sich an den AEDLs orientieren [...] - Aktivitäten und existenzielle Erfahrungen des Lebens nach Krohwinkel. Danach arbeiten die ambulanten Pflegedienste und stationären Altenpflegeeinrichtungen im Wesentlichen. Da geben wir zum Beispiel Themen vor, wie „für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen“, da müssen sie dann in der Praxis angeleitet werden zu Handhygiene, Flächendesinfektion und so weiter. Oder da geben wir das Thema vor „sich bewegen“, in diesem Zusammenhang müssen sie dann zum Beispiel das Dekubitusrisiko erfassen und Hilfsmittel einsetzen, Einsatz von Gehhilfen und so weiter.

Aus welchen Ländern stammen Ihre ausländischen Pflegekräfte überwiegend, die in den letzten Jahren zu Ihnen gekommen sind?

Rumänien, Polen, Kasachstan, Serbien, Bosnien, Indien, Sri Lanka, Kuba, alles... Tschechien.

Haben Sie auch aus Indien Pflegekräfte rekrutiert?

Nein, die Pflegekräfte sind nicht rekrutiert, sondern das sind Pflegekräfte, die von anderen rekrutiert wurden oder schon teilweise 10 Jahren oder länger in Deutschland leben, aber bisher keine Anerkennung hatten und diese über diese Maßnahme nachholen. Die aus Indien sind in der Regel katholische Ordensschwwestern, die über den Orden nach Deutschland kommen. [...] Da gibt es keine Probleme. Über Bonn gibt es eine Richtlinie, in der das drin steht, im Aufenthaltsgesetz [...]. Da gibt es einen Unterabsatz, wo das mit Ordensgemeinschaften drin steht.

Was ist bei der Führung und Anleitung neu beschäftigter ausländischer Pflegekräfte wichtig? Worauf sollten die Praxisanleiter beispielsweise achten?

Das geht im Grunde entlang an diesem Rahmenplan, [...] der sich an den AEDL entlang handelt. Wobei da nicht explizit Unfallverhütung und eigener Gesundheitsschutz erwähnt ist, aber es ist durchaus ein interessanter Ansatz. Das setzen wir in der Regel voraus, dass die Fachkräfte das entsprechend anleiten. Dieser Rahmenplan für die Praxis muss von einer Fachkraft gegenzeichnet werden, wenn das Lernziel erreicht ist.

Wenn wir jetzt über Arbeits-, Gesundheitsschutz und Prävention sprechen, Sie haben ja eine Reihe von Herkunftsstaaten aufgezählt [...]. Welche unterschiedlichen Vorerfahrungen haben denn die ausländischen Pflegekräfte zu diesen Themen? Gibt es da irgendwelche Unterschiede, dass Sie beispielsweise sagen, dass die rumänischen schon gewisse Vorkenntnisse haben im Bereich Hygiene, das wir anwenden können?

Das ist schwierig zu sagen. Natürlich sind Vorkenntnisse da. Wir versuchen derzeit, [...] zum Beispiel im Bereich Hygiene, aktuelle Vorschriften zu vermitteln, die sie nicht kennen können, weil sie keine Richtlinien kennen können. Das gibt es in Rumänien nicht, wie zum Beispiel das Robert Koch Institut. Grundsätzlich [...] Kenntnisse im Bereich der] körpernahen Pflege.

Was meinen Sie damit genau?

Zum Beispiel jemanden Waschen, Toilettengänge, Mobilisieren, Essen geben.

Bestehen irgendwelche kulturellen Besonderheiten bei den Themen Arbeits-, Gesundheitsschutz und Prävention, dass gewisse Menschen aus gewissen Regionen mit einem gewissen Hintergrund anders mit Arbeits-, Gesundheitsschutz und Prävention umgehen? Sind Ihnen da Erfahrungen bekannt?

Da habe ich keine Erfahrungen. Wo ich Erfahrungen habe an einer anderen Stelle im Projekt, als wir orthodoxe Nonnen aus Rumänien für eine Pflegeausbildung in Deutschland hier mit Deutschunterricht und Praktikum vorbereiten wollten. Die sind nach vier Wochen wieder abgereist, weil sie sich genau das nicht vorstellen konnten. Aber das ist ein Spezialfall [...]. Das lässt sich nicht ausweiten. Die Migrantinnen oder die ausländischen Pflegekräfte, die in der Anpassungsqualifizierung sind, arbeiten bereits in der Pflegepraxis und haben sich im Berufsalltag an die deutschen Verhältnisse weitestgehend angepasst.

Sind Ihre ausländischen Pflegekräfte anderen oder besonderen Gesundheitsgefährdungen ausgesetzt im Arbeitsalltag?

Meines Wissens nein.

Machen Sie etwas besonderes, um Ihre Leitungskräfte, die Praxisanleiter vorzubereiten auf die Qualifizierung von ausländischen Pflegekräften?

Wir haben die Praxisanleiter eingeladen, die Beteiligung lag bei maximal 20 %.

Zu einer Schulung?

Zur Information. Aber das wäre durchaus ein Ansatz.

Und was denken Sie, warum ist die Beteiligung so gering, ist es die Arbeitsbelastung generell?

Ja ich denke, es ist die Arbeitsbelastung. Auf der anderen Seite ist es das, was die Praxisanleiter zu machen haben. Ich denke, es hat auch damit zu tun, dass die Träger darauf vertrauen, dass wir ein gutes Angebot haben.

Was vermitteln Sie auf den Informationsveranstaltungen?

Da stelle ich diesen Rahmenplan für die Praxis vor und auch die theoretischen Inhalte.

Aber kulturelle Maßnahmen, interkulturelle Trainings oder weiteres haben sie nicht?

Nein.

Würden Sie das für sinnvoll halten, dass man Ihre Leitungskräfte auf spezifische kulturelle Hintergründe vorbereitet?

Ja und nein. Jetzt bezahlen wir Schulungen zu kulturellen Hintergründen in Indien, Bosnien, Kroatien, Moslems und so weiter, das denke ich ist Gießkannenprinzip. Was ich für zielführender hielte, wäre ein persönliches Gespräch mit den Einzelnen, sprich im Rahmen der Anleitung. Was ich mir [...] sinnvollerweise eher vorstellen kann, das würde auch den Leitfaktor mit ein Stück weit entspannen. Denn wir müssen uns im Klaren sein, dass die Praxisanleiter kaum Zeit haben, diese Migrantinnen anzuleiten. Ich verantworte auch selbst eine Weiterbildung und was ich da den Praxisanleitern mitgebe, sind Hinweise auf Lernaufgaben für die praktische Pflegeausbildung. Inhalt der Lernaufgaben ist immer eine Selbstreflexion der Teilnehmenden. Zielführend [...] könnte sein, wenn wir den Praxisanleitern solche Lernaufgaben für die Migrantinnen zur Verfügung stellen, die genau diese Selbstre-

flexion machen. Beispielsweise Körperpflege: wo haben sie da schon Erfahrungen für sich selbst gemacht, wo haben Sie schon mal jemanden berührt, wo haben Sie jemanden gewaschen und da das Thema kulturelle Besonderheiten mit aufgreift, weil das sehr individuell ist. Teilweise schon zwischen Süddeutschland und Norddeutschland ist es ein Unterschied. Wir haben eine Gruppe aus Rumänien gehabt, die einen waren ganz aus dem Osten, die andern ganz aus dem Westen. Die haben in einem Haus gelebt und sich nicht vertragen, weil sie verschiedene Essensgewohnheiten hatten. [...] Gerade beim Thema Essen ist es gut, das Ganze individuell zu gestalten. Ich kann Ihnen mal das Material nennen.

Gedächtnisprotokoll zur zweiten, aufgrund eines technischen Fehlers, nicht aufgenommenen Hälfte des Interviews

- Es ist nicht primär wichtig, dass Führungskräfte detaillierte Kenntnisse über die kulturellen Besonderheiten der einzelnen Herkunftsländer von ausländischen Pflegekräften haben. Dies wäre zu aufwändig und nicht zielführend. Von daher sind bspw. interkulturelle Trainings nicht die Maßnahme erster Wahl. Vielmehr ist wichtig, dass Führungskräften Instrumente mit an die Hand gegeben werden, um allgemeine Herausforderungen bei der Beschäftigung ausländischer Pflegekräfte bewältigen zu können. Hierzu zählen bspw. besondere Formen der Kommunikation (langsames, deutliches Sprechen).
- Videos sind gut für die Vermittlung von Arbeitsschutz und Prävention – besser als bspw. Comics. Mit diesen kann man Sprache und Visuelles gut miteinander verbinden. Die ausländischen Pflegekräfte haben auch die Möglichkeit, sich die Videos so oft anzuschauen, wie sie möchten. Hier gibt es auch schon einiges, bspw. auf <https://www.campusg.de/main/auth/catalog.php>. Wir wenden den Onlinekurs Basishygiene an. Ähnliches Schulungsmaterial könnte auch die BGW für ausländische Pflegekräfte und Führungskräfte produzieren. Die BGW wäre auch in der Lage, das Material breit zu streuen.
- Es könnten E-Learning-Programme aufgesetzt werden. Bei diesen könnte man Aufgaben mit Bild-/Videomaterial verbinden. Man könnte den Teilnehmern auch ein Zertifikat ausstellen – man könnte bspw. alle, die erfolgreich die Fragen beantwortet haben zertifizieren. Man müsste die ausländischen Pflegekräfte dann allerdings vorab zum Thema E-Learning schulen. Auch unsere Führungskräfte würden nicht zusätzlich belastet.
- Die BGW könnte auch Poster in Einrichtungen aufhängen zum Thema Prävention und ausländische Pflegekräfte – für unsere Führungskräfte, wie gehe ich also am besten mit ausländischen Pflegekräften um? In unseren Einrichtungen sind allerdings die Wände und Gänge schon sehr voll.
- Es gibt ein gutes Buch des Cornelsen-Verlages „In guten Händen – Lernaufgaben für die praktische Pflege“.
- Wir bieten unseren Führungskräften bereits Schulungen an, bei denen auf den Einsatz unseres Rahmenlehrplanes vorbereitet wird. Es haben beim letzten Mal allerdings nur 20 % unserer Praxisanleiter teilgenommen. Sie haben nicht die Zeit.
- In Zukunft werden wir uns weiter in Spanien engagieren. Wir bieten Schülern ein freiwilliges Jahr bei uns an. Danach können sie eine Ausbildung bei uns anfangen.

Interview Nr. 3, geführt am 23. 12. 2013

Träger in Rheinland-Pfalz (Altenpflege)

Wenn Sie jetzt an die ausländischen Pflegekräfte denken, die in den letzten Jahren zu Ihnen gekommen sind. Welche Herausforderungen bestehen im Allgemeinen?

Sprache ist manchmal natürlich das Problem. Wir haben nun einige Mitarbeiter aus Rumänien, die wir hier schulen. Da fehlt anfangs das Verständnis, um sie von der Sprache her auf Gefahren hinweisen zu können oder ein Problem zu benennen, aber nur die erste Zeit und danach geht das eigentlich. Also dass man in der Pflege auf Dinge achtet wie Schuhwerk und Schmuck und die Einweisung in die Gerätemedizin. Das geht relativ schnell, die Einarbeitung ist nicht so umfangreich. Es ist immer die Frage, versteht sie gut Deutsch, versteht sie das, was man sagt? Sprachliche Probleme, manchmal auch in die Einsicht der Notwendigkeit, sprich kein Schmuck zu tragen, sprich festes Schuhwerk zu tragen, rutschfeste Schuhe zu tragen.

Aus welchen Hauptherkunftsländern haben Sie in den letzten Jahren internationale Pflegekräfte beschäftigt?

Hauptsächlich aus den ehemals russischen Ländern und nun haben wir einige aus Rumänien, das ist die Hauptgruppe. Dann haben wir natürlich welche aus anderen Ländern wie Italien vereinzelt, Türkei vereinzelt, aber die aus der Türkei waren alle schon hier aufgewachsen, also zweite Generation. Russisch sprechende Mitarbeiter war die erste Generation, das waren Übersiedler.

Wenn Sie die rumänischen Pflegekräfte mit südeuropäischen vergleichen, gibt es kulturell bedingte Unterschiede hinsichtlich des Verständnisses von Arbeitsschutz und Prävention?

Das ist personenbezogen. Ich würde das nicht über einen Kamm scheren. Es gibt deutschstämmige Mitarbeiter, die das beherzigen und darüber nachdenken und andere nicht. Das ist immer das gleiche Problem. Das würde ich nicht an der Nationalität aufhängen. Das hat ganz viel mit Persönlichkeit zu tun.

Was machen Sie, um Ihren deutschen aber insbesondere auch den ausländischen Pflegekräften Grundprinzipien des Arbeits-, Gesundheitsschutzes und Prävention zu vermitteln?

Wir haben fortlaufend Fortbildungen über den Betriebsarzt, auch über Produkthersteller. Wenn wir ein neues Produkt einsetzen, durchläuft jeder eine Fortbildung. Da unterscheiden wir nicht zwischen deutschen und ausländischen Mitarbeitern. Dann haben wir die Sicherheitsfachleute, die je nachdem auch darauf hinweisen und dann die Leitungskräfte.

Wie viele ausländische Mitarbeiter haben Sie insgesamt?

140. Vielleicht sind es auch nur 60-70 %, aber wir haben sehr viele.

Bieten Sie so etwas wie Interkulturelle Trainings an?

Machen die Führungskräfte. Da haben jetzt Führungskräfte ein Modul abgeschlossen und bekommen eine Bescheinigung über Interkulturelle Kompetenz. Da haben wir eine Fortbildung gehabt.

Haben Sie das nur für Ihre Führungskräfte angeboten oder auch für die ausländischen Pflegekräfte selbst?

Die, die neu kommen, werden bei uns geschult. Die gehen jeden Tag Vormittag in die Schule, wo sie deutsch und Pflege lernen. Und nachmittags arbeiten sie noch drei bis vier Stunden, so eine Art Praktikum. Die, die ganz neu kommen, wie die rumänischen, die werden erst mal fast den ganzen Tag nur geschult mit allem Möglichen.

Sind das dann fachliche Anpassungen?

Auch. Fachlich und sprachlich. Umgang mit Demenz. In Rumänien gibt es so etwas wie Altenpflege gar nicht. Die haben eine Krankenpflegeausbildung gemacht oder sogar ein Studium, dann müssen die ganz neu in diese Materie eingearbeitet werden.

Andere Einrichtungen sehen häufiger Herausforderungen beim Thema Hygiene. [...] Teilweise haben uns die Einrichtungen zurückgespiegelt, dass es kulturell bedingt ein anderes Verständnis von Arbeitsschutz gibt in den Herkunftsländern...

Also ich würde das nicht an der Nationalität fest machen. Ich habe so genannte deutsche, die ungesund mit dem Arbeitsschutz umgehen. [...] Schulungen sind notwendig und werden angeboten und was die einzelnen draus machen, das würde ich nicht an der Nationalität fest machen, gerade was Hygiene angeht. Da gibt es solche und solche. Wir stellen nur gelerntes Personal ein und die wissen die Grundbedingungen der Hygiene, das haben sie auch gelernt. Das lernt man mittlerweile auch in Rumänien, dass man sich die Hände desinfiziert, bevor man eine Wunde bearbeitet. Die Ausbildungen sind ja mittlerweile überall angeglichen. Es gibt Menschen, die sich daran halten, es gibt Menschen, die halten sich weniger daran.

Aus welchen Ländern werden Sie zukünftig mehr [Fachkräfte einstellen]?

Wir haben ein Assoziierungsabkommen mit Schulen in Rumänien hauptsächlich. Nach wie vor werden viele aus der ehemaligen Sowjetunion kommen, einfach auch durch die Mund-zu-Mund Propaganda. Wir sind eine Kleinstadt. Hauptsächlich Türken [kommen...], aber auch die hier aufgewachsen sind, die den Beruf und die Ausbildung machen wollen, aber das ist dann kulturell kein großer Unterschied mehr. Die sind dann hier aufgewachsen.

Haben Sie auch einen Rekrutierer mit dabei oder machen Sie das über diese Assoziierungsabkommen, das Sie mit der rumänischen Schule abgeschlossen haben?

Ja wir arbeiten mit unserem Berufsverband zusammen und sonst eigentlich nichts. Wir bilden sehr viel selber aus, von daher haben wir da keinen so großen Bedarf.

Interview Nr. 4, geführt am 22. 01. 2014

Träger in Brandenburg (Altenpflege)

Aus welchen Ländern stammen Ihre internationalen Pflegekräfte vorwiegend?
Fünf Spanier (22-27 Jahre alt) und ein Bulgare, wobei der Bulgare erst seit zwei Wochen da ist. Die Spanier sind seit dem 1. März 2013 da, an diesem Tag hat die Einrichtung selbst auch erst geöffnet. Eine Spanierin ist bereits wieder nach Spanien zurückgekehrt, da sie dort ein Jobangebot hatte. Im Projekt „Rekrutierung von 10 spanischen Pflegekräften“ von [XX] werden fünf Pflegekräfte in [XX] und fünf in [XX] eingesetzt. Sie erhielten vorab in Spanien einen achtwöchigen Sprachkurs mit Abschluss A1, wobei durch „Nachrücker“ einige sogar nur vier Wochen Sprachkurs hatten. Die Projektkosten sind „aus dem Ruder gelaufen“ und liegen bei ca. 12.000 Euro pro Pflegekraft. Darin sind die Kosten für die Rekrutierung, den Sprachkurs vorab, einen berufsbegleitenden Sprachkurs in Deutschland, die Flugkosten etc. enthalten. Da die Spanier noch ihren Berufsanererkennungsprozess durchlaufen (Knackpunkt sind die Sprachkenntnisse, Niveau B2 ist gefordert), können sie derzeit nur als Pflegehilfskraft beschäftigt werden. Trotzdem erhalten sie die Vergütung einer Fachkraft!

Welche besonderen Herausforderungen bestehen mit der Führung und Anleitung der internationalen Pflegekräfte im Arbeitsalltag?

Das Sprachniveau A1 ist bei weitem nicht ausreichend, so dass am Anfang große Verständigungsschwierigkeiten auftraten. Deshalb dürfen die Spanier im Dienst ausnahmsweise Handys dabei haben mit Translator!

Das größte Problem im fachlichen Bereich ist, dass die Spanier noch keine Anerkennung erhalten haben und derzeit als Hilfskräfte arbeiten. Als ausgebildete Fachkräfte mit Bachelor ist da der Frustrationsfaktor sehr hoch. Künftig wäre es besser, dass ausländische Pflegekräfte erst in ihrem Heimatland die Sprache lernen und dann in Deutschland eine dreimonatige Integrationsphase haben, nach der sie dann schnell auch als Fachkraft arbeiten können. Unsere Fachkräfte warten nun bald ein Jahr auf ihre Anerkennung, das ist einfach zu lang. Allerdings haben von fünf vor kurzem nur eine Pflegekraft den Sprachtest B2 bestanden – und diese hat einen dt. Freund! In [XX] haben vier von fünf den B2-Test bestanden.

Es gibt starke kulturelle Unterschiede, da die Spanier z.B. eine „Family First“ Mentalität haben, gehen sie davon aus, dass wenn sie Urlaub nehmen dieser dafür genutzt wird um die Familie zu besuchen, daher wurden Themen wie die Wohnungssuche bisher aufgeschoben. Drei der Spanier leben im Haus, zwei haben eine Wohnung in [XX]. Außerdem gibt es Unterschiede wenn es z.B. um genaue Zeiten geht (8 Uhr nicht 8.15 Uhr), warum bei den Deutschen immer alles schnell, schnell gehen muss oder warum die Mittagspause nur 30 Minuten lang ist. Die Lösung die hier geschaffen wurde, sind geteilte Dienste durch die die Spanier eine lange Mittagspause/ Siesta haben können (drei bis vier Stunden). Hier bedarf es allerdings einiger Anstrengung, um diese

Regelung den deutschen Kollegen beizubringen und Verständnis dafür zu erlangen, dass es für die Spanier eine Sonderregelung gibt. Aus Sicht der Arbeitsplanung ist es kein Problem, da es ja Arbeitsspitzen gibt, die auf diese Weise gut abgedeckt werden können und dt. Fachkräfte keine geteilten Dienste akzeptieren würden.

Die spanischen Pflegekräfte werden von den Bewohnern sehr positiv aufgenommen, da sie stets freundlich und voller Lebensfreude sind. Auch generell ist die Akzeptanz hoch, da es nach Spanien hin doch einige Gemeinsamkeiten, Urlaubsaufenthalte in Spanien deutscher Kollegen etc. gibt.

Welche Herausforderungen bestehen in Bezug auf Kommunikation/Sprache?

Die Spanier kamen in etwa mit einem Sprachniveau von A1 an, wobei man dann feststellte, dass das doch sehr gering ist. Vor allem weil bestimmte Redewendungen und umgangssprachliche Fragen eben nur im Alltag und nicht im Klassenzimmer erlernt werden. Zudem konnten sie kaum Englisch. Die Spanier dürfen daher immer ein Handy mit Übersetzer darauf bei sich haben, um im Notfall bestimmte Wörter nachzuschlagen. Außerdem gibt es immer eine deutsche Fachkraft im Hintergrund und es wurde ihnen gesagt, dass sie sich bei Verständigungsproblemen immer melden sollen (auch die Bewohner).

Zusätzlich wurde es als negativ aufgefasst, dass die spanischen Mitarbeiter untereinander im Dienst nicht Spanisch sprechen sollten (um schneller deutsch zu lernen), sie fühlten sich da gekränkt.

Bei Problemen und Fragen wenden sich die Spanier ausschließlich an die Pflegeleitung, nicht an Kollegen und auch die als Mentorin eingesetzte Qualitätsbeauftragte [...] wurde nicht als Ansprechpartnerin genutzt.

Auf welche Ursachen führen Ihre Führungskräfte Herausforderungen mit der Anleitung und Führung der internationalen Pflegekräfte zurück?

Kulturelle Unterschiede und das doch recht niedrige Sprachniveau.

Sind Ihre Führungskräfte durch die Führung und Anleitung internationaler Pflegekräfte höher belastet? Ist dies sichtbar z.B. anhand von Fehlzeiten, Kosten, Beschwerden?

Ja, die PDLs sehen es jedoch sowohl als Belastung als auch als Bereicherung. Der Mehraufwand, der entsteht, bezieht sich allerdings mehr auf allgemeine Themen und Fragen zu bspw. Arztbesuchen, Erläuterung der Lohnzettel etc. für die die Spanier die Kollegen nicht als Anlaufstelle nutzen wollten und daher zur Führungsebene gingen.

Worin unterscheidet sich die Führung und Anleitung internationaler Pflegekräfte aus verschiedenen Herkunftsstaaten?

Hier gibt es noch keine Erfahrungen.

Was ist in der Kommunikation mit internationalen Pflegekräften wichtig? Welches Verhalten ist wichtig, um eine gelungene Kommunikation trotz möglicher Sprachbarrieren zu realisieren?

Wir haben hier das Problem, dass fünf Spanier schon selbst eine kleine Gruppe sind, die dann eher untereinander geblieben ist und kaum Kontakt zu den deutschen Kollegen hatte – sie werden immer zu zweit zum Dienst eingeteilt. Dadurch entwickelt sich auch die Sprachkompetenz langsamer und die Integration verläuft auch langsamer. Es wäre besser, aus einem Land nur ein bis zwei ausländische Mitarbeiter zu haben, um das zu vermeiden.

Ist es wichtig dass Ihre Führungskräfte gute Kenntnisse in Bezug auf den kulturellen Hintergrund der internationalen Pflegekräfte haben?

Ja, das wäre wünschenswert, konnte aber bei uns aus Zeitgründen nicht umgesetzt werden (da die ganze Einrichtung mit 161 Plätzen neu eröffnet wurde).

Welche Maßnahmen setzen Sie bereits in Ihrem Unternehmen um, damit Mitarbeiter und internationale Pflegekräfte auf besondere Herausforderungen vorbereitet sind?

Wir konnten den Mitarbeitern vorher nicht ausführlich über die spanischen Mitarbeiter berichten, da unsere Einrichtung zur gleichen Zeit erst eröffnet wurde.

Kennen Sie Interkulturelle Trainings? Wie sinnvoll sind aus Ihrer Sicht Schulungen/interkulturelle Trainings für die Führungskräfte?

Ja, diese wurden mit unseren Führungskräften im Haus selbst (zwei Tage) und mit den spanischen Pflegekräften zu einem Termin in [XX] (zwei Tage) und zu einem Termin in Hamburg (zwei Tage) durchgeführt. Hier kam ein externer Trainer der Akademie [XX].

Wie sinnvoll sind aus Ihrer Sicht Schulungen/interkulturelle Trainings für die internationalen Pflegekräfte?

Die Schulung an sich war sinnvoll allerdings wurde dann eine Qualitätsbeauftragte als Mentorin für die Spanier eingesetzt, die mit 28 auch in deren Alter war. Diese wurde aber gar nicht angenommen und mit Fragen und Problemen gingen die Spanier trotzdem zur Leitung. Es wäre also besser wenn eine Fachkraft auch die Rolle des Mentors übernimmt.

Was halten Sie davon, schriftliches Informationsmaterial über kulturelle Unterschiede an Führungskräfte und/oder Arbeitskollegen zu verteilen, um diese dafür zu sensibilisieren und auf internationale Pflegekräfte/Arbeitskollegen vorzubereiten?

Ja das wäre auf jeden Fall hilfreich!

Welche weiteren Maßnahmen schlagen Sie vor, um den Herausforderungen gerecht zu werden?

Es wäre schön, wenn die Gemeinden selbst einen Integrationsbeauftragten hätten, der als weitere Anlaufstelle außerhalb der Arbeit agieren könnte, um generell aufkommende Fragen zur Alltagsbewältigung zu klären.

Welche Vorerfahrungen bringen die internationalen Pflegekräfte zu den Themen Arbeits-, Gesundheitsschutz und Prävention mit?

Die Ausbildung im Bereich Arbeitsschutz ist in Spanien auf vergleichbarem Niveau wie in Deutschland.

Wissen Sie, ob Themen zum Arbeits-, Gesundheitsschutz und Prävention Teile der Ausbildung Ihrer internationalen Pflegekräfte waren?

Ja, die Spanier sind da so fit wie die Pflegekräfte hier. Sie tragen geeignete Arbeitsschuhe und kennen die Arbeitsmittel/-schutzmittel, achten z.B. mehr als die dt. Pflegekräfte auf eine sachgerechte Entsorgung von Spritzen.

Welche Einstellungen haben Ihre internationalen Pflegekräfte gegenüber den Themen Arbeits-, Gesundheitsschutz und Prävention?

Positiv.

Gehen sie anders mit den Themen Arbeits-, Gesundheitsschutz und Prävention als ihre deutschen Pflegekräfte um?

Die medizinischen Aspekte werden sehr ernst genommen. Es gibt eher kulturelle Probleme zu Themen wie Pünktlichkeit, pünktlicher Dienstbeginn etc.

Sind Ihre internationalen Pflegekräfte aufgrund von Kenntnisdefiziten, Einstellungen und Verständnis für Arbeits- und Gesundheitsschutz und Prävention einem höheren Gefährdungspotenzial ausgesetzt?

Nein, nicht per se. Wenn, dann aus Verständigungsgründen heraus.

Welche Maßnahmen sollten für internationale Pflegekräfte ergriffen werden, [um sie mit Prinzipien des Arbeitsschutzes vertraut zu machen]?

Die ausländischen Pflegekräfte nehmen an den regelmäßigen Schulungen (einmal jährlich) zum Thema Arbeitsschutz teil, das reicht aus.

Sollten die internationalen Pflegekräfte Ihrer Meinung nach zu Prävention, Arbeits- und Gesundheitsschutz besonders geschult werden?

Betriebsanweisungen sollten in anderen Sprachen vorhanden sein, das würde auch Erleichterung beim Thema Arbeitsschutz bringen. In einem Leitfaden für den Arbeitgeber sollte dies erwähnt werden und auch, dass Verträge, Lohnabrechnungen etc. in anderer Sprache vorhanden sind.

Was halten Sie von Broschüren mit vielen Bildern in leicht verständlicher Sprache (Art Comics), um internationale Pflegekräfte für Arbeits- und Gesundheitsschutz und Prävention zu sensibilisieren?

Eine Übersetzung wäre wichtig!

Gehen Sie davon aus, in den nächsten Jahren vermehrt internationale Pflegekräfte zu beschäftigen?

Wir sind nach diesem Projekt zwar ernüchtert (auch wegen der hohen Kosten die aufgekomen sind, ca. 12.000 € pro Person) aber nicht demotiviert. Sicher werden künftig auch Kräfte aus anderen Ländern rekrutiert, aber derzeit müssen erst einmal die Spanier gut integriert werden.

Aus welchen Herkunftsregionen werden Sie voraussichtlich vermehrt internationale Pflegekräfte beschäftigen?

Unser Träger war sehr bedacht darauf, dass wir nur Mitarbeiter aus Ländern bekommen, in denen kein Fachkräftemangel besteht, auf ethische Gründe wird hier also Wert gelegt.

Unternehmen Sie bereits konkrete Maßnahmen, um Pflegekräfte aus dem Ausland zu rekrutieren?

Nein.

Welche Hemmnisse und Hürden bestehen aus Ihrer Sicht bei der Beschäftigung internationaler Pflegekräfte?

Die lange Zeit bis zur Berufsankennung, für Pflegekräfte, die bereits in ihrem Herkunftsland ein Studium absolviert haben. Außerdem sind ländliche Bereiche für junge Leute nicht so attraktiv, sie wollen eher in die Städte – [XX] ist okay, bei [XX] ist es schon schwierig! Außerdem wird es in ländlichen Regionen eher Probleme mit der Integration geben. Ein weiteres Problem ist, dass man wenn man will, dass die Leute auf Dauer bleiben auch sehen muss, dass man sich um deren Partner oder Familie kümmert, und da z.B. auch Hilfestellungen für den Neuanfang gibt. Das sollte den Betrieben und auch Behörden klar sein. Letztlich ist das Ganze mit hohen Kosten versehen (12.000 € p.P.) und wir haben die Sprachkurse hier selbst bezahlt und den spanischen Pflegekräften von Anfang an ein Fachkraftgehalt gezahlt. Nun wird überlegt, ob wir auch die Gebühr für die Berufsurkunde übernehmen – die Spanier erwarten das! Sie haben eine hohe Anspruchshaltung!

Interview Nr. 5, geführt am 30. 01. 2014

Träger in Baden-Württemberg (Altenpflege)

Haben Sie eine Vorstellung davon, wie viele Ihrer Pflegekräfte einen Migrationshintergrund haben?

Ungefähr 1/3 der Pflegekräfte, also ca. 45 internationale Pflegekräfte aus 26 Nationen

Aus welchen Ländern stammen Ihre internationalen Pflegekräfte vorwiegend?

Da könnte ich Ihnen eine ganze Latte sagen. Die internationalen Pflegekräfte stammen vorwiegend aus der Türkei, Ägypten, Vietnam, Ukraine, Russland, ehemaliges Jugoslawien, also Kroatien, Serbien.

Würden Sie sagen dass der Schwerpunkt auf osteuropäischen Pflegekräften liegt?

Ja.

Welche besonderen Herausforderungen bestehen mit der Führung und Anleitung der internationalen Pflegekräfte im Arbeitsalltag?

Kulturelle Rahmenbedingungen, also z.B. Pünktlichkeit usw., die in manchen Kulturen etwas lockerer gesehen werden. Das ist zum Teil ein großer Unterschied im Gegensatz zu Deutschland hier. Dann auch fachlich, müssen sie doch teilweise auf ein gewisses Niveau hingeführt werden. Auch die sprach-

liche Barriere ist eine besondere Herausforderung, da gehört auch Rechtschreibung usw. dazu, also wenn sie [die ausländischen Mitarbeiter] Berichte schreiben. Man braucht mehr Zeit für Kommunikation. Man kann nicht einfach „schnell, schnell, schnell“ sagen, sondern muss genauer und deutlicher sprechen.

Auf welche Ursachen führen Ihre Führungskräfte Herausforderungen mit der Anleitung und Führung der internationalen Pflegekräfte zurück?

Ich würde sagen die Ursache könnte eine mangelnde Vorbereitung sein, auf das Drumherum oder den Einsatz in Deutschland. Sprich sprachlich und kulturell sich vorzubereiten – das beste Beispiel sind die Vietnamesen, die völlig überfordert sind. Dann würde ich sagen, dass eine Ursache auch die Ausbildung ist, die ist qualitativ nicht so hochwertig wie in Deutschland. Kultur und Ausbildung – das sind für mich die Hauptgründe und -ursachen.

Sind Ihre Führungskräfte durch die Führung und Anleitung dieser Pflegekräfte höher belastet? Ist dies sichtbar, z.B. anhand von Fehlzeiten, Kosten, Beschwerden?

Ja! Weil sie mehr Zeit brauchen für Kommunikation, für Verhaltensregeln und Abläufe, bzw. zum Kommunizieren. Und weil sie mehr kontrollieren müssen, weil bedingt durch die qualitativ niedrigere Ausbildung die Wahrscheinlichkeit höher ist, dass Fehler entstehen. Aber das gibt sich mit der Zeit. Das ist vor allem an Anfang.

Welche Mitarbeiter Ihres Unternehmens sind hauptsächlich zusätzlichen Belastungen ausgesetzt?

Führungskräfte haben wir ja schon. Die Kollegen sind mehr gefordert: Sie müssen ihre neuen Kollegen mit Migrationshintergrund auch anleiten, der Chef ist ja nicht immer da. Sie müssen auch intensiver anleiten. Wenn sie zwei Mitarbeiter haben, die eine kommt aus der Ukraine, die andere aus Vietnam und keiner kann so richtig Deutsch. Die Vietnamesen können auch nicht so gut Englisch. Die haben dann auch ein richtig sprachliches Problem.

Was nach ihrer Meinung auch zu Stress und Missverständnissen führt?

Genau.

Haben Sie Sicherheits- oder Hygienebeauftragte bei Ihnen im Haus? Wie sieht es da aus – sind da die Belastungen höher? Oder der zeitliche Aufwand dahinter? Oder sind die weniger tangiert?

Eher weniger.

Oder wenn wir auf das Management schauen. Oder sagen Sie der Schwerpunkt der Belastungen liegt tatsächlich bei den Kollegen und Führungskräften die direkt mit ihnen zu tun haben und das Management ist davon weniger betroffen?

Das ist auch betroffen, allerdings haben die, die direkt vor Ort sind, die höhere Belastung.

Inwiefern ist das Management auch betroffen?

Z. B., wenn ich jetzt irgendwelche Dienstanweisungen oder ähnliches mache, dann muss ich gewährleisten, [dass sie verstanden werden]. Bei normalen Mitarbeitern kann ich mich darauf verlassen, die lesen das und verstehen das gleich, müssen es nicht erst fünf Mal durchlesen oder kommen dann auch zu mir. Erstens das und zweitens, ist das ein Problem, weil sowas auch zu Missstimmungen im Team führen kann. Wenn ich einen großen Bereich oder eine große Station habe, und auf Grund der Tatsache dass da mehrere Mitarbeiter mit Migrationshintergrund sind, Missstimmung herrscht, ist das echt ein Problem. Wenn meine Stationsleitung zu mir kommt und sagt: „Ich hab ein Problem.“ – dann haben wir ein Betriebsklimaproblem.

Ist das auch so wahrnehmbar?

Das ist wahrnehmbar.

Was ist bei der Anleitung und Führung im Allgemeinen bei neu beschäftigten internationalen Pflegekräften wichtig in Bezug auf Arbeits- und Gesundheitsschutz?

Also bezüglich solcher Sachthemen wie Hygiene: intensive Schulungen, was Hygieneverhalten angeht, Arbeitssicherheit.

Das führen Sie auch durch?

Wir haben mittlerweile erkannt, dass das intensiv gemacht werden muss, weil die einen anderen Stand haben. Und es ist noch wichtig dass man das vielleicht mit Bildern hinterlegt, also optisch.

Sagen Sie, dass das aus Ihrer Sicht wichtig wäre oder sind das Dinge, die sie machen? Was empfinden Sie als wichtig und was machen Sie bereits? Wenn Sie sagen intensivere Schulungen: Haben Sie das registriert und es läuft aber schon während der Einarbeitung im Arbeitsalltag einfach nebenher?

Ja, aber das wird jetzt intensiviert: Intensivere Anleitung mit Schwerpunkt Hygiene. Das hat sich so ergeben und entwickelt. Das machen die dann vor Ort.

Worin unterscheidet sich die Führung und Anleitung internationaler Pflegekräfte aus verschiedenen Herkunftsstaaten?

Das ist ein großer Unterschied ob die aus Asien kommen oder aus Osteuropa. Die Asiaten haben eine ganz andere Kultur, und legen damit auch ganz andere Verhaltensweisen an den Tag, z.B., wenn man sie tadelt, weil sie etwas falsch gemacht haben. Das ist für die ein großes Problem, sie sind erst mal sehr getroffen. Und sie lächeln immer zu und sagen immer ja. Also die kulturellen Gepflogenheiten...

Und was bedarf es da bei Ihrer Führung an Unterschieden? Ist da von Ihrer Seite eine engere Führung notwendig?

Ja, man muss die Asiaten mehr loben. Das Gefühl von Anerkennung und Lob ist ganz wichtig.

Im Gegensatz zu osteuropäischen Pflegekräften...

Die kämpfen sich auch so durch. Das ist so, sie haben eher die Verhaltensweise eines durchschnittlichen Deutschen.

Wenn wir jetzt die deutschen Pflegekräfte mit den osteuropäischen Pflegekräften vergleichen, gibt es da Unterschiede in der Führung?

Da gibt es eigentlich nicht wirklich Unterschiede, da gibt es hauptsächlich das Sprachproblem. Das ist so meine Wahrnehmung.

Was ist in der Kommunikation wichtig? Welches Verhalten ist wichtig, um eine gelungene Kommunikation trotz möglicher Sprachbarrieren zu realisieren? Fragen Sie da öfter nach? Legen Sie eine besondere Höflichkeit an den Tag? Wie verhalten Sie sich in der Kommunikation so, dass eine gelungene Kommunikation trotz Sprachbarrieren realisiert wird?

Nun gut, man passt sich schon an. Man versucht das zu machen, man fragt schon mehr nach und versucht auch – entgegen dem schwäbischen Naturell - mehr zu loben usw. Meine Stationsleitungen hier sind alle Schwaben, und die sind ganz anders. Klar lernen sie auch, aber es ist eine ganz andere Verhaltensweise.

Ist es Ihrer Meinung nach wichtig dass Leitungskräfte gute Kenntnisse in Bezug auf den kulturellen Hintergrund haben?

Ja.

Also Sie beschäftigen sich auch mit den Herkunftsländern und den Gepflogenheiten? Ist Ihnen das wichtig?

Ja, das habe ich mit der Zeit herausgefunden. Zum Beispiel haben wir Asiaten, Vietnamesen, bekommen im Oktober. Und wir waren völlig unbedarft, wir haben die gleich eingeplant usw. Und die kamen zunächst gar nicht zu recht, weil die Wohnbereichsleitungen und die Mitarbeiter gar nicht viel über die Kultur gewusst haben. Außer die Asiaten selbst, die schon da waren. Wir haben noch einmal intensiv über den kulturellen Hintergrund aufgeklärt. Danach war das schon ein ganz anderes Verständnis und hat sich zum Positiven entwickelt. Das lag auch daran, dass der Hintergrund dann bekannt war: „Warum verhält sich Herr XX jetzt so? Warum macht er das so?“ Die interkulturellen Trainings dürfen nicht zu hochgestochen und zu komplex sein, das muss sich auf den praktischen Rahmen beschränken.

Sie haben die Erfahrung gemacht dass es relativ theoretisch und hochgestochen war und definitiv viel praxisorientierter ablaufen sollte?

Genau, da geht es um bestimmte Verhaltensweisen in bestimmten Situationen.

Kann ich dem entnehmen dass Sie solche interkulturellen Trainings als sinnvoll erachten und insbesondere für die Leitungskräfte?

Ja, weil die sie ja dann in ihr Team weitertransportieren.

Also sowohl für die eine als auch für die andere Seite. Insofern ist die Frage auch schon beantwortet, ob Sie diese interkulturellen Trainings auch für deutsche Arbeitskräfte als sinnvoll erachten?

Ja, definitiv.

Was halten Sie davon, schriftliches Informationsmaterial über kulturelle Unterschiede an die Mitarbeiter zu verteilen, um diese dafür zu sensibilisieren und auf internationale Pflegekräfte/Arbeitskollegen vorzubereiten? Bzw. gibt es Informationsmaterial in Ihrem Haus?

Es gibt nichts, bzw. ich halte nicht viel davon, weil sie es sowieso nicht lesen. Da gibt es keine Zeit dafür. Wenn man jetzt eine gut aufgemachte Broschüre hat, mit einfachen Sätzen und Bildern, die selbsterklärend ist. Also nicht zu kompliziert geschrieben. Das könnte es schon sein, das ist dann o. k.

Wenn wir in den Bereich gehen, z.B. Comics, wäre das eine andere Art sowas aufzubereiten? Also viele Bilder, wenig Sprache in Comicform, was halten Sie davon?

Ja, das ist o.k.

Wie sinnvoll halten Sie beispielsweise Videos in denen Pflegesituationen auch auf humorvolle Art und Weise dargestellt werden können?

Ja, genau, dann bleibt es nämlich im Kopf.

Genau, dass man vielleicht hier und da auch mal lachen kann, über Sprachverständnis und was dabei herauskommen kann. Dass man das Ganze vielleicht spielerischer angeht und nicht so ernst.

Das halte durchaus für sinnvoll.

Wenn wir nochmal über die Seminarangebote sprechen, interkulturelle Trainings hatten Sie ja auch bejaht. Dass man sagt so ein bis zwei Mal im Jahr, es kommen ja laufend auch neue Pflegekräfte aus dem Ausland hinzu, bietet man ein interkulturelles Training an. Vielleicht mit Schwerpunktländern. Wäre das etwas, rein aus den Augen der BGW betrachtet, das Sie sich vorstellen können?

Ja.

Das wäre auch in Ihrem Haus denkbar? Da wäre auch eine Kultur da, dass man das einführen könnte?

Das kann man machen, ja. Die Leute sind ja sowieso davon geprägt.

Gibt es sonst besondere Maßnahmen, die sie ergreifen, wenn ausländische Pflegekräfte zu Ihnen kommen, oder werden sie behandelt wie jeder andere Bewerber oder neue Mitarbeiter auch?

Sprachkurse, wir versuchen dass wir das vermitteln oder selbst zu machen, wie auch immer. Die angebotenen Sprachkurse sind für neue Mitarbeiter dann schon Pflicht. Auch wenn es um die Anerkennung geht.

Gibt es sonst noch Ideen oder Maßnahmen, die darüber hinaus ergriffen werden sollten aus Ihrer Sicht? Fällt Ihnen noch etwas ein, wo sie sagen „das wär notwendig oder richtig gut“? Immer vor dem Hintergrund Arbeitsschutz, Hygienevorschriften, Sicherheitsmaßnahmen.

Im Idealfall wären spezielle Schulungen zu machen, wenn man die Zeit hätte. Gerade was Hygiene oder Arbeitsschutz angeht und gerade für solche neuen ausländischen Mitarbeiter.

Haben Sie zum Beispiel mit dem Hygieneverhalten Erfahrungen? Und würden Sie sagen, dass da Schulungen notwendig sind?

Ja – definitiv.

Welche Hilfestellungen wünschen Sie sich von der BGW? Gibt es da irgendetwas von dem Sie sagen „da könnten wir wirklich davon profitieren“, die Leitungskräfte oder die Hygienebeauftragten in Ihrem Haus? Was würde Ihnen helfen?

Darstellungen mit Bildern, ein Prospekt oder ein Film sind vorstellbar. In diesen können gerade Aspekte von Arbeitssicherheit oder Hygiene gut vermittelt werden, auf verständliche Art und Weise.

Schulungen von der BGW? Wäre das sinnvoll, wenn da Sicherheitsbeauftragte von der BGW kommen und gerade Prinzipien des Arbeitsschutzes für internationale Pflegekräfte vorstellen? Also, dass Sie da Schützenhilfe von der BGW bekommen, damit die Leitungskräfte geschult werden, wie Sie besser mit ihren internationalen Kräften umgehen können.

Das wäre definitiv gut.

Gehen Sie davon aus, in den nächsten Jahren vermehrt internationale Pflegekräfte zu beschäftigen?

Ja

Aus welchen Herkunftsregionen werden Sie voraussichtlich vermehrt internationale Pflegekräfte beschäftigen?

Asien, Osteuropa, Afrika denke ich auch. Wenn man die Entwicklung tendenziell beobachtet dann wird das zunehmen.

Unternehmen Sie bereits konkrete Maßnahmen, um Pflegekräfte aus dem Ausland zu rekrutieren?

Wir nutzen Kooperationen ins Ausland, da gab es etwas mit Spanien, glaube ich. Und wir nutzen, glaube ich, die Rekrutierung mit Vermittlern. Ich weiß aber nicht, wer das macht.

Würden Sie mehr internationale Pflegekräfte einstellen wenn die von Ihnen genannten Hürden im Alltag wegfallen würden?

Ja, aber nicht den gesamten Personalkörper. Bis zu einem gewissen Maß, aber sonst kann ich mir noch mehr schon vorstellen.

Welche Chancen sehen Sie in der vermehrten Beschäftigung internationaler Pflegekräfte für Ihre Einrichtung und für einen interkulturellen Prozess? Sind da nicht nur Hürden sondern auch Chancen?

Ja, die Mitarbeiter entwickeln sich weiter, denken einfach weiter. Der einzelne Kollege profitiert davon, wenn er mit einer Ukrainerin, mit einer Russin usw. arbeitet. Der eigene Horizont erweitert sich.

Also auf der persönlichen Ebene.

Das ist unheimlich wichtig auch für das gesellschaftliche Zusammenleben.

Und wenn Sie auf die Einrichtungsebene gehen? Sicherung der Fachkräfte als Stichwort.

Fachkräftesicherung und die Lernfähigkeit wird verbessert. Auch die der Kollegen, weil sie sich auf eine neue Situation einstellen, das ist quasi ein Lernprozess. Auch von Arbeitseinstellungen.

Oder Altersbild, also dass der asiatische Kulturkreis zum Beispiel ein viel positiveres Altersbild hat. Das Alter und das Altern, der Umgang mit älteren Menschen, werden ganz anders gesehen. Ich weiß jetzt nicht, wie das mit Pflegekräften aus Osteuropa aussieht. Erleben Sie da mehr Wertschätzung gegenüber älteren Menschen?

Nein, also ganz ehrlich, da haben die Deutschen noch ein positiveres Altersbild als die Osteuropäer. Zu den Vietnamesen oder Asiaten kann ich da leider nichts sagen.

Interview Nr. 6, geführt am 31. 01. 2014

Träger in Bayern (Krankenpflege)

Sie haben in Ihrem Unternehmen ausländische Fachkräfte? Haben Sie sie auch angeworben oder sind sie schon lange bei Ihnen und, aus welchen Ländern kommen sie?

Also zum Thema internationale Pflegekräfte war genau das die erste Hürde. Ich kann Ihnen ziemlich genau die Zahl sagen, die über meine Bemühungen in die Kliniken gekommen sind in den letzten dreieinhalb Jahren. Das sind 60 Pflegekräfte.

Wie viele haben Sie denn insgesamt bei Ihnen in der Pflege?

Insgesamt über die Kliniken hinweg haben wir, nachdem ich gerade nochmal geschaut habe, das sind ca. 3.500, vielleicht ein paar mehr, weil manche Kliniken noch nicht ganz angeschlossen sind. Und dann ist jetzt noch die Frage mit dem Personenkreis, wie die genau abgebildet werden.

Und 60 haben Sie jetzt geholt – aus welchen Ländern?

Ganz unterschiedlich, also aus der EU: Lettland, Litauen, Polen... da kann ich Ihnen die ganzen europäischen Nachbarländer aufzählen, Tschechien, Slowakei, Kroatien, Bosnien, Serbien, Rumänien, Bulgarien, auch Italien und Spanien.

Gibt es ein Land aus dem Sie am meisten hergeholt haben?

Es gibt immer so gewisse Tendenzen... mit diesem Herholen, da zucke ich fast ein bisschen zusammen. Wir haben ganz am Anfang mal inseriert, als wir das gestartet haben. Aber mittlerweile haben wir Kooperationen, wir holen gewisse Gruppen aus einem Land, in kleinerem Umfang. Also gerade zum Beispiel Italien haben wir im letzten Jahr einmal vier Pflegekräfte geholt. Oder auch Spanien. Aber die meisten, die zu uns kommen finden uns initiativ, per Homepage, über persönliche Kontakte, über Leute die schon bei uns arbeiten, die eben hier im Land sind. Wirklich die allermeisten in den letzten zwei Jahren, also alle Bewerbungen sind initiativ eingegangen.

Wie sieht es mit deren Deutschkenntnissen aus wenn sie kommen?

Ja, ganz am Anfang waren wir natürlich auch blauäugig und waren da sehr großzügig. Und haben gedacht mit einem gewissen Start-up-Camp, also so zwei Monate Sprachkurs, da wird das schon klappen.

Haben Sie den Sprachkurs bereitgestellt?

Ja, genau. Also 2010 gab es noch keine Fördermöglichkeiten, oder 2011. Und dann hat das Unternehmen das bezahlt, was auch wirklich sehr teuer und aufwändig war. Wir haben einfach festgestellt, dass die Sprachkenntnisse oft nicht ausreichen. Wir brauchen einfach, um damit gut arbeiten zu können, ein gutes Niveau, damit die Kollegen auf den Stationen nicht überfordert sind, weil es da auch schwierige Situationen gab die sehr viel Kraft gekostet haben. Also: „Je besser desto gut.“ Mittlerweile ist eigentlich der Standard das Niveau B2, ein bisschen darunter, dass man vielleicht noch nachschulen muss. Jemand muss noch nicht das Zertifikat in der Tasche haben aber einfach schon, ja. Ich habe mittlerweile schon die Erfahrung, ich höre [...] schon ganz gut ungefähr, was für ein Niveau das ist. Also eigentlich mittlerweile so um B2 herum.

*Und es ist doch auch so, dass die dann in Deutschland zunächst die Berufsa-
nerkennung benötigen, und bis dahin bei Ihnen als Hilfspflegekräfte tätig sind?*

Genau, die können als Pflegehelfer arbeiten. Deswegen ärgert uns das ja unheimlich, dass von politischer Seite Ressourcen nicht adäquat, zumindest bei der Regierung von Oberbayern, zur Verfügung gestellt werden. Also da gibt es einfach nicht mehr Menschen in der Behörde, zur Bearbeitung der Unterlagen. Das ist ja ganz klar: Wenn sich die Möglichkeiten hier zu arbeiten erweitern, kommen mehr Menschen – das ist ja auch de facto so – aber es ist die gleiche Anzahl an Mitarbeitern in der Behörde. Und das kann irgendwie nicht funktionieren, deshalb sind wir selbst bei einfachen Dingen wie EU, also Spanien/Italien - also drei Monate wartet man auf alle Fälle auf einen Bescheid.

*Das heißt wenn alle Unterlagen da sind und die Sprachkenntnisse nachge-
wiesen werden können, dann dauert es trotzdem drei Monate?*

Und der andere Punkt ist: Hier die Behörden sind unterschiedlich strukturiert, bei Ärzten ist das zum Beispiel nicht so, aber bei den Pflegekräften – die müssen hier in Deutschland gemeldet sein, also zumindest bei der Regierung in [XX] mit der ich am meisten zusammenarbeite. Das heißt, wenn ich jemanden in einem Land gefunden habe oder er hat uns gefunden, er oder sie war auch beim Vorstellungsgespräch, aber es besteht nicht die Möglichkeit, zu diesem Zeitpunkt schon die Anerkennung zu beantragen, weil es eben immer so lange dauert die einzureichen, dann man muss warten, bis derjenige da ist. Und der ist gezwungen, als Krankenpflegehelfer hier zu starten.

Und das verursacht meistens Frust bei denen, oder?

Es macht einfach Schwierigkeiten. In Ballungszentren oder in hochpreisigen Lagen wie hier [XX], ist es einfach schwieriger, einen gelungenen Start in Deutschland hinzukriegen wenn man erst einmal mit weniger Gehalt anfangen muss. Die Mieten sind hoch. Also man braucht schon sehr viel Kraft. Wir

machen zum Beispiel, bzw. wir geben den Leuten meistens [Unterstützung], weil in [XX], oder auch in der Region um [XX], sich sonst kein Mensch eine Wohnung leisten kann. Wir haben nicht die glückliche Situation, dass wir wahnsinnig viele Mitarbeiterappartements oder ganz klassisch Schwesternwohnheime haben – wir sind ein privates Klinikunternehmen. Nach einer Anlaufhilfe, von sagen wir mal zwei Monaten, auch in [XX], in der wir ein WG-Zimmer zur Verfügung stellen oder ein Appartement, suchen sich die Leute selbst etwas. Jetzt haben sie auf einen Schlag die Miete, die Kautions und am besten noch eine Maklerprovision zu bezahlen. Das ist einfach schwierig und ohne Vorschuss von der Klinik geht das nicht, als Arbeitgeber muss man ganz schön viel investieren am Anfang.

Können Sie mir eine ungefähre Hausnummer nennen, was Sie eine ausländische Fachkraft so kostet in der Rekrutierung, weil Sie ja zum Teil auch Sprachkurse zahlen?

Die Kosten: Beim allerersten da waren wir, ohne verzögerte Einarbeitung oder so, bei ca. 9.000 EUR komplett. Bis der ganze Sprachkurs und alles finanziert war. Aber mittlerweile hat sich das schon sehr nach unten gedreht, auch durch die Förderprogramme der EU. Da liegen wir schon deutlich darunter. Ich glaube, also ich hoffe, dass ich jetzt nicht zu naiv rechne, aber ich denke zwischen 2.500 und 3.500 EUR. Aber auch nicht bei allen, das ist nicht der Schnitt, das ist so das Maximum. Das sollte ich vielleicht nochmal konkret erheben. Ich habe jetzt von 2013, also was man für wen bezahlt, noch nicht gemacht. Weil es gibt ja wahnsinnig viele die initiativ kommen, die schon B2 Niveau haben, wo man vielleicht noch ein bisschen nachschulen muss. Da unterstützen wir vielleicht nur bei den Prüfungsgebühren. Im Schnitt würde ich schätzen ist man vielleicht bei 1.500 bis 2.000 EUR. Sie müssen auch ein bisschen Geld bekommen, um leben zu können. Und gerade die Unterkünfte hier, das hatten wir zum Glück geregelt, das ist einfach so teuer. Das Taschengeld, das ist wirklich ein echter Knackpunkt, und das wäre auch beinahe missglückt, nur in gewisser Weise mit eiserner Teamführung war das erfolgreich. Ich denke, uns geht es da noch relativ gut im Vergleich zu Seniorenresidenzen oder Altenpflegeeinrichtungen, wir sind ja als spezialisiertes und privates Klinikum noch sehr attraktiv für Bewerber aus dem Ausland.

Wenn Sie jetzt sagen, dass Sie wirklich mit B2 und so weiter fast nichts mehr tun müssen. Die Leute kommen zu Ihnen...

Fast nichts mehr tun ist vielleicht auch nicht ganz richtig, aber wir müssen jetzt nicht mehr so viel investieren. Aber das Kümmern, das Begleiten, das Coachen, das Da-Sein, das Mit-Betreuen, das macht wirklich [viel aus]. Ich bin in der Zentrale der Ansprechpartner, ich begleite das ganze Anerkennungsverfahren, unterstütze beim Start mit Banken, Krankenkasse usw. Und natürlich unterstütze ich vorher im Bedarfsfall mit der Arbeits- und Aufenthaltsgenehmigung die Kliniken, dass sich die Personalabteilungen dort nicht kümmern müssen. Ich organisiere dann noch Sprachkurse, B2 Prüfungen mit dem Sprachinstitut zusammen, also das alles wird schon begleitet und es macht viel Mühe. Und nur so hat es glaube ich auch gut funktioniert bisher. 92% der Pflegekräfte, die über mich in die Kliniken gekommen sind, sind auch

noch da. Und das ist glaube ich bei vielen anderen anders. Unsere Philosophie ist nach wie vor: Wir bestellen nicht irgendwo, wie ich schon gehört habe, sagen wir mal 20 Pflegekräfte die wir gerade brauchen. Sondern wir betreiben das kleiner, individueller, und für uns ist jeder internationale Bewerber ein Individuum. Ein Mensch, der die und die Unterstützung benötigt.

Bekommen Sie auch mit, wenn die Leute dann bei Ihnen sind und im Alltag in den Kliniken arbeiten, gibt es da große Probleme mit Verständigung, auch wenn sie B2 haben? Einfach aus kulturellen Unterschieden heraus?

Also wir haben ja noch nicht China, Indien, Vietnam oder sonst was. Also nein, eigentlich nicht, nein. Aber wir sehen, weil wir immer noch internationaler werden: Das Adoptivkind, das ursprünglich aus Ghana vielleicht kommt, schon in der zweiten Generation jemand aus Tunesien oder so. Also die Hintergründe sind auch bei den Leuten, die schon lange hier sind, sehr unterschiedlich. Wir werden immer internationaler. Ich glaube, das ist auch eine Ihrer Fragen im Zuge von interkulturellen Kompetenzen. Das ist 2014 eines der Hauptthemen, oder ein Thema dem wir uns sehr intensiv widmen werden. Da werden wir Schulungen und Angebote für unsere Führungskräfte machen, damit wir es eben gar nicht so weit kommen lassen. Aber derzeit, hm... richtige Probleme oder interkulturelle Missverständnisse, da bräuchten wir jetzt vielleicht tatsächlich die Stationsleitungen. Aber ich denke, ich hätte es sonst erfahren. Weil eigentlich versuchen wir schon immer, dass klar in meine Richtung kommuniziert wird und Probleme auch weitergegeben werden. Ich denke noch – in Klammern – noch nicht.

Können Sie etwas zur Pflegefachlichkeit sagen? Das ist natürlich jetzt eine große Gruppe, und sicher unterschiedlich in Lettland und in Spanien...

Sehr unterschiedlich. Das Thema Pflegefachlichkeit ist wirklich sehr individuell, wie die Vorkenntnisse eben sind. Es lassen sich schon so gewisse Tendenzen erkennen. Wenn Sie jetzt gerade das Stichwort Spanien nannten: Wenig Erfahrung bis keine im Bereich von Grundpflege, das ist so eine Tendenz die ich ganz generell für das Ausland akzeptieren würde. Da gibt es auch andere Bereiche, auch Kroatien oder Serbien oder so, da gibt es [...] nochmal zwei Pflegehilfsstufen darunter, die eben waschen und das alles machen. Und die anderen müssen eben mehr spritzen und Medikamente geben. Wobei bei uns das Spektrum in der Pflege in den Akutkliniken oder neurologischen Rehakliniken anders ist, da ist die Pflege wirklich hochspeziell. Und da haben wir schon einige internationale Pflegekräfte [gehabt], die vielleicht gedacht haben „ja, ich lasse mich darauf ein, ich habe das schon gehört, das ist jetzt nur ein Ausbildungsberuf in Deutschland und kein Studium und da wird gewaschen“... Ich glaube die haben schon sehr schnell gemerkt, dass in einer neurologischen Rehaklinik waschen nicht waschen ist. Da geht es um therapeutische Waschung: Anregend und beruhigend und Aromapflege mit Ölen usw. Auch da glaube ich ist in Deutschland, ich kann vor allem nur für unsere Kliniken sprechen, die pflegerische Kompetenz und Fachlichkeit sehr stark damit verknüpft. Also, dass man da glaube ich schon sehr viel lernen muss.

Also auch im positiven Sinne Diversity? Man kann also auch deren andere Kompetenzen in der Pflege sinnvoll einsetzen wenn sie eher medizinisch ausgebildet sind?

Ich denke in Zukunft, oder das ist auch meine Hoffnung, dass da ein bisschen mehr Selbstbewusstsein an die Pflege kommt im Hinblick auf „was kann ich machen“. Viele Dinge sind für die völlig selbstverständlich, auch wenn sie es hier nicht anwenden dürfen. Aber sie werden ja dann schon sagen, bei uns ist das so und so, da wird auch intubiert und was nicht alles. Auf der anderen Seite [...], Grundpflege nicht nur, also, wenn ich Patienten berühre beim Waschen, dass das nicht so einfach ist, wie man sich denkt. Dann muss man das auch ganz anders ausgestalten. Ich denke, da können wir schon sehr voneinander profitieren.

Wenn man jetzt mal auf die Stationsleitungen abstellt, die bei Ihnen dann diese Fachkräfte einsetzen: Haben die Vorbehalte? Sagen die „ich möchte keinen Ausländer haben“, oder sind die alle da positiv? Und haben Sie das Gefühl, die sind dann dadurch gestresst und haben mehr Arbeit und weigern sich da – wie ist das?

Es gibt bei uns immer nur ganze Kliniken, die sagen, „wollen wir nicht“. Auch Pflegedienstleitungen, die sagen „nein, das sehe ich einfach nur sehr kritisch“. Und es gibt schon sehr viele Kliniken, die über den Schritt hinausgegangen sind. Und die hatten auch von Stationsleitungen, oder von einigen, Widerstände, die hatten sehr große Skepsis und meinten „das geht gar nicht – wie soll denn...?“. Da ist die Lernkurve, bzw. da wurden schon positive Erfahrungen gemacht. Da haben die Skeptiker gesehen, dass da Leute kommen die einfach motiviert sind, die gut arbeiten, die gerne arbeiten, die gut mit dem Patienten umgehen, die haben einfach eine gewisse Ruhe, das kann ganz gut klappen. Da ist dann natürlich die Offenheit viel größer. Aber in jedem Haus, auf jeder Station wo das nicht so ist, müssen die ihren Weg gehen. Und das ist dann vielleicht auch manchmal kritisch. Wo Leute dann, wenn die Stationsleitung das auch nicht so sieht, ausgegrenzt werden. Das haben wir auch schon erlebt. Da muss man dann halt auch mal die Station wechseln und viele Gespräche führen, und nacharbeiten.

Und führt das nun dazu, dass die Stationsleitungen besonders belastet sind, eher mal krank sind, weil sie mehr Arbeit mit internationalen Fachkräften haben, oder sich eher gestresst fühlen, oder noch weniger Zeit haben?

Ganz ehrlich, ich glaube für die Stationsleitungen ist der größte Stressfaktor nicht besetzte Stellen. „Wie soll ich dann einen Dienstplan schreiben? Wie soll ich Krankheitsausfall kompensieren?“ Das nehme ich so als größten Stressfaktor wahr, weil man dann keine Zeit mehr für gar nichts hat. Da muss man selbst mitarbeiten. Ich glaube da sind alle Stationsthemen fast eher noch einfach.

Wie werden die ausländischen Fachkräfte im Team aufgenommen? Bei den Mitarbeitern?

Das ist sicher sehr unterschiedlich, wie der Mensch ist. Der eine geht da sehr offen damit um, der andere beäugt das sehr kritisch, der Dritte kämpft richtig dagegen. Das ist eben, wie die Menschen halt so sind. Da ist es eben sehr wichtig, dass die Stationsleitungen, die Pflegedienstleitungen, das dann auffangen und gut begleiten. Aber das klappt jetzt, in den Kliniken läuft die Arbeit jetzt wirklich sehr gut.

Haben Sie Maßnahmen zur Unterstützung der Führungskräfte unternommen oder wollen Sie das erst 2014 machen?

So richtig strukturiert, mit weitergehenden Schulungen, machen wir das erst. In der letzten Zeit haben wir das vor allem durch mich, mit Gesprächen, Unterstützung, mit dabei Sein, mit Vorbereitung, bevor jemand kommt, und auch Konzepten, wie etwas sein muss. Was bedeutet das eigentlich das mit der Anerkennung usw.?

Haben Sie – außer Ihnen – noch spezielle Mentoren für die ausländischen Fachkräfte in der Praxis im Einsatz?

Die Einarbeitung läuft ja sehr strukturiert über die Praxisanleiter, von denen sich die allermeisten auch mit den internationalen Kollegen schon verständigt haben. In den meisten Kliniken gibt es auch noch einen „Kümmerer“, der nichts mit der praktischen Einarbeitung zu tun hat, sondern sich um das andere mitkümmert. Also um die nebenpraktischen Dinge.

Ja, wir haben auch schon in anderen Interviews gehört, dass es gar nicht nur die Arbeit ist, sondern die benötigen auch Unterstützung bei Wohnungssuche, bzw. Sparkasse, Krankenkasse...

Das läuft über mich, also zentral, wenn die kommen. Und auch weitergehend, wenn zum Beispiel ein Kindergeldantrag gestellt werden muss. Also für den ganzen Bürokratiekram, da bin ich dann da. Aber gerade die Wohnungssuche, da unterstützt auch das Team oder, oft ist es auch die Stationsleitung, die sich da in die Bresche haut. Und dann über die ureigenste Aufgabe hinaus unterstützt und sagt „komm, hier ist Internet, jetzt schauen wir mal“.

Jetzt haben wir die Frage, wie sich verschiedene Kulturen unterscheiden in der Kommunikation oder Anleitung...

Also da muss ich sagen, dass alle Pflegekräfte, die wir haben, aus dem osteuropäischen Umkreis sind. Und da gibt es die Kulturunterschiede was Kommunikation usw. angeht, nicht, bzw. die sind nicht sehr groß.

Sie sagten, dass Sie mit der Rekrutierung aus asiatischen Staaten noch nicht so weit sind?

Da haben wir auch schon welche. Also ich denke die, die den Weg zu uns geschafft haben, entweder waren die schon sehr angepasst, oder... keine Ahnung. Das steht jetzt nicht fest, da müsste ich nochmal dezidiert nachfragen, ob bei der afrikanischen Altenpflegerin in einer Klinik von uns etwas anders ist, bzw. was da anders ist.

Können Sie speziell zum Thema Arbeits- und Gesundheitsschutz etwas sagen? Wir wollten gerne wissen welche Vorerfahrungen die Fachkräfte speziell in den Bereichen mitbringen.

Was uns zum Beispiel fehlt ist das Thema Kinästhetik, also kinästhetische Arbeitsweise, das ist unbekannt, also großflächig unbekannt.

Unternehmen Sie da spezielle Schulungsmaßnahmen?

Wir haben große Schulungskonzepte, fachlich in allen Bereichen. Und gerade auch was... angeht und Kinästhetik. Das wird rauf- und runtergeschult. Natürlich ist das für alle gleich. Da wird kein Unterschied gemacht zwischen international und deutsch, das ist bei allen gleichermaßen wichtig. Gerade aktuell: Sicherheitskanülen sind zum Beispiel auch in Spanien, glaube ich nicht bekannt. Von anderen Ländern reden wir jetzt gar nicht, aber auch wo man sich denkt, das ist naheliegendes europäisches Ausland, vom Niveau her ähnlich. Aber die konnten damit nur vereinzelt umgehen. Und auch nur, weil sie sehr clever waren und schnell erkannt haben, was das soll. Sonst waren die Materialien einfach nicht bekannt.

Wäre es für Sie hilfreich die Unterlagen, die die BGW heraus gibt in anderen Sprachen zu haben? Oder sehen Sie das nicht unbedingt notwendig?

Da wollte ich gerade sagen: In welcher Sprache machen wir das denn dann? Ehrlich gesagt, da bin ich beinhart. Wir arbeiten hier in Deutschland. Da gebe ich lieber nochmal die BGW-Unterlagen. Das ist vielleicht nochmal eine gute Anregung, dass man, wenn etwas stattfindet, begleitend nochmal in einen Sprachkurs mit reingeht. Aber ansonsten, bei den ganzen Einarbeitungskonzepten geht es ja sehr stark um Arbeitssicherheit. Nicht nur die ganze Einweisung. Bei uns gibt es dezidierte Einarbeitungskonzepte. In manchen Kliniken arbeiten Leute – auch deutsche und natürlich internationale – erstmal überhaupt nicht bei Patienten oder auf Stationen, sondern machen erst drei Tage Schulung. Da werden viele Themen abgefangen, da ist natürlich auch Hygiene ein großes Thema, auch für die BGW. Auch da schulen wir rauf und runter, wirklich sehr, sehr viel. Und da gibt es eben Einarbeitungskonzepte mit Dokumentation und separaten Schulungen. Da sind wir wirklich glaube ich sehr gut aufgestellt. Aber das trifft wie immer alle, da wird keiner ausgenommen.

Weil Sie gerade sagten, Dokumentation, gibt es denn da Probleme? Vielleicht aus sprachlichen Gründen?

Ja, also da ist es vielleicht sogar manchmal ganz hilfreich, wenn die internationalen Kollegen in der ersten Zeit, in den ersten Monaten als Krankenpflegehelfer, auch noch in der Einarbeitung die Dokumentation machen müssen. Wenn Sie da noch begleitet werden, weil diese schriftlichen Bereiche sind zugegenermaßen schwierig. Wir arbeiten, was Pflegedokumentation angeht, sehr viel am PC. Von dem her ist das, mit Textbausteinen usw. etwas einfacher. Aber das ist einer der Punkte, die über Sprachkurse wirklich noch aufgebaut werden müssen: Intensive Schulungen und die Art der Dokumentation. Viele kennen das schon, auch aus ihrem Heimatland. Das ist jetzt nicht so das Thema, eher wie das angewandt wird.

Das ist ja auch sehr speziell, die Bürokratie in den Ländern.

Allein ist dann jemand unterwegs, wenn er sprachlich, vom Ausdruck her [Defizite hat] bzw. die Einarbeitung wird erst dann abgeschlossen, wenn jemand tatsächlich so weit ist.

Haben Sie etwas gehört, dass die Einstellung, zum Beispiel zu sachgerechtem Schuhwerk, Schminken, Schmuck tragen, bei den ausländischen Fachkräften am Anfang anders ist?

Nein, also ja. Sicher, gerade Hygiene, so Sachen wie künstliche Nägel, Schmuck, Ohrringen usw.. Aber da gibt es sicherlich auch deutsche Pflegekräfte, die man da noch darauf hinweisen muss. Das ist immer gleich. Aber ich sag mal, die Anpassungsquote ist da wesentlich höher, da wird das Verhalten auch schnell geändert. Das ist meine Wahrnehmung. Da wird nicht an irgendwelchen Ohrringen oder Plateauschuhen oder Fingernägeln festgehalten. Sondern man sagt einmal „aus dem und dem Grund ist das bei uns so, Hygiene, Sicherheit“, und dann sagen die ja, aha. Und dann ist das Thema eigentlich durch. Also Probleme in dem Sinn haben wir da keine, vielleicht einmal ein Hinweis und das war's.

Bei Spaniern haben wir gehört dass die ein Problem damit haben, kurze Mittagspausen zu machen?

Also das ist mir jetzt nicht bekannt. Vielleicht, dass die dann müder, überanstrengter am Anfang waren. Das schon, im Zuge der Anpassung, das ist ja auch einfach die Fülle an neuen Dingen die man bewältigen muss, das ist viel Stress. Aber das kann ich jetzt so nicht bestätigen, nein.

Gehen Sie davon aus, dass Sie auch weiterhin internationale Fachkräfte einstellen werden, vielleicht sogar vermehrt?

Auf jeden Fall, das ist so die Tendenz. Es gibt auch Einzelbeispiele, zum Beispiel aus den Jahren des Jugoslawienkriegs. Ich habe gerade eine Mitarbeiterin aus Bosnien, die hat in Deutschland ihr Examen gemacht, musste dann aber zurück. Und konnte jetzt Gott sei Dank nach Deutschland kommen und arbeiten.

Dann ist sie ja von der Berufsausbildung fast hier sozialisiert?

Sie ist voll sozialisiert, spricht bestes gepflegtestes Hochdeutsch, hat ein deutsches Examen in der Tasche, Kinder waren auch schon da. Ich glaube einfach, die Definition müsste ich erst mal wissen, was eine ausländische Pflegekraft ist? Ist es die mit dem ausländischen Abschluss? Ist es die mit der ausländischen Staatsbürgerschaft oder was ist es eigentlich?

[...] Was muss man da den Unternehmen aus Sicht der BGW noch mit an die Hand geben, um das Thema Arbeitsschutz zu befördern und um negative Einflüsse möglichst zu verhindern? Ändert sich die Zusammensetzung der Belegschaft?

Aus meiner Sicht nein, es ist nur das Thema vorher, also der Integration, Thema Sprachkenntnisse. Da muss man schauen dass die Leute auf unser System gut eingestellt werden.

Nehmen wir mal an, die BGW würde sagen, wir sehen das als Thema, wir würden jetzt auch mal Führungskräfte auf unsere Kosten interkulturell schulen. Würden Sie da Ihre Führungskräfte auch hinschicken?

Na gerne.

Denken Sie, dass Sie sich weiter auf Europa konzentrieren werden? Oder würden Sie es auch mit asiatischen Fachkräften versuchen?

Ich bin gerade in Kontakt mit zwei philippinischen Pflegekräften. Sie sind keine Triple-Win-Absolventen, was in Europa ein Problem ist. Die haben sich auf den Weg gemacht, weil die Schwester schon viele Jahre in Deutschland ist. Mit ihr bin ich schon seit drei Jahren in Kontakt. Und jetzt ist es soweit, dass der Bruder auch kommen könnte. Ich habe schon immer so ganz andere Dinge, weil Triple-Win ja auch nicht ganz billig ist. Also [...] – da zucke ich schon ein bisschen zusammen. Da geht es dann wieder darum, ob das überhaupt auf einem anderen Weg möglich ist. [...] Da müssen wir mal schauen. Das verlangt natürlich auch wieder viel Engagement von den Leuten. Aber ja, Philippinen, Vietnam könnte ich mir vorstellen. Wegen China hatte ich grade vorher jemanden am Telefon, da sage ich erst mal nein. Das ist noch zu weit weg, da sehe ich zu große kulturelle Differenzen. Und da sehe ich nicht ganz, dass wir monatelange interkulturelle Trainings machen. Da ist die Welt zu groß. Südamerika zum Beispiel könnte ich mir vorstellen.

Größere Maßnahmen führen Sie nicht durch? Dass Sie zum Beispiel Kontakt zum Land aufnehmen und dann dauerhaft, jedes Jahr welche herüber holen?

Nein, bisher nicht. Wir machen das im kleinen Rahmen: Mit einer Sprachschule und Personalvermittlung in Italien, da gibt es Potenzial und ganz gute Möglichkeiten. Also nicht Spanien oder Griechenland.

Kurz- und mittelfristig ist das sicher eine gute Chance für Spanier oder Italiener einen guten Job zu finden. Aber ich glaube, sobald es in ihren Ländern wieder besser geht und sie dort Jobs finden, werden sie wieder nach Hause gehen?

Spanier ja. Aber die Italiener, die wir jetzt gewonnen haben, waren/sind so genervt von den Strukturen im eigenen Land, denen passt das gut hier. Die bleiben ganz gerne hier. Die können ja auch mal kurz heimfahren. Deshalb glaube ich, dass da die Chancen recht gut sind, dass sie wirklich dauerhaft in Deutschland bleiben. Klar, irgendwann spielt vielleicht das Thema Angehörige eine größere Rolle, aber bis dahin vergehen noch einige Jahre.

Wie alt sind die rund 60 ausländischen Mitarbeiter die Sie haben? Sind das alles junge Leute?

Nein, das ist sehr durchwachsen. Es gibt zwei Groblinien: Die jungen Singles ohne Kinder und aus Ungarn oder zum Teil auch Polen hatte ich schon viele Bewerbungen. Da waren die Frauen über 40 Jahre und haben schon größere Kinder. Die wollen dann eben nochmal neu starten.

Haben Sie da auch Erfahrung? Haben Sie über 40jährige eingestellt?

Ja, Lettland. Die sind noch ganz am Anfang. Wenn die Kinder so Teenager sind, hat man einfach noch dieses Nachwuchsthema. Aber die haben das eigentlich alle ganz gut hinbekommen, dass sie sie dann nachgeholt haben. Bei den meisten war das ohne Mann – wir haben aber schon auch ganze Familien. Querbeet.

Interview Nr. 7, geführt am 05. 02. 2014

Träger in NRW (Krankenpflege)

Welche Erfahrungen haben Sie denn schon [mit ausländischen Pflegekräften] gemacht?

Ausländische Pflegekräfte, die wir in Spanien rekrutiert haben, arbeiten seit Februar 2013 bei uns. Weitere nicht in größeren Zahlen. Zuvor aus Rumänien.

Wie viele spanische Pflegekräfte beschäftigen Sie und wie haben Sie sie gewonnen?

In unserem Haus sechs, bundesweit 20-25. Wir haben Stellenanzeigen in Spanien geschaltet, das lief über die Personalabteilung. Wir haben dann Gespräche in Spanien vor Ort geführt.

Wie sind die spanischen Kräfte bei Ihnen tätig und wie wurden die vorklassifiziert?

Wir hatten zunächst ein halbes Jahr verpflichtenden Deutschkurs (B2 Level). Die ersten drei Monate hatten sie nur den Deutschkurs, dann tageweise Hospitation, um die Arbeitsweise kennen zu lernen und die Sprache in der Anwendung zu erleben. Durchgeführt hat das die VHS, gezahlt haben wir. Seit November arbeiten sie fest in Stationsteams als examinierte Pflegekräfte. Durch das B2-Zertifikat konnten wir die Ausbildung bei der Bezirksregierung in Düsseldorf anerkennen lassen.

Gabe es sprachliche Vorkenntnisse?

Teilweise.

Welche weiteren Maßnahmen haben Sie zur Integration ins neue Umfeld und auf den Stationen ergriffen?

Zugeteilte Mentoren – pro Station ein Ansprechpartner, der sie praktisch eingeführt hat. Interkulturelle Trainings hatten wir bisher nicht.

Gab es Einführungswochen, Informationsmaterialien?

Wir arbeiten grundsätzlich bei neuen Mitarbeitern mit einem Einführungskonzept. Das ist auch mit denen durchgeführt wurden. Und natürlich haben wir das Haus, Abteilungen etc. vorgestellt.

Gab es Besonderheiten für die spanischen Pflegekräfte zur sprachlichen/kulturellen Eingewöhnung?

Am Anfang gab es etwas Berührungsängste, besonders wegen der Sprachbarrieren, dann haben sie sich aber dem Team dank der freundlichen Aufnahme geöffnet und unternehmen auch privat mit Kollegen etwas. Es gab verschiedene Veranstaltungen, wo wir sie direkt mit eingebunden haben.

Welche Herausforderungen hatten sie als Einrichtung am Anfang hinsichtlich der Sprachbarriere?

Sprachbarriere weniger, wir haben spanisch sprechendes Personal, wie unseren Personalleiter, der selbst Spanier ist. Das war sehr erleichternd.

Gab es in den Teams/auf den Station Herausforderungen? Mehrarbeit für die Deutschen?

Das nicht, denn sie wurden nicht als volle Kraft angesehen, sie haben niemanden komplett ersetzt, sondern wurden zusätzlich zur normalen Dienstbesetzung on-top eingesetzt.

Wie lief die Kommunikation am Anfang?

Kommunikation war am Anfang eher zurückhaltend von beiden Seiten. Die Spanier wussten nicht, was auf sie zukommt, die Deutschen, was sie ihnen zutrauen konnten und wie viel die Kollegen verstehen. Durch die Mentoren konnte das ein Stück gesteuert und eingeschätzt werden. Wir haben je Kraft einen Mentor, die Aufgaben (während der Dienstzeit) sind ähnlich wie bei Praxisanleitern. Praxisanleiter sind bei uns auf fast jeder Station auch für normale Pflegeschüler – sie haben zum Teil auch die Mentoren unterstützt.

Was ist bei der Anleitung und Führung wichtig für Leitungskräfte? Was sollten sie mitbringen?

Es muss strukturiert und organisiert sein. Wichtige Dinge dürfen nicht vergessen werden. Das ist von vorneherein geregelt, da wir Instrumente und Werkzeuge nutzen können, die schon im Rahmen der Einarbeitung verwendet werden und viele Prozesse auch einfach im Qualitätsmanagement beschrieben sind.

Ist wichtig, dass die PDL's den kulturellen Hintergrund kennen?

Da ist eher das Fachliche entscheidend.

Gibt es kulturelle Unterschiede zwischen spanischen und rumänischen Pflegekräften?

Das Alter war unterschiedlich, Spanier sind mit Anfang 20 sehr jung, Rumänen Anfang 40. Es gibt sicher auch kulturelle Unterschiede. Ein Knackpunkt ist sicher, Pünktlichkeit, Ordentlichkeit und Gewissenhaftigkeit näher zu bringen und zu vermitteln und sich darauf einzustellen, dass das in südlichen Ländern vielleicht nicht so ist.

Für wie sinnvoll halten Sie denn interkulturelle Trainings für Führungskräfte und die ausländischen Pflegekräfte?

Interkulturelle Trainings finde ich sehr wichtig. Ich denke sie tragen mit ihrer interaktiven Gestaltung ein Stück dazu bei, die Sprachbarriere und Berührungspunkte zu überwinden.

Zum Thema Arbeits- und Gesundheitsschutz und Prävention – Welche Vorerfahrungen haben die Spanier und Rumänen?

Da muss man sicherlich sensibilisieren und auch auf unser Niveau bringen. Wir tun ja sehr viel für unsere Mitarbeiter, die spanischen Pflegekräfte haben da eher weniger Vorerfahrungen. Gerade in Bereichen wie rückengerechtes Arbeiten. Da werden aber im Rahmen der Einstellung die Vorkenntnisse aller Mitarbeiter, egal woher, eruiert und durch Trainings und Schulungen Unterstützung angeboten. Wir haben zum Beispiel Bobath-Schulungen, die ja nicht nur dem Patienten zugute kommen, sondern natürlich auch dem Mitarbeiter. Das ist so eine Grundausbildung, die wir allen bieten und wo wir jetzt, nachdem sie in den Teams gut angekommen sind, mit den spanischen Pflegekräften weiter machen.

Wissen Sie, ob das in der Ausbildung in Spanien weniger vermittelt wird?

Mir scheint das kein Bestandteil der Ausbildung zu sein.

Wie sieht das mit dem Stichwort Hygiene aus?

Da sind eher Basics bekannt – das wird bei uns monatlich geschult. Wir haben Pflichtschulungen, wo jeder teilnehmen muss, egal ob Pflegekraft oder Verwaltungsmitarbeiter und wir gehen da auch speziell in die Teams. Die Stationsleitungen gehen gezielt in einzelne Teams, wo es Diskrepanzen gibt, man kann sich einzeln schulen lassen. Aber auch da ist eher ein Basiswissen vorhanden.

Auf dieses gleiche Niveau mit den deutschen Mitarbeitern bringen Sie die ausländischen Pflegekräfte mit den gleichen Schulungen, wie für die deutschen?

Ja, genau. Uns ist es wichtig, dass wir da keine Unterschiede machen, schon allein, um eine Hilfestellung zu geben, wirklich der deutschen Sprache mächtig zu werden. Also wir haben von vornherein alle nur Deutsch mit den Spaniern gesprochen, auch der Sprachkurs war deutsch-deutsch und nicht spanisch-deutsch.

Sind am Anfang die Kräfte einem größeren Gefährdungspotenzial ausgesetzt?

Das glaube ich nicht, nein. Sie wurden ja langsam in die Teams und die Stationen eingeführt und von daher nein.

Was sollte Leitern/Trainern vermittelt werden damit sie ausländischen Pflegekräften Grundprinzipien des Arbeits- und Gesundheitsschutzes gut vermitteln können?

Gewisse Grundoffenheit ist definitiv wichtig. Nicht aufzugeben. Es gab sicher auch bei uns einige Situationen, wo wir dachten, das passt jetzt vielleicht nicht so gut, aber man muss einfach mit denen sprechen, das ist wichtig.

Gehen sie auf Leitungskräfte zu und geben Tipps, damit die nicht so schnell frustriert sind?

Ja, Tipps, selbstverständlich. Aber irgendwelche Instrumente oder sonst irgendwas, was sie mit an die Hand bekommen. Aber ich glaube nicht, nein.

Halten Sie Informationsbroschüren zum Verständnis und mit Tipps für sinnvoll?

Ich denke, es hängt auch sehr mit den einzelnen Personen zusammen, weniger mit der kulturellen Ebene. Es sind einfach Individuen und entweder man interessiert sich dafür, oder nicht. Man muss denen einfach klar machen, dass es für uns wichtig ist.

Bei den Schulungen für die Kräfte, was stellen Sie sich da an Materialien vor?

Ich denke bei so aktiven Trainings bleibt mehr im Gedächtnis hängen, wenn man es mal gemacht hat. Das gilt für alle Sachen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz. Das merkt man auch bei unseren Mitarbeitern, da kann man stundenlang PowerPoint halten und erzählen, das ist nicht so effektiv, wie üben. Schulungsvideos sind sicher hilfreich, versuchen wir auch selbst für andere Bereiche und für alle Mitarbeiter. Damit lassen sich Sachen nicht nur inhaltlich schneller beibringen, das ist auch ein zeitlicher Faktor. Es gibt bestimmte Programme, wo man dann sagen muss: „Du musst Dir das jetzt bis zum Tag X durch eine Selbstschulung erarbeiten“, aber der Mitarbeiter kann sich das frei einteilen.

Wenn Sie der BGW kommunizieren könnten, was zur Vorbereitung der Tätigkeit bei Ihnen und zur Sensibilisierung hinsichtlich der Themen Arbeits- und Gesundheitsschutz sinnvoll ist, was wäre ihr Vorschlag?

Eine Infobroschüre, die man im Ausland aushändigen kann, als Teil der Stellenausschreibung, wäre schön. Damit könnten die auch einfach wissen, dass das hier so ernst genommen wird und dass das ja auch ein wichtiger Punkt ist, einfach auch, um den Mitarbeiter auch zu gewinnen. Nicht nur das Unternehmen und welche Benefits der Mitarbeiter hat, sei es ein höheres Gehalt, als in Spanien oder Rumänien, Altersvorsorge und alles, was dazu gehört, sondern auch wirklich, dass wir halt für die Gesundheit der Mitarbeiter sorgen. Und das ist, denke ich, nicht bekannt, im Ausland, dass das in Deutschland ein so wichtiges Thema ist. Da denkt man auch sicherlich nicht im Bewerbungsgespräch daran zu sagen „übrigens, wir machen BGM“ das ist denen ja auch kein Begriff. Und da irgendwie in deren Sprache vorab was zu haben, was man ihnen an die Hand geben kann, wäre glaube ich gut.

Gehen Sie davon aus, die Rekrutierung in den nächsten Jahren zu verstärken?

Ja, allerdings andere Form. Weil das Ganze natürlich viele zeitliche- und personelle Ressourcen gekostet hat, gibt es über den TÜV ein Programm, wo wir sagen „wir brauchen jetzt X Mitarbeiter, bevorzugt aus dem und dem Land“ und die kümmern sich um die Rekrutierung von A bis Z und die Sprachförderung und alles, was damit zu tun hat. Das ist kostenpflichtig, aber in deutlich geringerem Ausmaß, als jetzt die ganze Rekrutierung gekostet hat, definitiv. Zumal wir auch noch während des halben Jahres Sprachkurs, wo die noch kein eigenes Geld verdient haben, ein Taschengeld (400€) gezahlt haben und eingerichtete Wohnungen zur Verfügung gestellt, sowie kostenlos Essen geboten. Unsere [ausländischen Mitarbeiter] waren schon ausgebildet. Es gibt auch noch eine Förderung durch die Bezirksregierung, ich glaube, für den Sprachkurs. Wir waren mit unserem Projekt zu spät mit der Anmeldung, so haben wir alle Kosten selbst gezahlt.

Aus welchen Ländern werden Sie in Zukunft möglicherweise Pflegekräfte einstellen?

Da haben wir uns noch keine Gedanken gemacht. Wir haben die folgenden Sprachen im Haus: U. a. Spanisch, Italienisch, Türkisch, Polnisch... oder wenn es dann mit der Öffnung der Grenzen aus den osteuropäischen Ländern einfacher ist, ins Land zu kommen, könnte ich mir vorstellen, dass wir auch in die Richtung gehen würden. Über Asien haben wir noch nicht nachgedacht.

Interview Nr. 8, geführt am 07. 02. 2014

Träger in Niedersachsen (Altenpflege)

Wie läuft es bei Ihnen mit den vietnamesischen Pflegekräften?

Ich glaube, den Umständen entsprechend gut. Wir sind da im engeren oder auch lockeren Kontakt mit den anderen Projektpartnern und die Problemstellungen, die sich überall zeigen, in Bezug auf die fachlichen Qualifikationen und die sprachlichen Barrieren. Und da ist es eine Herausforderung, Maßnahmen zu ergreifen, um die Einarbeitung und die Begleitung möglichst reibungslos zu gestalten. Grundsätzlich habe ich aber das Gefühl, wir sind hier relativ gut aufgestellt, also wir haben hier neben den Begleitangeboten, die ja auch von der GIZ angeboten werden, für uns relativ gute Strukturen, um die Schüler fachlich und privat aufzufangen und zu begleiten. Ich habe das Gefühl, das kommt ganz gut an. Was wir im Moment noch nicht haben, so, wie das an anderen Standorten der Fall ist, ist so etwas wie eine Leistungseinschätzung. Das steht jetzt an und wird noch ein spannender Prozess. Abgesehen vom riesigen Aufwand der Begleitung läuft es relativ gut.

Wer ist von Ihrer Einrichtung oder Ihrem Träger verantwortlich für die Begleitung? Es gibt ja von der GIZ die Koordinatoren und Mentoren. Zusätzlich gibt es Sie. Haben Sie noch andere Menschen in Mentorenfunktion oder in übergeordneter Begleitungsfunktion?

Zum Einen liegt der Begleitungsauftrag bei den Einrichtungsleitungen der Wohn- und Pflegeheime, denen die Schüler zugeordnet sind und die wiederum können natürlich aufgrund Ihrer vielfältigen anderen Aufgaben nicht so dicht an den Kräften dran sein. Das wird dann in Teilen abgegeben an die Mentoren, also es gibt ja für jeden anderen Auszubildenden auch in den Einrichtungen Mentoren und Praxisanleiter, die auch ne spezielle Qualifikation abgeleistet haben und die eben dazu da sind, die Schüler, eigentlich hauptsächlich in fachlicher Hinsicht zu begleiten und für die vietnamesischen Schüler ist das beides dann auch, also sie sind im Grunde während der Arbeitszeit ständige Ansprechpartner für alle Belange, so sie das denn können und dann haben wir vom [XX], einer Beratungsstelle für Migration, Ehrenamtliche gewinnen können, die sich den drei WGs der Vietnamesen zugeordnet haben und den Kontakt so gestalten, wie die Schüler sich das wünschen. Die gehen zusammen essen und treffen sich unterschiedlich häufig, je nachdem, wie das in den WG's gewünscht ist. Dann haben wir Kontakt aufgenommen zum vietnamesischen Kulturverein hier in [XX] wo sich auch Strukturen ausgebildet haben, wo die vietnamesischen Pflegeschüler einfach da zu Veranstaltungen gehen, sie haben jetzt mit denen zusammen das Mondfest gefeiert, da sind wir persönlich weniger involviert, aber das läuft, der Verein ist da auch sehr dran interessiert. Also wir haben da einfach verschiedene Fäden gesponnen, sag ich mal. Das wird dann nach Bedarf und Interesse genutzt.

Machen Sie so etwas für andere ausländische Kräfte auch? Also so ein Integrationspaket schnüren?

Das ist bei den vietnamesischen Kräften schon etwas Besonderes. Natürlich haben wir auch Mitarbeiter mit anderem Hintergrund, die hier arbeiten. Die aber, denke ich, hier grundsätzlich eine andere Ausgangsposition haben. Also die kommen ja nicht im Rahmen so eines Projektes zu uns, ich bin mir sehr sicher, dass auch da vonseiten der Kollegen, in der Praxis, wenn da Bedarf ist, Unterstützungsangebote da sind, gerade wenn es sprachliche Probleme gibt, aber das ist alles nicht so gesteuert. [In diesem Fall wurde] ein sehr gut strukturiertes Unterstützungsnetzwerk geschaffen und im Fall anderer, ausländischer Beschäftigter, die hier arbeiten, gibt es das so koordiniert nicht.

Was sind denn so die Haupt-Herkunftsländer?

Das kann ich so nicht sagen. Sehr subjektiv wäre die Einschätzung.

Haben Sie Rekrutierungsprogramme mit bestimmten Herkunftsländern durchgeführt?

Nein, das Vietnamprojekt ist für uns das erste Mal, dass wir uns damit auseinandersetzen.

Sie haben ja nun als Hürde besonders von Sprache gesprochen. Wie war das denn mit kulturellen Herausforderungen?

Also wir haben festgestellt, dass Pflege in Vietnam einen anderen Stellenwert hat – die haben ja ein anderes Pflegesystem, da ist das eher Angehörigentätigkeit und weniger institutionalisiert und das heißt, dass wir in Vorbereitung einfach alle davon ausgegangen sind, naja Grundpflege müsste denen ja relativ vertraut sein. Beispielsweise die normale Körperpflege zu übernehmen sollte einfach zu machen sein, damit die schnell was tun können, auch Erfolgserlebnisse haben. Und da mussten wir aber feststellen, dass das für die Schülerinnen und Schüler ne schwierige Angelegenheit war, weil diese Grundpflegetätigkeiten offenbar in deren Erstausbildung als Krankenpflegekraft keine Rolle gespielt hat und dann hatte sie offensichtlich Schwierigkeiten, Körperkontakt zu den Bewohnern aufzunehmen, was man in dem Rahmen ja durchaus muss. Da haben wir dann gelernt, dass das deren kultureller Hintergrund ist und mussten relativ kurzfristig nacharbeiten und Input geben und unterstützen, diese Hemmschwelle abzubauen und sich zu trauen, den Bewohnern so nahe zu kommen. Das zum Fachlichen und ansonsten, im Winter ist dann so eine Frage, ob ihnen warm genug ist und sie zurecht kommen und das Essen hier ist anders, diese Dinge liegen ja auf der Hand. Da sind die Schüler aber auch relativ gut in der Lage, sich einzuleben und suchen sich dann das, das sie brauchen, um leben zu können.

Wie sieht es mittlerweile mit der Sprache aus?

Da bekomme ich unterschiedliche Rückmeldungen. Bei einigen sind Sprachfortschritte deutlich zu beobachten, das höre ich vor allem aus der Schule, auch aus dem Sprachunterricht mit fachlichem Schwerpunkt. Man hört dann auch, dass sie gute Lernstrategien haben, motiviert und fleißig sind und dass es auch Fortschritte gibt. Aus der Praxis bekomme ich durchaus auch andere Rückmeldungen. Dort sind die Anforderungen auch andere, Informationen müssen auch mal schnell weiter gegeben werden – zwischen Tür und Angel und die Mitarbeiter, die bei uns tätig sind, sind eben keine Sprachlehrer und teilweise nicht [in Deutschland] aufgewachsen und da gibt es dann nochmal Schwierigkeiten in der Kommunikation. Sie sagen schon, dass sie Fortschritte merken, aber es ist dennoch ein großes Problem. Und teilweise werden die vietnamesischen Schülerinnen und Schüler auch von Bewohnern abgelehnt, weil die Bewohner sagen „ich verstehe denjenigen nicht und möchte nicht, dass der zu mir zur Pflege kommt“. Eine weitere Schwierigkeit in der Kommunikation ist, dass für die deutschen Kollegen nicht immer klar ist, ob die Schülerinnen sie verstanden haben oder nicht. Auch aufgrund ihrer Mentalität und vielleicht ihres kulturellen Hintergrundes sagen sie nicht so offensiv: „Das habe ich nicht verstanden, erklär mir das nochmal“, sondern sie nicken eher und sagen „ja“ und man hat aber dann das Gefühl, dass sie es eigentlich nicht verstanden haben und das macht es dann teilweise echt schwierig.

Beobachten Sie denn, dass diese Situation auch für die vietnamesischen Pflegekräfte mit besonderen Belastungen einhergeht?

Grundsätzlich höre ich immer wieder, dass die sehr motiviert und fleißig sind. Sie haben ein gutes Arbeitstempo und auch Biss und sind sehr belastbar. Wir hatten schon Krankheitsfälle und auch schon mehr als nur ein Schnupfen. Wir hatten einen Teilnehmer, der hatte eine Gürtelrose und das ist dann schon etwas, wo man denken kann, das ist eine Reaktion auf den Stress. Ansonsten kann man keine überproportional hohen Fehlzeiten feststellen. Die stehen ja auch seit dem Sprachkurs in Vietnam unter Druck. Das wird sich in den nächsten Monaten geben. Ich glaube schon, dass das enorm [ist für sie]. Wir fragen sie ja oft, wie es ihnen geht, aber ich bin mir dann auch nicht sicher, wie weit das dann Wirklichkeit ist. Sie nehmen mich natürlich auch als Projektleiterin wahr und da kommt dann immer, „es ist alles gut“ und „es geht uns gut“ und ich denke, wenn ich mir angucke, was die alles packen müssen, da denke ich „eigentlich kann's einem gar nicht gut gehen.“ Das ist halt meine subjektive Wahrnehmung. Die sind allein von den Erwartungen, die sie von zuhause mitbringen, sehr belastet. Also da sind ja auch die Erwartungen der Familie, das ist, glaube ich, ein riesen Druck.

Wie ist das bei Ihren Kollegen, fühlen die sich öfter gestresst?

Die Aussage ist klar. Der Aufwand ist riesig, wir haben ja auch den Anspruch an uns, verantwortungsvoll mit diesen Schülern umzugehen. Daher stecken wir auch eine Menge Energie in das Projekt, das tun auch die Einrichtungsleitungen. Dieser zusätzliche Aufwand an Anleitung, wir bilden gerade neue Praxisanleiter aus, weil wir teilweise in den Häusern mehr Auszubildende haben, als ursprünglich geplant und dann gar nicht ausreichen Anleiter vor Ort. Also wir haben genug, aber die haben die Kapazitäten oft nicht und dann ist der Koordinationsaufwand immens. Allein, was diese ganze Vorbereitung angeht: Wohnungen anmieten, alles, also das war eine riesige Belastung und das war ja nirgends vorher geplant. Das heißt, es war alles zusätzlich zu erledigen, auch für unsere Einrichtungsleitungen und das bringt alle immer wieder mal an ihre Grenzen.

Sie hatten gerade schon gesagt, dass langsames Sprechen und ein verantwortungsvoller Umgang wichtig sind – welche Persönlichkeiten sollten Führungskräfte noch mitbringen, um gut mit den vietnamesischen Kräften zu Recht zu kommen?

Eine gewisse Offenheit, Interesse für die andere Kultur, außerdem ein Verantwortungsbewusstsein und ein Bewusstsein dafür, dass das eine besondere Gruppe von Auszubildenden ist, die vielleicht für vieles etwas mehr Zeit braucht. Praxisanleiter müssen in der Lage sein, sich anders zu strukturieren und Lernen kleinschrittiger zu gestalten. Erstmal vormachen, dann vielleicht benennen und etwas Zeit geben, dann selber machen lassen und nochmal gucken also das ist, denke ich, aufgrund der sprachlichen Schwierigkeiten erfordert das eine andere Herangehensweise an die Anleitung.

Was haben Sie von Ihren Kollegen zu den interkulturellen Trainings gespiegelt bekommen? Wie sinnvoll waren die? Sollte es sie in Zukunft wieder geben?

Ich muss sagen, ich kann mich gerade nicht erinnern. Grundsätzlich fand ich das sehr sinnvoll und war aber terminlich verhindert. Ich denke schon, dass das wichtig ist, auch unabhängig davon, wie das jetzt hier stattgefunden hat. Dazu kann ich auch nichts sagen.

Was halten Sie von anderen Schulungen und Maßnahmen? Von beispielsweise schriftlichem Informationsmaterial vorab für Führungskräfte damit sie in anderen Projekten intensiver und gründlicher zum kulturellen Hintergrund informiert werden?

Ich glaube, es wäre sicherlich sinnvoll, grundsätzliche Informationen über das Land und die Kultur im Vorhinein zu haben. Ich glaube, das reicht aber auch einmalig und in einem überschaubaren Umfang, vielleicht ein halber Tag. Grundsätzlich haben wir beispielsweise eine eigene Migrationsberatungsstelle. Ich denke, es ist eigentlich viel sinnvoller die Energie, die da zur Verfügung steht, dafür einzusetzen, dass die hier eine gute Begleitung kriegen, um dann mehr Ressourcen zu haben. Eine schriftliche Information ist immer gut, aber ich finde, es ist wichtiger, dass vor Ort genug Menschen sind, die für die Begleitung zuständig sind.

Dann habe ich noch Fragen zu Arbeits- und Gesundheitsschutz und Prävention – welche Vorerfahrungen bringen die vietnamesischen Pflegekräfte dazu mit und welche Einstellung haben die dazu?

Das ist für mich schwer zu beantworten. Die haben ja eine pflegerische Grundausbildung gemacht, wobei ich nicht weiß, was die effektiv davon mitgebracht haben, Das könnten eventuell die Einrichtungsleitungen besser beantworten.

Gerade haben Sie gesagt, dass Belastungen weniger geäußert werden – wie sieht das mit der Hygiene aus – gab es da Rückmeldungen, dass die anders gründlich sind oder Risiken anders einschätzen?

Da ist mir bisher nichts bekannt, keine Diskrepanzen – natürlich werden sie bei allem erstmal begleitet und bekommen Anweisungen und da ist das hygienisch einwandfreie Verhalten auch Thema, aber da habe ich jetzt nichts von Unterschieden zu anderen Auszubildenden gehört.

Ist das dann auch Teil der normalen Ausbildung? Also in dem Punkt wird nichts besonders für die Vietnamesen gemacht?

Nein, also das ist die ganz normale Anleitungssituation wo eben hygienisch angezeigtes Verhalten mit thematisiert wird und das wird genau so langsam und verständlich kommuniziert, wie eben alle andere Inhalte auch und da gab es auch bisher keine Schwierigkeiten.

In Bezug auf Ihre Führungskräfte, beispielsweise bei Sicherheitsbeauftragten, um Verständnis für Arbeitsschutz insbesondere ausländischen Pflegekräften gut vermitteln zu können? Gibt es da etwas Besonderes? Hinweise auf ein anderes Verständnis?

Nein, also da hat es bisher keine besonderen Angebote gegeben. Das liegt vielleicht auch einfach daran, dass es so viele Stellen nachzuregulieren gibt,

dass wir Prioritäten setzen und natürlich ist Arbeitsschutz ein wichtiges Thema, aber das läuft eher so mit und ist nicht gesondert thematisiert worden. Eine Sache fällt mir noch ein: Alle in unserem Haus müssen eine zwei-stündige, lebensmittelhygienische Belehrung machen und da hat die GIZ uns eine Dolmetscherin an die Seite gestellt. Sie ist mit zum Gesundheitsamt gefahren. Dort wurde das extra so gestaltet, dass übersetzt werden konnte. Wir dachten, bei dem Vortrag verstehen die sonst vermutlich gar nichts.

Unser Projekt führt die BGW durch um zu überlegen, sollen wir uns stärker zu dem Thema einbringen? Sie haben jetzt Wünsche frei: Was könnten Sie sich denn vorstellen?

Irgendwie diese Sprachbarriere am Anfang zu überwinden wäre sicher hilfreich um von Anfang an die wichtigen Inhalte zu vermitteln. Also mit Bildern oder in der Muttersprache die Inhalte zu haben, dass man die dann mit der Praxisanleitung zum Beispiel besprechen kann, wäre sicher hilfreich. Vielleicht wäre es auch noch hilfreich, mal eine Information dazu zu bekommen, welche Maßnahmen die schon kennen, wobei das sicher sehr unterschiedlich ist - oder mit welchem Hintergrund die kommen, welche Rolle Arbeitsschutz in deren Kulturkreis spielt, damit man das besser einschätzen kann. Am hilfreichsten, glaube ich, wären wirklich so Handreichungen, dass man sagen kann: Guck Dir das an und dann sprechen wir nochmal darüber.

Was halten Sie von Videos?

Könnte ich mir auch vorstellen, wobei es auf die Inhalte ankommt. Sie haben ja beim Gesundheitsamt schon ein deutsches Video gesehen. Und das ist auch für den Alltag unpraktisch, meine Kollegen würden das eher nicht gucken. In der Schule wäre das vielleicht interessant. Aber hier wäre es besser, etwas zu haben, das man im Arbeitsalltag einfach in die Hand nehmen kann.

Interview Nr. 9, geführt am 11. 02. 2014

Träger in NRW (Altenpflege)

[Vorgespräch nicht aufgezeichnet]

So ein paar Punkte was den Arbeitsschutz angeht, haben wir herausgestellt, auch in Pflegeheimen. Wenn Sie jetzt mal an die denken, die Sie frisch rekrutiert haben in der letzten Zeit, da kommt ja immer wieder das Thema Sprache auf. Was für kulturelle Herausforderungen haben Sie aber erlebt? Insbesondere wenn Sie die Punkte Führung und Anleitung im Kopf haben?

Ich glaube da muss man hinschauen, wer ist denn eigentlich da und unter welchen Voraussetzungen ist der- oder diejenige hierhergekommen. Spanische Kräfte zum Beispiel die zu uns gekommen sind, hatten meistens einen guten Erwartungshorizont, weil sie wussten dass sie bis zur Anerkennung erstmal als Pflegehilfe arbeiten mussten. Aber immer mit dem Horizont „ich bin eigentlich ja ein studierter examinierter Krankenpfleger und als solcher ausgebildet“. Und ich habe damit positive Erfahrungen gemacht. Es kommt auch sehr auf den einzelnen Menschen an. Unsere Rückmeldung aus den Einrichtungen ist, das befruchtet auch ein Stück weit, weil da jemand ist

der im medizinischen Bereich sehr weit ist. Den man vieles fragen kann, was wir hier so als examinierte Altenpfleger gar nicht gelernt haben. Also, dass man wirklich auch gegenseitig voneinander etwas haben kann. Obwohl das für denjenigen natürlich eine Überbrückungszeit ist und auch stellenweise ein etwas längerer Frust dransitzt bis die Homologation da ist. Bestimmte Dinge einfach auch nicht tun zu können...

Haben Sie da irgendwas gemacht um diesen Austausch einzuleiten? Also beispielsweise Ihre Führungskräfte im Vorfeld darauf aufmerksam gemacht, mit welchem Hintergrund die spanischen Kräfte kommen und...

... grundsätzlich, die Einrichtung und die Führungskräfte, sprich die Einrichtungsleitung, die PDL oder der regionale Geschäftsführer, die wissen das mittlerweile. Ich würde sagen in unserem Unternehmen ist mittlerweile auf der Ebene sehr wohl bekannt, dass das alles Menschen sind, die einen universitären Abschluss mitbringen, und was da sozusagen auch auf sie zukommt. Da würde ich eher sagen dass das einer andere Ebene vielleicht nicht so bekannt ist, vielleicht der Kollege aus der Altenpflege, die Kollegin aus der Altenpflege. [Aber die Leitungsebene], also die wissen sehr wohl mit welchem Rüstzeug da jemand in die Einrichtung kommt. Und ich sag es jetzt mal so ein bisschen [überspitzt] da ist auch eine gewisse Freude dabei, jemanden in der Pflege als Hilfskraft zu haben, der eigentlich sehr viel mehr kann. Also da auch auf ein bestimmtes Wissen zurückgreifen zu können.

Besteht denn gleichzeitig aber auch Frust, weil die Pflegekräfte am Anfang sprachlich ein bisschen eingeschränkt sind – mit B2 kommen die glaube ich, oder?

Nein die kommen nicht mit B2, die kommen unter B2. B2 - damit bekommen sie ja schon ihre Berufsankennung, wenn ihre Papiere alle in Ordnung sind. Die kommen mit deutlich weniger, die kommen eher im A-Bereich, oder maximal mit B1, aber eher A2, [...]. Und daraus resultieren eigentlich auch die Probleme.

Und: Sind Ihre Führungskräfte bei der Anleitung – am Anfang vor allem – besonderen Belastungen ausgesetzt? Beansprucht die das im besonderen Ausmaß, dass dort Pflegekräfte mit einem anderen sprachlichen Hintergrund kommen?

Also grundsätzlich ist es so: Wir haben einen Einarbeitungsplan. Den gibt es einmal in der Theorie und dann natürlich auch ganz praktisch. Und durch die erschwerte sprachliche Verständigung kostet das schlichtweg mehr Zeit. Also das, was man gewinnt von der einzelnen Fachkraft, ihr Wissen, investiert man auf der anderen Seite auch. Weil man vielleicht aus sprachlichen Gründe Dinge mehr als einmal erklären muss, oder das verdeutlichen muss, oder vielleicht etwas zusätzlich zeigen muss, was für jemand der hier groß geworden ist, die Sprache gut spricht und den Beruf direkt hier gelernt hat, so nicht notwendig ist.

Wenn wir uns jetzt nochmal auf kulturelle Fragestellungen beschränken: Worin unterscheidet sich denn die Führung und Anleitung der spanischen Pflegekräfte von anderen Herkunftsregionen, von anderen Pflegekräften mit einer anderen ausländischen Abstammung?

Grundsätzlich finde ich das eine spannende Frage. Ich hab mir am Anfang mal die Mühe gemacht und unsere Führungskräfte gefragt: Was erwartet ihr denn eigentlich von diesen Menschen? Und konnte feststellen dass die Erwartung an die Fachkraft, egal aus welchem Land, überhaupt keine andere ist als die, die wir auch haben an die deutsche Fachkraft. Sie sollen mit Menschen umgehen können, sie sollen eine gewisse Sozialkompetenz haben, sie sollen aufgeschlossen sein, Neues zu lernen und sich zeigen zu lassen. Und wenn das alles gegeben ist, dann ist die Führungskraft, die Einrichtungsleitung, die PDL bereit, ein gewisses Quantum an zusätzlicher Zeit aufzubringen. Was sicherlich gelernt werden muss, und da ist nochmal die Frage, ob das wirklich ein rein kultureller Faktor, oder ob das doch eher sprachlich bedingt ist, dass es Menschen gibt, die sich dann nicht trauen, Dinge vielleicht nochmal nachzufragen, nochmal rückzufragen. Und - aber das ist wirklich eine vorsichtige Tendenz - da müsste man andere auch nochmal fragen, je geringer der Ausbildungsgrad der Kraft ist, die aus einem anderen Land kommt, desto zurückhaltender und desto weniger wird nachgefragt. Da sind die Fachkräfte selbstbewusster. Wenn die dann eine Problematik erkennen wird das direkt angesprochen. Da glaubte ich einen Unterschied zu bemerken zwischen Männern und Frauen. Ob sich das zwischen Polen und Spanien, weil von diesen Ländern rede ich hier, auch nochmal so abzeichnet, dafür ist unser Erfahrungshorizont nicht groß genug. Ich möchte das nicht einfach auf sechs Personen runterbrechen. Da müsste man sich größere Gruppen anschauen. [...]

Unsere Erfahrungen sagen, dass Menschen aus Polen eher bereit sind zuzuhören... oder man kann es positiv und negativ formulieren, man kann sagen, die trauen sich nicht nachzufragen oder die warten erst mal ab und schauen – was kann ich Neues dazugewinnen? Und bei den Spaniern würde ich sagen ist da durchaus ein gewisse Selbstbewusstsein „ich bin examinierte Fachkraft, ich habe einen Universitätsabschluss.“ Viele haben ja auch echt total viel Berufserfahrung, das muss man ganz klar sehen, die sind sehr erfahren, auch mit Stresssituationen, und die gehen anders da rein. Sie fragen auch anders nach, weil sie gar keine Sorge haben, dass man von ihnen denken könnte, dass sie nicht klug genug sind oder nicht gut genug ausgebildet. Sie haben wirklich dieses Selbstbewusstsein aufgrund dieser guten Ausbildung. Aber nochmal: Ich würde das nicht grundsätzlich auf Spanier und Polen herunterbrechen, das ist einfach im Moment eine Erfahrung die wir machen.

Was halten Sie denn eigentlich von interkulturellen Trainings für Ihre Führungskräfte in Vorbereitung auf, vielleicht, eine weitere Zahl an spanischen Pflegekräften oder ausländischen Pflegekräften um Ihre Führungskräfte auf den kulturellen Hintergrund vorzubereiten?

Finde ich total klasse. Wobei ich Ihnen ehrlich sagen muss, für mich wäre das nicht „ich mache jetzt ein interkulturelles Training, wie werden die Sachen in Vietnam, wie werden sie in Spanien oder wie werden sie in Polen gesehen“. Was ich erst mal ganz wichtig fände, und das wäre für mich so eine Art Einstiegsseminar, Selbstwahrnehmung-Fremdwahrnehmung. Da gibt es eine Menge guter Dinge, auch Übungen, Seminare, ich glaube die kennen Sie auch. Das bringt viele schon ein ganzes Stück weiter. Und dann nochmal vielleicht speziell zu schauen welche Spezifika gibt es in bestimmten Ländern, auf die man Rücksicht nehmen sollte. Aber ich würde das nicht einfach von vorne herein auf ein Land herunterbrechen. Sondern wirklich erst mal sehr generalistisch, auch im Zuge einer interkulturellen Organisation schauen. Wenn man bei uns mal schaut, ich glaube wir haben jetzt 150, ein bisschen weniger sind es, Nationen bei uns arbeiten. Wir können nicht anfangen für jedes Land ein interkulturelles Seminar zu machen.

Bieten Sie denn solche Sensibilisierungstrainings, so würde ich sie mal nennen, an bei Ihnen?

Ja, haben wir bereits zwei Mal gemacht. Auch ganz speziell einmal für den Pflegebereich, also für die Einrichtungsebene und Pflegedienstleitung, das ist schon einige Zeit her. Und da ging es genau um diese Dinge, Fremdwahrnehmung-Selbstwahrnehmung: Was unterscheidet sie? Wie gehe ich da eigentlich ran? Und dann hab ich das auch später nochmal hier im [XX] mit einer interkulturellen Trainerin gemacht, als wir ein deutsch-niederländisches Projekt hatten. Da haben wir aber ganz speziell geschaut, auf die Eigenheiten bestimmter Länder, u. a. eben auch mit den Niederlanden, das war sehr spannend. Da ging es auch eben um Führungskräfte und um Projektbeteiligte.

Und aus welchen Gründen werden aktuell keine angeboten? Ist es einfach eine Sache der Finanzen, des Geldes – ich frage mal so direkt nach?

Ja das ist auch eine Sache der Finanzen und des Geldes. Ich glaube Sie kennen das, es gibt Einrichtungen, die sind sehr betroffen, die würden sofort sagen ich schicke da Leute hin. Und dann gibt es Einrichtungen, hier auf dem „platten Land“, die sind nicht so betroffen, die sagen „wir machen schon genug Fortbildungen, jetzt verlier ich meine Examinierten für noch einen Tag und acht Stunden“. Und dann ist das nicht nur ein Tag, dann ist das gleich dreitägig oder Ähnliches. Da muss man sehr genau hinschauen. Ich war aber gerade mit der Leitung unserer Fortbildung Ende des letzten Jahres darüber im Gespräch, und wir sind uns einig, dass wir da wieder hinkommen müssen und solche Angebote, ich sage sehr vorsichtig – in Teilen auch verpflichtend vermutlich machen müssen.

Wir recherchieren, es wird noch ein paar Wochen dauern, inwiefern Träger wie das BAMF oder die GIZ, vielleicht auch solche interkulturellen Trainings fördern können.

Das wäre natürlich total klasse, das würde einiges erleichtern. Wenn wir das alles selber planen [ist das viel aufwendiger, als] wenn es Angebote gibt auf die man zurückgreifen kann. Man kann gern Ausflüge in andere Länder machen, aber ob der Nationenvielfalt die wir hier schon haben, wäre für uns ein Seminar, was dann einen Schwerpunkt hätte wie Vietnam, oder China oder nur Spanien, eher uninteressant.

Dann habe ich jetzt noch ein paar Fragen zu Arbeits-, Gesundheitsschutz und Prävention. Wenn Sie an die spanischen Pflegekräfte denken, fokussieren wir uns auf die, haben Sie gemerkt dass diese ein anderes Vorwissen mitbringen als Ihre deutschen Mitarbeiter in diesen Bereichen?

Ja, bringen die, ganz einfach. Die kommen aus dem Krankenhausbereich, da sind sie ausgebildet worden, da bringen sie ihren Abschluss her, und da geht es ganz verstärkt natürlich um diesen medizinischen Bereich. Und ich kenne das aus Spanien, Sie wissen wir haben da eine Einrichtung, dass da sehr viel medizinischer insgesamt geschaut wird. Auch in der Altenpflege. Also mit den Hygienevorschriften, ich persönlich finde die Spanier übertreiben das. Die finden Dinge kritikwürdig, die hier bei uns dazugehören, wo wir sagen, das ist so im normalen Lebensumfeld der Bewohner, das gehört dazu. Um ein kurzes Beispiel zu nennen, damit Sie das verstehen: Es geht zum Beispiel darum „ich bringe von zu Hause eigene Einrichtungsgegenstände mit“. Da stoßen sie in Spanien nicht nur auf Verständnis, sondern da kommt eben „ja, aber das ist nicht hygienisch, hier wird alles desinfiziert und gereinigt“. Dann müssen Sie da wirklich in Diskussion gehen. Oder wenn Spanier hierherkommen und so eine Frage im Altenheim aufkommt „haben wir hier keinen Kittel?“. Das findet man immer wieder befremdlich, und muss immer wieder darauf verweisen: Man versucht hier eine wohnliche Umgebung herzustellen, dazu gehört, dass man hier nicht im weißen Kittel den ganzen Tag umherläuft.

Und wie sieht das bei Ihren polnischen Pflegekräften aus?

Die polnischen Pflegekräfte die wir hier haben, die sind überwiegend als Präsenzkräfte beschäftigt. Und da war das von Anfang an anders, da die hier den Helferstatus hatten. Und hier dann meistens eine Ausbildung parallel gemacht haben, also praktisch in der Einrichtung gearbeitet und dann an der APH Ausbildung zum Beispiel gemacht haben. Anders auch, weil die gleich mit den deutschen Kollegen in der Ausbildung steckten, und sich vermutlich diese Frage gar nicht so gestellt haben wie ausgebildete Menschen, die dann hierhergekommen sind.

Was könnte die BGW tun, am Anfang, um den Pflegekräften mit eingeschränktem sprachlichem Hintergrund diese Inhalte zu vermitteln? Was halten Sie beispielsweise von Broschüren?

Auf jeden Fall. Was wir gemerkt haben in unseren Seminaren zum Teil, man darf es gar nicht laut sagen, aber es gibt Seminare und Fortbildungen die sind abgebrochen worden, weil die Mitarbeiter nicht mitgekommen sind – sprachlich. Da sag ich mal 50% der Mitarbeiter hatten ausländischen Hintergrund

oder hatten Migrationshintergrund, und die sind sprachlich nicht mitgekommen in dieser Fort- und Weiterbildung, die mussten regelrecht abgebrochen werden. Also muss ich für uns schon auch die Frage stellen: Wie gestalte ich Seminare? Wie gestalte ich Dokumente die in diesen Seminaren verwendet werden? Wie gestalte ich überhaupt Arbeitsdokumente, die Mitarbeitenden ja auch hier in der theoretischen Einarbeitung dann übergeben werden so, dass das gut verständlich ist? Und für mich wäre das schon nochmal interessant zu erfahren, oder zu sehen, ob man so einen Standard herstellen kann. Für Alteneinrichtungen gibt es Richtlinien, kann man da einen Standard wirklich herstellen? Mit einer Mischung aus Sprache und Piktogramm, die für möglichst viele Menschen einen klaren Zugang schaffen.

Und was halten Sie in diesem Zusammenhang von Videos?

Gibt es da Erfahrungen, muss ich mal neugierig fragen? Weil ich weiß, dass zum Beispiel die Kamps-Bäckerei das macht. Und zwar genau vor diesem Hintergrund, die haben viele ausländische Franchise-Nehmer, und sind deshalb genau auf diese Geschichte gekommen. Über Videos, Piktogramme, über Zeichentrick, diese haben verschiedene Dinge. Und die standen aber erst am Anfang. Und dann war meine neugierige Frage: Wie ist das aufgenommen worden? War das verständlich für die Menschen, die das dann gesehen haben oder umsetzen sollten? Das finde ich spannend.

Aus dem was Sie gerade bereits gesagt haben, halten Sie es auch für sinnvoll dass interkulturelle Trainings vielleicht durch die BGW angeboten werden, in denen dann auch [...] auf Arbeitsschutz, Gesundheitsschutz und Prävention eingegangen wird?

Also ich weiß um die Qualitäten nicht, ich weiß um deren Schulungen nicht, ich hab auch noch nie eine von dieser Seite mitgemacht. Das kommt immer darauf an: Wie ist der Dozent? Wie ist das organisiert? Und welche Erwartungshaltung werden aufgenommen von den Trainern um sowas gut abbilden zu können. Das sollte schon praxisnah sein. Was ich mir nicht gut vorstellen kann ist etwas, das auf der theoretischen Ebene schwebt. Das ist dann für alle auch nicht effektiv. Ich kann mir gut vorstellen, dass die sowas können, dass das auch heruntergebrochen wird. Da würde ich aber die Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser in dem Fall nochmal konkret fragen, was ist das denn das ihr braucht.

6.3 Workshop

6.3.1 Einladung

Die Workshopgäste wurden mit dem folgenden Schreiben per Email eingeladen. Im Vorfeld wurden sie telefonisch über die Studienziele und die Workshopinhalte informiert.

**Das IEGUS Institut und die BGW laden ein zu einem Workshop über
„Arbeitsschutzbezogene Herausforderungen der Beschäftigung ausländischer Pflegekräfte“
in Berlin, Sana Berlin Hotel (Raum Lisboa I/II)
am 19.03.2014, 10:00 bis 16:00 Uhr**

Sehr geehrte(r) Herr/Frau,

der Pflegekräftemangel spitzt sich in den nächsten Jahren zu. Es ist davon auszugehen, dass ausländische Pflegekräfte in deutschen Pflegeheimen und Krankenhäusern in größeren Zahlen als bislang tätig werden.

Die Auswirkungen einer vermehrten Beschäftigung von Pflegekräften mit einem anderen sprachlichen und kulturellen Hintergrund auf Prävention, Arbeits- und Gesundheitsschutz wurde bislang kaum untersucht und ist Gegenstand einer Studie des IEGUS Instituts im Auftrag der BGW. In den Bereichen Führung, Kommunikation und Verstehen ausländischer Pflegekräfte sollen (A) Herausforderungen identifiziert und (B) Handlungsempfehlungen für Führungskräfte, das Management von Unternehmen und die BGW erarbeitet werden. Neben Interviews, Recherchen und Datenanalysen findet hierzu ein Workshop in Berlin statt.

Wir laden Sie herzlich zu unserem kostenlosen Projektworkshop ein!

Der Workshop wird von einer interkulturellen Trainerin mit einschlägigen Erfahrungen im Gesundheitswesen begleitet. Es werden, gemeinsam mit anderen Führungskräften mit großer Expertise in der Führung und Anleitung ausländischer Pflegekräfte, insbesondere die folgenden Fragestellungen diskutiert:

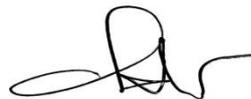
- Vor welchen Herausforderungen stehen Führungskräfte bei der Anleitung und Führung ausländischer Pflegekräfte?
- Wie wirken sich diese Herausforderungen auf die Einarbeitung und Anleitung sowie auf das gesamte Kollegium, die Führungskräfte und die ausländischen Pflegekräfte aus?
- Inwiefern ist das Führen ausländischer Fachkräfte mit besonderen Belastungen für Führungskräfte verbunden und wenn ja, mit welchen?
- Welche Hilfestellungen sind wichtig, damit Führungskräfte ausländische Pflegekräfte besser anleiten und ihnen Prinzipien des Arbeitsschutzes gut vermitteln können?
- Welche Chancen ergeben sich aus der Zusammenarbeit mit ausländischen Fachkräften und wie können diese gezielt genutzt werden?

Wir freuen uns sehr auf einen anregenden, gemeinsamen Tag!

Mit freundlichen Grüßen



Meiko Merda
IEGUS Institut
Projektleitung



Björn Kähler
BGW
Grundlagen Prävention & Rehabilitation

Ablauf und Inhalte des Workshops

Zeit: 10:00 bis 16:00 Uhr

Teilnehmer: Max. 16 Leitungskräfte in Einrichtungen des Gesundheitswesens mit Erfahrungen in der Anleitung/Führung ausländischer Pflegekräfte

Ort: Sana Berlin Hotel

Zeit	Thema
10.00	Begrüßung und Vorstellung, Kennenlernen, Erwartungsabfrage
10:30	Vorstellung der Studienziele und bis dato erbrachter Ergebnisse
10.45	Kulturfragebogen
11.30	<i>Kaffeepause</i>
11.45	Reflexion kritischer Ereignisse im Arbeitsalltag
13.00	<i>Mittagspause im Restaurant des Sana Berlin Hotels</i>
13.45	Pausenspiel, Erfahrungsbericht einer PDL
14.15	Kleingruppenarbeit zum Praxistransfer
15.00	<i>Kaffeepause</i>
15.15	Präsentation der Kleingruppen, Abschluss

6.3.2 Teilnehmer

Insgesamt haben 17 Personen am Workshop teilgenommen und zwar Vertreter von Trägern...

- ...in Berlin der Altenpflege,
- ...in Hessen der Kranken- und Altenpflege,
- ...in Baden-Württemberg der Krankenpflege,
- ...in Baden-Württemberg der Altenpflege,
- ...in Hamburg der Altenpflege,
- ...in Niedersachsen der Altenpflege,
- ...in Niedersachsen der Kranken- und Altenpflege und
- ...in Bayern der Krankenpflege.

Zusätzlich nahmen eine interkulturelle Trainerin und Vertreter des Projektteams teil.

6.3.3 Protokoll

Ergebnisse des Workshops zu „Arbeitsschutzbezogenen Herausforderungen der Beschäftigung ausländischer Pflegekräfte“

Workshopleitung: Frau Irena Angelovski (komMedikus)

Der Teilnehmerkreis setzte sich zusammen aus Vertretern von Altenpflege- und Rehaeinrichtungen sowie Krankenhäusern. Neben Einrichtungs- und Pflegedienstleitern waren auch Integrationsbeauftragte vertreten. Alle Anwesenden verfügen über langjährige Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit ausländischen Mitarbeitern und einige Teilnehmer sind selbst nach Deutschland zugewandert (aus Rumänien und Ungarn).

Begrüßung und Vorstellung, Kennenlernen, Erwartungsabfrage

Begrüßung durch Herr Kähler (BGW), Frau Braeseke (IEGUS), Herr Merda (IEGUS), Frau Angelovski (komMedikus)

Vorstellung der Studienziele und bis dato erbrachter Ergebnisse



Workshop zu „Arbeitsschutzbezogenen Herausforderungen der Beschäftigung ausländischer Pflegekräfte“ - Projekthintergrund und vorläufige Erkenntnisse -

Meiko Merda

Institut für Europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft, Berlin

IEGUS/BGW – Workshop arbeitsschutzbezogene Herausforderungen ausländische Pflegekräfte



Ziele der Studie

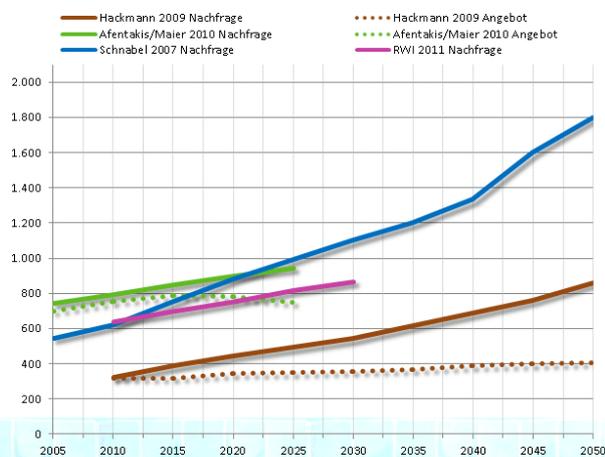
- Darstellung des Status Quo der Beschäftigung ausländischer Pflegekräfte.
- Prognosen zur zukünftigen Beschäftigungssituation.
- Herausforderungen und Chancen bei der Führung und Anleitung ausländischer Pflegekräfte identifizieren (Fokus auf Arbeits-, Gesundheitsschutz und Prävention); Handlungsempfehlungen zur Bewältigung dieser geben.
- Maßnahmen und Hilfestellungen zur Vermittlung von Arbeits-, Gesundheitsschutz und Prävention im Zusammenhang mit der Beschäftigung ausländischer Mitarbeiter identifizieren.

IEGUS/BGW – Workshop arbeitsschutzbezogene Herausforderungen ausländische Pflegekräfte

Pflegekräftebedarf in Zukunft

Zwischen 2010 und 2030 wird sich der Bedarf an Pflegekräften (nur Altenpflege) um ca. 150.000 bis rund 200.000 erhöhen (in VZÄ).

Im selben Zeitraum wird sich die Zahl der Erwerbstätigen um 4,5 Mio. verringern.



IEGUS/BGW – Workshop arbeitsschutzbezogene Herausforderungen ausländische Pflegekräfte

Strategien zur Bewältigung des Pflegekräftemangels



IEGUS/BGW – Workshop arbeitsschutzbezogene Herausforderungen ausländische Pflegekräfte

Status Quo der Beschäftigung ausländischer Pflegekräfte

- Der Anteil ausländischer Beschäftigter an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten ist im Gesundheits- und Sozialwesen verhältnismäßig gering.
- Es ist eine deutliche Zunahme sichtbar (um 1,9% im Winter 2013).
- Mehr ausländische Pflegekräfte sind in der Alten- als in der Krankenpflege tätig.
- Die Fachkraftquote ist geringer als unter deutschen Pflegekräften.
- Viele ausländische Pflegekräfte stammen heute aus Polen, der Türkei und Kroatien.
- In den Neuen Ländern sind deutlich weniger ausländische Pflegekräfte als in den westdeutschen Bundesländern tätig.

IEGUS/BGW – Workshop arbeitsschutzbezogene Herausforderungen ausländische Pflegekräfte

Interviewergebnisse I – Herausforderungen bei der Führung/Anleitung im Allgemeinen

- Sprachliche Barrieren als größte Herausforderung bei der Führung und Anleitung: längere Anleitung und mehr personelle Ressourcen; langsames, deutliches Sprechen wichtig.
- Fachliche Herausforderungen und Chancen durch die Sozialisierung in der Krankenpflege: Medizinisches Know-how und Bildungshintergrund (i.d.R. ein Universitätsabschluss) positiv; Grundpflege tendenziell weniger Erfahrungen; insgesamt Möglichkeiten des voneinander Lernens.
- Kulturelle Herausforderungen: „Anderer Umgang“ wichtig, Praxisanleiter/Beauftragte sind für den anderen kulturellen Hintergrund zu sensibilisieren.

IEGUS/BGW – Workshop arbeitsschutzbezogene Herausforderungen ausländische Pflegekräfte © Stiefl – Fotolia.com, Quelle: Erstellt durch den Impressum Generator von e-recht24.de

Interviewergebnisse II – Herausforderungen in Bezug auf Arbeits-, Gesundheitsschutz, Prävention

- Rückmeldungen fallen im Einzelfall unterschiedlich aus und sind exemplarisch:
„Spanische Pflegekräfte haben wenige Vorkenntnisse zum rückengerechten Arbeiten, BGM ist nicht bekannt“ vs. „Spanische Pflegekräfte haben ein sehr ausgeprägtes Verständnis für Hygiene“
„Pflegekräfte aus den osteuropäischen Ländern bringen geringes Basiswissen im Bereich Hygiene mit und bei der Versorgung von MRSA-Patienten“ vs. „Osteuropäische Pflegekräfte haben ein ähnliches Verständnis von Arbeits- und Gesundheitsschutz wie unsere deutschen.“
- Insgesamt: Ausländische Pflegekräfte bringen in den Bereichen Arbeits-, Gesundheitsschutz und Prävention individuelle Vorkenntnisse mit und haben Kenntnisdefizite in diversen, nicht verallgemeinerbaren Bereichen. Deshalb: Es ist deshalb wichtig, dass Maßnahmen zum Kenntnisausgleich möglichst individuell gestaltet werden.

IEGUS/BGW – Workshop arbeitsschutzbezogene Herausforderungen ausländische Pflegekräfte © Stiefl – Fotolia.com, Quelle: Erstellt durch den Impressum Generator von e-recht24.de

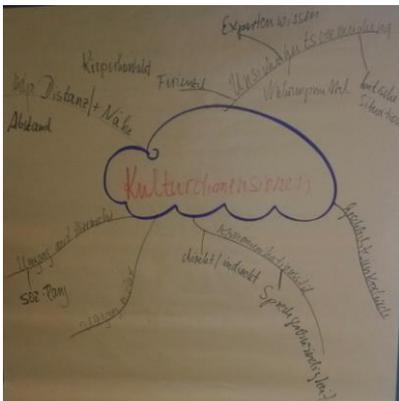
Interviewergebnisse III – Maßnahmen in Einrichtungen

- Viele Einrichtungen wenden ihren „üblichen“ Einarbeitungsplan an, unabhängig vom sprachlichen/kulturellen Hintergrund der Pflegekräfte. Neu in Deutschland lebende ausländische Pflegekräfte haben laut einzelner Rückmeldungen dadurch Probleme, dem „Stoff zu folgen“.
- Es werden in der Regel keine gesonderten Maßnahmen für ausländische Pflegekräfte zur Vermittlung von Arbeits-, Gesundheitsschutz und Prävention angeboten, sondern die auch für deutsche Mitarbeiter zu absolvierenden Pflichtschulungen angeboten.
- Betreuungspersonal mit dem gleichen ethnischen Hintergrund der ausländischen Pflegekräfte hat sich bei der Integration und Begleitung bewährt (allerdings kaum umsetzbar, wenn ausländische Pflegekräfte einer Nationalität nur in Einzelfällen tätig sind oder durch KMU alleine).

IEGUS/BGW – Workshop arbeitsschutzbezogene Herausforderungen ausländische Pflegekräfte

Kulturfragebogen: Erläuterung der Kulturdimensionen anhand von Beispielen

- Kulturdimensionen – „Kategorien, anhand derer Kulturen vergleichbar sind“:
 1. Distanz & Nähe
 2. Grad der Unsicherheitsvermeidung
 3. Umgang mit Hierarchien
 4. Kommunikationsstil
 5. Umgang mit Zeit



1. Distanz & Nähe: Abstand zum Gegenüber, Umgang mit Körperkontakt

- allgemein: Aussagen sind nicht pauschalisierbar
→ Kultur allein ist nicht verantwortlich für Verhalten (sondern auch bspw. Persönlichkeit, Beruf, Familie)
- ausländischen MA: wichtig, wenn Distanz nötig ist, aber nicht eingehalten wird oder umgekehrt
- kulturspezifisches Beispiel:
 - Asiaten sind eher distanziert

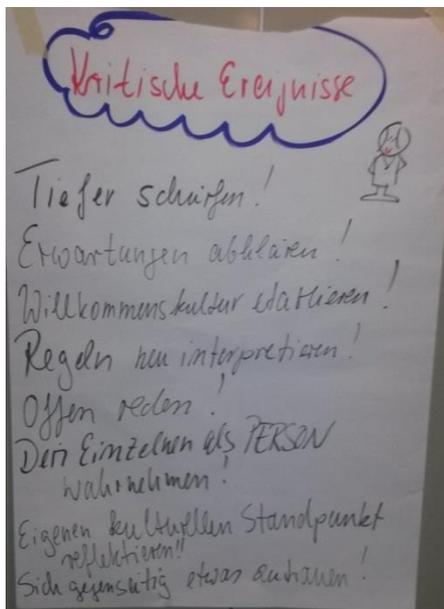
- 2. Unsicherheitsvermeidung:** das Ausmaß der Neigung, Unsicherheit zu vermeiden
- allgemein: Beispielthemen sind etwa Umgang mit fremden Nahrungsmitteln, Relevanz von Expertenwissen, Verhalten in kritischen Situationen.
 - starke Neigung zur Unsicherheitsvermeidung verhindert Kreativität
 - ausländischen MA: geringe Unsicherheitsvermeidung → bspw. Arbeitsschutz weniger relevant weil keine Angst vor Unfällen besteht
 - kulturspezifisches Beispiel:
 - deutsches Versicherungsmentalität (man kann sich gegen alles Mögliche versichern)
 - kein „TÜV“ in Mazedonien
- 3. Umgang mit Hierarchien:** Relevanz des sozialen Rangs (z. B. bei Gesprächsreihenfolge)
- in Deutschland eher flache Hierarchien
 - in Asien und Osteuropa sind Hierarchien deutlich stärker ausgeprägt – das kann dazu führen, dass bspw. sachlich gerechtfertigter Widerspruch gegenüber Vorgesetzten nicht geäußert oder nur auf Anweisungen von Führungskräften, nicht aber Kollegen, reagiert wird
- 4. Kommunikationsstil:** Direktheit – Indirektheit, Sprechgeschwindigkeit
- allgemein: Verständnisschwierigkeiten sind nicht immer nur ein Sprachproblem, sondern oft auch zurückzuführen auf den Unterschied in Direktheit/Indirektheit, bzw. wie ausführlich oder eben knapp etwas beschrieben wird.
 - ausländischen MA: verbinden Deutschland mit Schnelligkeit und Hektik → Bildung von Vorurteilen große Gefahr
 - asiatische/südamerikanische MA: Tendenz zum „Ja-sagen“ – um Missverständnisse zu vermeiden müssen offene Fragen gestellt werden (nicht „Haben Sie verstanden?“ sondern „Was haben Sie verstanden?“)
 - kulturspezifisches Beispiel:
 - ausführliches Kommunizieren (nicht so schnell auf den Punkt kommen) ist typisch für Pflegekräfte und bei Frauen stärker verbreitet; weltweit kommuniziert niemand direkter als ein deutscher männlicher Akademiker
 - Sprechgeschwindigkeit: im arabischen Raum bei Nervosität tendenziell geringer, in Deutschland bei Unsicherheit erhöht
- 5. Umgang mit Zeit**
- allgemein: Beispielthema Umgang mit Pünktlichkeit
 - Pflegeantwort: „kommt Zeit, kommt Rat“
 - kulturspezifisches Beispiel:

- Asien: Angabe der Länge einer Wegstrecke in Zeiteinheiten („wie lange brauche ich, um von A nach B zu kommen“ statt „wie weit ist es“)

Reflexion kritischer Ereignisse: Eigener kultureller Standpunkt

Die Teilnehmer sollten Ereignisse schildern, die ihr persönliches Verhältnis zur Interkulturalität geprägt haben bzw. die mit einem besonderen Erkenntnisgewinn einhergingen. In der anschließenden Diskussion wurden daraus folgende Schlussfolgerungen gezogen:

Nicht vorschnell urteilen - Tiefer schürfen!



- allgemein: Brücken bauen/ Gemeinsamkeiten suchen (offen auf den neuen MA zu gehen und zunächst herausfinden, was er an Kenntnissen und Fähigkeiten mitbringt) → verhindert Vorurteile, verkleinert Hürden; versteckte Kompetenzen suchen/entdecken als Führungsaufgabe; nicht alles für selbstverständlich nehmen,
 - besonders wichtig nach drei Monaten, weil dann üblicherweise der Kulturschock eintritt
- ausländische MA: Befürchtungen, weil gemeinsame Schnittstelle nicht klar ist; fühlen sich in Deutschland oft zunächst „defizitär“, weil nur geschaut wird was sie nicht können → positive Herangehensweise (was kann der ausländische MA,

was deutsche nicht können) und Kompetenzen herausstellen

- Beispiel: Neue Mitarbeiterin aus Rumänien, die von ihren ehemaligen ungarischen Kollegen einfach so und weil sie Spaß daran hatte, beinahe perfekt Ungarisch lernte

Erwartungen abklären!

- allgemein: Bewerber bitten, von ihrem Tagesablauf zu berichten, bevor Situation in Deutschland geschildert wird → Befürchtungen äußern und Schnittstellen erkennen; möglichst gleich zu Beginn Pflegesituation in Deutschland verdeutlichen (z. B.: körpernahe Arbeit, Inkontinenz) → Versuch klar zu machen auf was sich jemand einlässt
- ausländische MA: versichern auf Nachfrage meist zunächst immer, dass grundpflegerische Arbeit kein Problem sei; Vergleich mit anderen Stellen ausländischer MA nicht immer möglich; Negativerfahrungen werden nach Rückkehr ins Heimatland verbreitet → Deutschland verliert als Zielland an Attraktivität
- Beispiel:
 - negativ: Rumäne, dessen Schwester in der Schweiz als PK auf Intensivstation arbeitete: → dt. Einrichtung investierte viel Zeit um Einstellung zu ermöglichen; nach Arbeitsbeginn stellte sich heraus,

dass er keine Grundpflege machen konnte/wollte und nicht auf Klingelrufe reagierte; Eskalation in einem Spätdienst → Abbruch in Probezeit, Rückkehr nach Rumänien

- positiv: in einer zweiten Gruppe ausländischer Pflegekräfte aus Italien sind Studienkollegen der ersten und es hat ein intensiver Austausch untereinander zu den Arbeitsbedingungen in D stattgefunden

Willkommenskultur etablieren!

- allgemein: über gelungene Projekte berichten; dem Negativ-Image ausländischer MA entgegenwirken
- ausländische MA: Medien verstärken durch Berichterstattung Negativ-Image ausländischer Pflegekräfte in Deutschland (siehe Ärzte)
 - ←→ Push- und Pull-Effekte: es gibt einen Grund, sein Land zu verlassen (Push), in Deutschland angekommen funktioniert alles prima, und man berichtet über positive Erfahrungen, so dass sich noch weitere entscheiden zu kommen (Pull) → passiert in der Pflege selten

Eigene Regeln neu interpretieren!

- allgemein: jahrelange Prägung beeinflusst Einstellung und verengt die Sichtweise auf eigenes Handeln, Vorurteile als Kategorien, die den Umgang miteinander vereinfachen; gleiche Regeln sind da, werden aber unterschiedlich interpretiert; gemeinsames Neu-Interpretieren schafft gleiche Basis
- Beispiel:
 - Verkehr: Verkehrszeichen sind weltweit ähnlich oder gleich, aber Interpretation ist unterschiedlich (in Deutschland bleibt jeder bei roter Ampel stehen, in Mazedonien nicht; gleiche Hygieneregeln: in Spanien halten sich Pflegekräfte daran, in Russland vielleicht weniger)
 - Sparsamkeit: im Sozialismus anders ausgeprägt („neues Material bis Mai“, Sterilisieren von Einmalmaterial, Hamsterkäufe bei Sonderangeboten); rumänische Mitarbeiter sprachen nach wenigen Tagen in D die „Materialverschwendung“ an: Bsp. Sterile Handschuhe – in Rumänien eine Schachtel pro Woche, in Deutschland eine pro Tag

Offen reden! Den Einzelnen als Person wahrnehmen!

- allgemein: Kultur ist wie ein Rucksack, der festgewachsen ist, aber entwicklungsfähig; er kann aufgemacht werden um zu schauen, ob etwas noch im neuen Land nützlich ist; wenn nicht, sollte daran gearbeitet werden; nicht verlangen darf man, dass jemand seinen Rucksack komplett auspackt und neu packt weil „hier alles besser“ ist; Situation ist nicht besser, sondern anders
 - keiner muss alles wissen, aber wir können fragen (wie ist das bei Dir? oder: ich bin interessiert an Dir!) → verändert Situation entscheidend, auch wenn jemand zu wenig Worte kennt, um ausführlich zu antworten
 - eigene Unsicherheit offenbaren
 - gemeinsam Lachen (Bsp. erzähl mir einen typischen Witz aus deinem Land)
- ausländische MA: bringen viel mit, was Patienten sich wünschen (z. B. Respekt vor dem Alter, Wunsch nach ausführlicher Kommunikation trotz geringer Zeitressourcen)

- Beispiele:
 - Unterschiede auch innerhalb Deutschlands (Ost-West, kollektivistisch-individualistisch) erkennbar (Bsp. aktives Zuhören in DDR nicht bekannt)
 - Unterschiede in Kulturdimensionen wahrnehmen: Bsp. Zeit „wenn Du es eilig hast, musst Du langsam gehen“

Eigenen kulturellen Standpunkt reflektieren!

- allgemein: gehört zur Willkommenskultur; eigene Kultur in Frage stellen und in fremder Kultur Bereicherung suchen; gleichzeitig muss eigener Standpunkt nicht aufgegeben werden, nur weil Mitarbeiter aus verschiedenen Kulturen da sind; wichtig ist Anerkennung, dass es verschiedene Standpunkte gibt (darunter der eigene) und zwischen ihnen Brücken gebaut werden können; eine Wertung ist dafür nicht nötig; das Individuum sollte im Fokus bleiben
- Beispiel:
 - Beziehungsorientierung in den meisten anderen Kulturen ausgeprägter als bei Deutschen – kann gerade in der Pflege für deutsche Mitarbeiter große Bereicherung sein
 - rumänische Pflegekraft kümmert sich intensiver um Pflegebedürftigen, um Anerkennung und Respekt auszudrücken, obwohl es deutschem Pflegeverständnis z. T. widerspricht (ältere Menschen sollen möglichst lange selbstständig bleiben)

Sich gegenseitig etwas zutrauen!

- allgemein: zur Frage „wo bleibe ich?“ → muss auch umgekehrt gelten
- ausländische MA: nicht nur sie müssen verstanden werden, sondern sie müssen auch die Deutschen verstehen → benötigen Gespräche in Alltagssprache
- Beispiel:
 - „Wenn ich deutsche Kollegen habe, die nicht mit mir sprechen, weil sie glauben ich verstehe sie nicht, werde ich nie richtig Deutsch lernen.“ (wenn sich Deutsche z. B. bestimmte Sprachausdrücke verkneifen); „Ich möchte hier bleiben, leben und muss verstehen – wer kann mir besser als die Deutschen etwas erklären und sagen?“
- Übung, die zeigt, dass gegenseitiges Unverständnis nicht nur an der Sprache liegt: Teilnehmer sitzen Rücken an Rücken, einer beschreibt ein abstraktes Bild, der andere malt es → funktioniert immer schlecht (egal welche Herkunft), weil Beschreibung schwierig/fast unmöglich ist → großes Erstaunen: es liegt nicht nur an der Sprache, sondern auch an der Wortwahl des Einzelnen (Unterschied Frau/Mann, jüngere/ältere Generationen, Sozialisierung) und an den Erfahrungen, die jeder bisher gemacht hat

Kleingruppenarbeit zum Praxistransfer

Die Teilnehmer sollten Ideen entwickeln: Was kann man ab morgen machen? Was ist realistisch? – Kleinigkeiten mit großer Wirkung sammeln und präsentieren

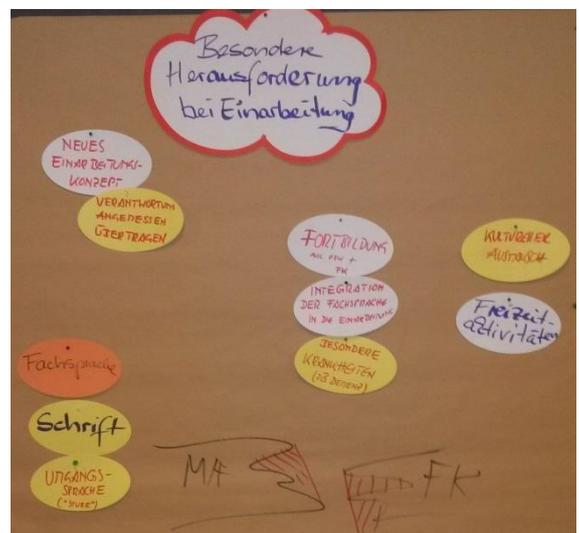
Gruppe 1: Kommunikationsstil/ Führungsstil (Hinweis: hier gibt es Veröffentlichungen der BGW „Gesundheitsförderndes Führen“)

- I. Leitung muss Ziele und Vorteile im gesamten Unternehmen frühzeitig kommunizieren: dahinter liegende Unternehmensstrategie erklären, Mehraufwand und Investition verdeutlichen
 - II. ist ein Veränderungsprozess: alle mitnehmen, zunächst sind zusätzliche Ressourcen nötig, alle sollen eigene Ideen einbringen können
 - III. Vorbereitung: IKT für PDL's und für Mentoren (kulturspezifisch)
 - IV. Mentoren-/Patensystem: Motivation steigt, weil Wissen aufgefrischt wird, miteinander Lernen findet statt, Rollenaufwertung, Reflexionskultur wird gefördert, weil Metakommunikation zunimmt, wichtig: freiwillige Basis, guter Einarbeitungsplan, Berücksichtigung in Dienstplangestaltung
 - V. Feedbackkultur entwickelt sich: miteinander Reden, Fragekultur entsteht, Chancen für weitere Neuerungen gut
 - VI. „du und deine Vietnamesen“: Training zur Leitung interkultureller Teams, Vielfalt im Unternehmen, Konfliktklärung
 - VII. für die BGW: Erstunterweisung in alle Sprachen übersetzen, visuelle oder mediale Unterstützung
- allgemein: Transfers zu bereits vorhandenem Material herstellen, Ressourcen sichten, jedem die Zeit geben, die er braucht
 - ausländische MA: E-Learning-Programme dürften für Asiaten kein Problem sein, v. a. junge Leute sind über neue Medien/Lernformen gut zu erreichen; Relevanz für Entwicklung einer Fragekultur; Erstunterweisung sollte nach mehrheitlicher Meinung in Muttersprache sein → vermittelt Sicherheit und Wertschätzung, wenn ohnehin alles neu und fremd ist; intrinsische Motivation hoch, Gehörtes auch umzusetzen
 - Beispiel:
 - BGW: aktuell Entwicklung von Material für Führungskräfte für Erstaufklärung/Beratung neuer MA: darunter auch Inhalte für neue MA (z. B. Thema Haut, Ergonomie, Händehygiene, Impfberatung), die sie durcharbeiten sollen (daheim oder im Nachbarzimmer); anschließend kann Gespräch darüber geführt oder Multiple Choice Test gemacht werden → Selbstlernelement

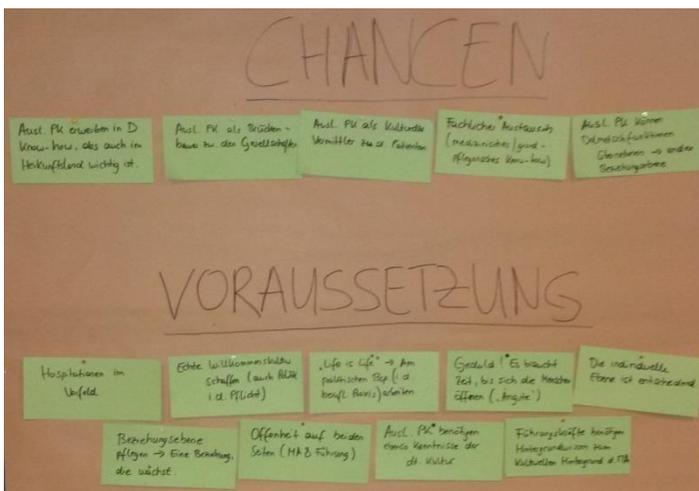
Gruppe 2: besondere Herausforderung bei der Einarbeitung

neue Einarbeitungskonzepte (weil alte nicht mehr greifen) nötig um Verantwortung angemessen zu übertragen

- Alltagssprache reicht für Praxis nicht → spezielle Schulung in Fachsprache (Deutsch für Krankenpflege); Schriftsprache: Modulbausteine für Pflegebericht (in bestimmten Themenbereichen z. B. Körperpflege/Mobilisation); Umgangssprache lernen um Austausch im Team zu gewährleisten („ich mach mich jetzt vom Acker“)
- Fortbildungen auf ausländische Mitarbeiter zuschneiden (z. B. große Hygiene- fortbildung nicht sinnvoll); Integration von Fachsprache in den Praxisalltag (wie kann ich was richtig während des Tuns sagen?); besondere Krankheitsbilder, die in Heimatländern unbekannt sind (z. B. Demenz)



- kultureller Austausch – gegenseitiger Gewinn, Freizeitaktivitäten unterstützen, Netzwerkbildung begleiten, nicht nur im Beruf einen Mentor/Paten haben, sondern auch im privaten Bereich
- allgemein: Sprachzertifikat sollte in allen Bundesländern anerkannt sein; Modulbausteine vereinfachen Dokumentation und vermitteln, dass niemand Literat sein/werden muss und sich Sätze wiederholen dürfen; außerberufliche Begleitung von ausländischen Fachkräften in anderen Branchen selbstverständlich (z. B. Vermittlung von Wohnungen, Kindergartenlätzen und Jobs für Lebenspartner), im Gesundheitswesen ist keine Finanzierung dafür da, trotz hoher Relevanz für langfristig erfolgreiche Integration
- ausländische MA: Begleitung auch bei administrativen Aufgaben außerhalb des Berufslebens (Gesprächstempo bremsen, Anwesenheit Autorität)
- Beispiel:
 - individuelle Betreuung im und außerhalb des Berufs als Erfolgskonzept der BDH Klinik Elzach: obwohl die Klinik klein ist und Freiburg und die Schweiz locken, bleiben die Leute; „Wenn ich es schaffe, dass die Kinder hier zur Schule gehen und ihr Mann auch hier Arbeit findet, gehen sie nicht mehr nach Italien oder sonst wohin zurück.“



Gruppe 3: Chancen interkultureller Teams

Chancen:

- ausländische Pflegekräfte erwerben in Deutschland Know-how, das auch im Herkunftsland wichtig ist
- ausländische Pflegekräfte als Brückenbauer zwischen den Gesellschaften
- ausländische Pflegekräfte als kulturelle Vermittler zu den Patienten
- fachlicher Austausch (medizinisches/ grundpflegerisches Know-how unterschiedlich – Möglichkeit das jeweils andere zu lernen)

- ausländische Pflegekräfte können Dolmetscherfunktion übernehmen → andere Beziehungsebene

Voraussetzungen:

- Hospitationen im Vorfeld
- echte Willkommenskultur schaffen (auch Politik in der Pflicht, entsprechende Voraussetzungen zu schaffen)
- „life is life“ → am praktischen Beispiel (in der beruflichen Praxis) arbeiten
- Geduld: es braucht Zeit, bis sich Menschen öffnen (Ängste, hohe Erwartung an sich selbst)
- die individuelle Ebene ist entscheidend
- Beziehungsebene pflegen → eine Beziehung, die wächst
- Offenheit auf beiden Seiten (Mitarbeiter und Führungskraft), gegenseitiges aufeinander Einlassen

- ausländische Pflegekräfte benötigen ebenso Kenntnisse der deutschen Kultur
- Führungskräfte benötigen Hintergrundwissen zum kulturellen Hintergrund der Mitarbeiter

Teilnehmerin aus Ungarn

- sprach am Anfang kaum; deutsche Kollegen waren sehr distanziert; die Bezugsperson war der Geschäftsführer, der sich oft erkundigte → vermittelte das Gefühl nicht allein zu sein
- nach drei bis fünf Monaten veränderte sich die Situation: sie wollte sich unbedingt beweisen, Kollegen stellten fest, dass sie sich stark veränderte, und reagierten mit positiver Verstärkung (→ viele Freunde nach einem Jahr)
- allgemein: Zeit und das Wissen der Kollegen um den Integrationsprozess sind wichtige Faktoren für gelungene Integration; anfangs überwiegt oft Euphorie, nach drei bis vier Monaten kommt Kulturschock
- ausländische MA: fragen, wann sie angefangen haben auf Deutsch zu träumen → Sprache im Unterbewusstsein als Indiz für fortgeschrittenen Integrationsprozess

Teilnehmerin aus Rumänien:

- anfangs praktisch keine Deutschkenntnisse; Eigenkontrolle bei der Arbeit großes Thema → Angst Fehler zu machen überwog Sprachprobleme → Sprache war nur Rauschen
- erst als gewisse Arbeitssicherheit da war, wuchsen auch Sprachkenntnisse
- erlebte enormen Druck → gleichzeitig offen sein und lächeln, das geht am Anfang nicht
- allgemein: Voraussetzungen heute anders – Sprachkenntnisse Pflicht, Mentoren vorhanden; Vorbereitung der Führungskräfte auf ausländische MA (Stichwort interkulturelles Training); politische Verbindlichkeiten/ Harmonisierung der Vorgehensweise wäre wünschenswert; auch im Kundenbereich ist interkulturelle Öffnung nötig und stellt eine Investition in die Zukunft dar
- ausländische MA: jeder hat eigene Zeit, die Maß sein sollte (nicht das, was Führungskraft im Kopf hat); dauert i.d.R. mindestens halbes Jahr, Konzepte sind oft für drei Monate aufgelegt → Ende fällt genau in Zeit des Kulturschocks → mindestens sechs Monate Begleitung wichtig, auch schon vor Ankunft in Deutschland; statt Anpassung nur auf ausländischen MA zu fokussieren, sollten auch Mitarbeiter und Führungskräfte in Deutschland angepasst werden (z. B. mit Hilfe von interkulturellen Trainings)

Wünsche/Unterstützungsbedarf seitens der Einrichtungen bezgl. der Beschäftigung ausländischer Fachkräfte

Abschließend sollten die Teilnehmer überlegen, welche Hilfestellungen seitens der BGW bzw. anderer Player (Politik, Kranken- und Pflegekassen) sinnvoll wären:

- Zur Vereinfachung der Einarbeitung wären IT-Programme mit Textbausteinen zur Pflegedokumentation hilfreich, bzw. eine Dokumentation zum Ankreuzen.
- Verfügbarkeit von Arbeitsschutzmaterialien in unterschiedlichen Sprachen (Englisch, Spanisch,...).
- Förderung Sprachausbildung: zusätzlich zum geforderten Sprachniveau B2 sollte stärker auch eine Fachsprachenausbildung erfolgen.
- Fachliche Fortbildung ausländischer Fachkräfte: Schulung zu einzelnen Krankheiten, die im Ausland eine geringe Rolle spielen (z. B. Demenz) sowie zu Pflegekonzepten (aktivierende Pflege).
- Prävention von Rückenschmerzen: Da sich derzeit die Herangehensweise an das Patientenhandling z. T. ändert (eher weniger Liftereinsatz, dafür Anwendung des Bobath-Konzeptes), ist dies ein zeitaufwendiger Prozess, der intensive Schulungen erfordert.
- Mehr kultureller Austausch auch jenseits der Einrichtung!
- Nicht nur die Herausforderungen, sondern stärker auch die Chancen interkultureller Teams in den Vordergrund stellen: ausländische MA erwerben Know-how, das im Heimatland gefragt ist, sie sind Brückenbauer zwischen den Ländern, Vermittler zu den Bewohnern/Patienten (z. B. auch Dolmetscher bei ausländischen Patienten).
- Das Wissen um den Ablauf des Integrationsprozesses (Phasen: Euphorie, Kulturschock, Eingewöhnung) muss allen Führungskräften vermittelt werden, diese sind die „Anker“ für ausländische MA und müssen Wert-schätzung glaubhaft vermitteln können.
- Politische/finanzielle Unterstützung für Einrichtungen, die die Stelle eines/r Integrationsbeauftragten schaffen.