Institut für Sozialforschung
und Sozialwirtschaft e.V.
Saarbrücken

Zweite erweiterte Auflage

© saaris

Betriebliches Integrationsmanagement

Praxisleitfaden für das Gesundheitswesen

Kathrin Bierwirth

Volker Hielscher

Jana Rößler

MODELL PROJEKT INGE
INTEGRATION IM GESUNDHEITSWESEN

MODELLPROJEKT INGE
INTEGRATION IM GESUNDHEITSWESEN

Betriebliches Integrationsmanagement

Praxisleitfaden für das Gesundheitswesen

Kathrin Bierwirth

Volker Hielscher

Jana Rößler

Institut für Sozialforschung
und Sozialwirtschaft e.V.
Saarbrücken
iso

Im Rahmen des Modellprojektes INGE – Integration im Gesundheitswesen – sind zur Unterstützung der beruflichen Integration von Menschen mit Einwanderungshintergrund Werkzeuge und viele weitere praktische Hilfestellungen entwickelt und im Online-Praxishandbuch zusammengestellt worden. Es steht allen Interessierten über https://handbuch-inge.de kostenlos zur Verfügung.

Die Online-Version des Praxisleitfadens für das Gesundheitswesen „Betriebliches Integrationsmanagement“ wurde ebenfalls in das Online-Praxishandbuch aufgenommen und ist erreichbar über

https://handbuch-inge.de/werkzeug/leitfaden-betriebliches-integrationsmanagement/

Hinweis zur zweiten erweiterten Auflage 2023

Die zweite Auflage dieses Praxisleitfadens ist durch eine modulare Schulung für Pflegekräfte (Kap. 5.2) und entsprechende Modul-Templates erweitert worden (Anhang A). Diese Ergänzungen wurden durch Frau Gabriela Weiskopf (saaris) erstellt.

Die Schulungsreihe für Pflegekräfte orientiert sich teilweise an den Inhalten der modularen Schulungsreihe für Ärztinnen und Ärzte, da sich die Arbeitsbereiche dieser beiden Professionen im Klinikalltag inhaltlich überschneiden und die Aufgabengebiete miteinander verknüpft sind. Sie baut auf konzeptionellen Vorarbeiten der im Rahmen des INGE-Projekts durch Frau Sonja Lafontaine-Luxenburger (r.o.m.b.u.s. Akademie/Medical Academy) erprobten Schulungsmaßnahme für Ärztinnen und Ärzte auf (siehe auch Kap. 5.4 und Anhang B). Daneben wurde jedoch in weiteren Modulen auf der Grundlage pflegepädagogischer und pflegewissenschaftlicher Expertise den besonderen Anforderungen der Profession Pflege Rechnung getragen.

Kathrin Bierwirth, Volker Hielscher, Jana Rößler:
Betriebliches Integrationsmanagement. Praxisleitfaden für das Gesundheitswesen. Zweite erweiterte Auflage.

Saarbrücken 2023

ISBN: 978-3-935084-42-0

Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V.
im Auftrag der saarland.innovation&standort e. V. (saaris) im Rahmen des
Modellprojekts „Integration und Fachkräftesicherung im Gesundheitswesen“ (INGE)

Im Auftrag von:

saaris
saarland.innovation&standort e.V.

Gefördert durch:

Bundesministerium für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

MODELLPROJEKT INGE
INTEGRATION IM GESUNDHEITSWESEN

Inhalt

1. Neue Fachkraft angeworben und eingestellt – was dann? 1

2. Warum betriebliches Integrationsmanagement? 4

3. Integrationsmanagement als Teil der Organisationsentwicklung 7

3.1 Handlungsbedingungen und Umsetzungschancen reflektieren 8

3.2 Betriebliches Integrationsmanagement ist Chef(in)sache 9

3.3 Definierte Strukturen, Prozesse und Verantwortlichkeiten schaffen und nachhalten 10

4. Onboarding: Das Ankommen neuer Teammitglieder unterstützen 15

4.1 Ansprechpersonen sind notwendig 17

4.2 Erwerb und Ausbau von Deutschkenntnissen 23

4.3 Anerkennungsverfahren berücksichtigen 27

4.4 Vor dem ersten Arbeitstag 33

4.5 Unterstützung in den ersten Tagen und Wochen 37

5. Fachliche Einarbeitung der neuen Fachkräfte 41

5.1 Fachliche Einarbeitung zugewanderter Pflegekräfte 43

5.2 Modulares Schulungs- und Unterstützungsangebot für Pflegekräfte ... 46

5.3 Fachliche Einarbeitung ausländischer Ärztinnen und Ärzte 57

5.4 Modulares Schulungs- und Unterstützungsangebot für Ärztinnen und Ärzte 59

6. Aufbau interkultureller Kompetenzen 71

6.1 Handlungsebenen zum Aufbau interkultureller Kompetenzen 72

6.2 Kulturelle Kontexte von Kommunikations- und Arbeitsweisen 78

6.3 Vorsicht bei kulturellen Stereotypen 83

Literatur 85

Anhang A: Modultemplates zur Schulung von Pflegekräften 87

Anhang B: Modultemplates zur Schulung von Ärztinnen und Ärzten 102

1. Neue Fachkraft angeworben und eingestellt – was dann?

Die Gewinnung und Integration von qualifiziertem Personal in Medizin und Pflege gehören zu den wichtigsten Aufgaben im Personalwesen deutscher Kliniken. Fachkräfte mit Zuwanderungshintergrund, insbesondere im Rahmen von Auslandsanwerbung, stellen dabei ein unverzichtbares Potential dar. Ist der neue Mitarbeiter oder die neue Mitarbeiterin erst einmal angekommen, dann stehen die Einarbeitung und die betriebliche Integration an: Wie kann es Praktikerinnen und Praktikern in Kliniken gelingen, Neuankömmlinge darin zu unterstützen, sich im Klinikalltag und im komplizierten deutschen Gesundheitswesen zurechtzufinden? Wie können die ersten Wochen des Ankommens so gestaltet werden, dass neu angeworbene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sich in ihrer neuen Arbeitswelt und in ihrem Lebensumfeld wohlfühlen, dass die Wohnsituation geklärt und die möglicherweise notwendige Anerkennung von Berufsabschlüssen auf den Weg gebracht ist? Wie können diese Fachkräfte in ihrem beruflichen Erfolg unterstützt und langfristig im Betrieb gehalten werden?

Dies sind Fragen des betrieblichen Integrationsmanagements, die der vorliegende Leitfaden aufgreift. Er richtet sich an Praktikerinnen und Praktiker aus dem Personalwesen sowie an Führungskräfte aus Pflege und Medizin – also an alle Akteure im Krankenhaus, die mit Fragen der Einarbeitung, der Integration und der Personalentwicklung befasst sind.

In den vergangenen Jahren ist eine Vielzahl an Projekten gestartet worden, die sich mit der Anwerbung von Pflegekräften sowie Ärztinnen und Ärzten im Ausland oder mit der Gewinnung von Geflüchteten für Gesundheitsberufe befassen. Diese Projekte haben bereits eine ganze Reihe an Handlungshilfen und Online-Angeboten hervorgebracht. So wurden wichtige Informations-, Service- und Beratungsangebote für die Anwerbung und Rekrutierung im Ausland wie etwa die Deutsche Fachkräfteagentur (www.defa-agentur.de) oder das Deutsche Kompetenzzentrum für internationale Fachkräfte der Gesundheits- und Pflegeberufe (https://dkf-kda.de) aufgebaut. Ebenso wurde die Notwendigkeit der interkulturellen Öffnung von Kliniken thematisiert, die mit der wachsenden kulturellen Diversität auch bei den Patientinnen und Patienten einhergeht (siehe Kasten).

Zu den vielfältigen Anforderungen der kultursensiblen Versorgung informiert die Broschüre Das kultursensible Krankenhaus der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration.

Die eLearning-Plattform Vielfalt Pflegen unterstützt professionell Pflegende bei einer kultursensiblen Versorgung von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte.

Auch der hier vorliegende Praxisleitfaden ist im Rahmen eines durch das Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projekts zur Integration im Gesundheitswesen (https://modellprojekt-inge.de) entstanden. Er unterscheidet sich allerdings von manchen anderen Broschüren und Online-Portalen in drei Punkten:

- Er bezieht sich auf die Integration von neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die bereits für das Unternehmen gewonnen wurden und auf Station „in der Tür stehen“. Schwerpunkt ist also die Integration derjenigen, die „schon da“ sind – das breite Thema Rekrutierung und Anwerbung im Ausland wurde mit Blick auf die bereits existierenden Leistungen der Bundesagentur für Arbeit, die öffentlichen Serviceangebote und die Angebote privater Personalvermittlungen ausgeklammert.
- Der Handlungsrahmen ist die *betriebliche Organisation*. Es geht also darum, was Akteurinnen und Akteure *innerhalb* der Unternehmen tun können, um Integrationsprozesse aktiv zu unterstützen – wohl wissend, dass es für eine erfolgreiche Integration der Leistungen und des Zusammenwirkens sehr unterschiedlicher Gruppen nicht nur im Betrieb, sondern in den verschiedensten gesellschaftlichen Bereichen bedarf.
- Von besonderer Bedeutung ist das zugrunde gelegte Verständnis von Integrationsmanagement: Das betriebliche Integrationsmanagement wird nicht einfach als Sammelbegriff für einzelne Unterstützungsmaßnahmen oder als Synonym für die Bestellung eines betrieblichen Integrationsmanagers gesehen. Vielmehr wird Integrationsmanagement als ein

systematischer Organisationsentwicklungsprozess verstanden und beschrieben. Dementsprechend wird der Fokus auf praxisorientierte Vorgehensbeschreibungen gelegt, die die betrieblichen Akteurinnen und Akteure dabei unterstützen sollen, integrationsfördernde Prozesse und Strukturen erfolgreich und dauerhaft zu verankern.

Die hier vorgelegten Anregungen, Gestaltungsvorschläge und Prozessbeschreibungen sind sehr vielfältig. Sie sollten von den Nutzerinnen und Nutzern des Leitfadens stets darauf geprüft werden, wie gut sie tatsächlich zu den jeweiligen betrieblichen Gegebenheiten vor Ort passen. Viele Unternehmen des Gesundheitssektors haben bereits einzelne Elemente des Onboardings oder Einarbeitungskonzepte für ihre neu eingestellten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter etabliert. Die Ausführungen der Broschüre können dazu anregen, bereits bestehende Konzepte zu ergänzen; sie können aber auch als umfassende Blaupause für die Implementierung eines Integrationsmanagements genutzt werden. Häufig kann an bereits bestehende Aktivitäten und Maßnahmen angeknüpft werden. Einen „one-best-way“ der betrieblichen Gestaltung gibt es nicht!

Im Folgenden werden zunächst einige Argumente für die Notwendigkeit eines Integrationsmanagements zusammengetragen. Sie können unter Umständen eine Argumentationshilfe darstellen, wenn es darum geht, innerbetriebliche Überzeugungsarbeit für integrationsunterstützende Maßnahmen zu leisten. Anschließend werden Vorgehensweisen aufgezeigt, um betriebliches Integrationsmanagement als einen Prozess der Organisationsentwicklung aufzusetzen und dauerhaft im Unternehmen zu verankern. In den folgenden Abschnitten werden drei zentrale inhaltliche Handlungsfelder und Maßnahmenbeispiele beschrieben: Das Onboarding, also das „Hereinholen“ des oder der neuen Mitarbeitenden in den ersten Tagen und Wochen im Betrieb, die Unterstützung der fachlichen Einarbeitung von zugewanderten Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegekräften und schließlich die Entwicklung von interkultureller Kompetenz in der alltäglichen kollegialen Zusammenarbeit wie auch in den Strukturen der Organisation.

2. Warum betriebliches Integrationsmanagement?

Aufgrund des Fachkräftemangels im Gesundheitswesen hat die gezielte Anwerbung von qualifizierten Fachkräften im europäischen und nichteuropäischen Ausland sowie die Integration von Menschen mit Flucht- bzw. Migrationshintergrund in den Arbeitsmarkt enorm an Bedeutung gewonnen. Bereits in den Jahren 2015 und 2016 sind viele Menschen aus dem Nahen Osten als Kriegsflüchtlinge nach Deutschland gekommen, die ein Potenzial für die Fachkräfteausbildung und -rekrutierung im Gesundheitswesen darstellen. Durch den gegenwärtigen Krieg in der Ukraine ist im Herzen Europas eine beispiellose Fluchtbewegung in Gang gesetzt worden, durch die abermals zahlreiche gut qualifizierte Menschen in Deutschland aufgenommen werden, die schnell in den Arbeitsmarkt integriert werden müssen. Daneben wurden in den vergangenen Jahren viele Gesundheitsfachkräfte gezielt angeworben. Die von der Bundesregierung gestartete „Konzertierte Aktion Pflege“ (KAP) hat sich unter anderem das Ziel gesetzt, dem Fachkräftemangel in Deutschland durch die Anwerbung von Pflegefachkräften aus dem europäischen Ausland sowie aus Drittstaaten zu begegnen. Auf dem internationalen Arbeitsmarkt steht Deutschland in Konkurrenz zu anderen Industrieländern, die ebenfalls Fachkräfte aus Gesundheitsberufen anwerben.

Im Jahr 2020 waren rund 56.000 ausländische Ärztinnen und Ärzte in Deutschland tätig, was ein Plus von 6,8 Prozent zum Vorjahr bedeutet (Bundesärztekammer 2020). Im gleichen Jahr waren in der Alten- und Krankenhauspflege rund 194.000 ausländische Personen beschäftigt, was einem Gesamtanteil von 13 Prozent an allen Pflegekräften entspricht (Bundesagentur für Arbeit 2021).

Die Anwerbung ausländischer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist für sich schon eine komplexe und kostspielige Aufgabe (Holldorf 2018). Aus betrieblicher Perspektive ist eine Anwerbung auf dem internationalen Arbeitsmarkt nur dann lohnenswert, wenn es gelingt, die ausländischen Fachkräfte auch dauerhaft im Unternehmen zu halten. Denn nicht selten wird beklagt, dass neu eingestellte Ärztinnen und Ärzte oder Pflegekräfte in Deutschland schnell die Stelle wechseln. Sie haben nach der Ankunft in Deutschland bereits die „große Reise“ aus ihrem Herkunftsland hinter sich. Vor diesem Hintergrund ist für sie ein Wechsel innerhalb der Regionen Deutschlands oder zwischen verschiedenen Arbeitgebern meist nur ein kleiner Schritt – und angesichts des Fachkräftemangels bieten sich

viele Unternehmen als attraktive alternative Arbeitgeber an. Der Fachkräftemigrationsmonitor der Bertelsmann-Stiftung betont daher die Kombination aus Teilhabe durch gute Arbeit und aus fairer Migrationspolitik als Schlüssel für eine erfolgreiche Fachkräftegewinnung (Mayer, Clemens 2021). Die erfolgreiche Anwerbung im Ausland ist also nur der Anfang. Vorbereitende Maßnahmen wie Anpassungsqualifizierungen, Sprachkurse, Vorbereitungskurse und die Anerkennung beruflicher Abschlüsse sind weitere wichtige Schritte, damit die neue Mitarbeiterin oder der neue Mitarbeiter die Arbeit aufnehmen kann. Doch beginnt die eigentliche (Integrations-)Arbeit im Unternehmen dann, wenn der oder die neue Beschäftigte am ersten Arbeitstag die neue Stelle antritt. Nun geht es darum, die mühsam gewonnenen ausländischen Fachkräfte zu erfolgreichen und motivierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu entwickeln, die gerne im Unternehmen bleiben wollen. Allerdings wird in der Praxis häufig unterschätzt, dass dieser Prozess der betrieblichen Integration voraussetzungsvoll und kein Selbstläufer ist.

An dieser Stelle setzt ein ganzheitlich ausgerichtetes betriebliches Integrationsmanagement an. Ganzheitlich heißt, dass alle Aspekte, von der Unterstützung in der Ankunftsphase, der fachlichen Einarbeitung bis hin zum kultursensiblen Umgang mit Patientinnen und Patienten sowie Kolleginnen und Kollegen berücksichtigt werden. Die Umsetzung eines etablierten betrieblichen Integrationsmanagements ist ein langfristig ausgerichteter und in sich verzahnter Prozess auf verschiedenen Ebenen und in verschiedenen thematischen Handlungsbereichen.

Abb. 1: Handlungsfelder eines ganzheitlichen Integrationsmanagements.

Im Aufbau des Leitfadens sind die Themen Onboarding und fachliche Einarbeitung in getrennten Abschnitten dargestellt. Beide Bereiche gehen zeitlich Hand in Hand und haben inhaltliche Überschneidungen. Der Abschnitt Onboarding fokussiert allerdings auf diejenigen sozialen und lebensweltbezogenen Aktivitäten und Prozesse, die über die fachliche Einarbeitung im engeren Sinne hinausgreifen. Die verschiedenen thematischen Bausteine können flexibel genutzt oder miteinander kombiniert werden – und zwar entsprechend der Anforderungen und betrieblichen Voraussetzungen der jeweiligen Organisation. Nützliche Links verweisen auf Angebote, die ergänzend zu diesem Leitfaden genutzt werden können. In Form von gesondert hervorgehobenen Praxistipps werden Vorgehensweisen für konkrete Maßnahmen und spezielle umsetzungsbezogene Aspekte dargestellt. Obgleich die Situation im Krankenhaus im Vordergrund steht, können Pflegeeinrichtungen gleichermaßen auf viele Elemente dieses Leitfadens zurückgreifen.

Die betriebliche Integration von Beschäftigten aus dem Ausland kann und sollte als Bestandteil eines umfassenderen betrieblichen Diversitätsmanagements betrachtet werden. Denn die Gesellschaft und damit auch die Arbeitswelt wird in sozialer, religiöser, kultureller, geschlechtsspezifischer und identitätsbezogener Hinsicht immer vielfältiger – und die systematische Anwerbung und Einstellung von Menschen aus dem Ausland vergrößert diese Vielfalt im Betrieb. Das erfolgreiche Management dieser Vielfalt und der produktive Umgang mit Unterschiedlichkeiten wird eine der wesentlichen Aufgaben des Personalwesens in den nächsten Jahren sein – nicht nur im Gesundheitssektor.

3. Integrationsmanagement als Teil der Organisationsentwicklung

Häufig wird das Thema betriebliche Integration zu kurz gedacht. Viele Unternehmen und Einrichtungen setzen auf einzelne Maßnahmen, etwa zur Unterstützung bei der Wohnungssuche oder zur Einführung eines Patensystems oder sie bestellen eine Ansprechperson (Integrationsbeauftragte/Integrationsbeauftragter) für die Beschäftigten mit Zuwanderungsgeschichte. Diese Schritte können im Einzelnen sinnvoll und nützlich sein. Allerdings beziehen sie sich oft nur auf einzelne Handlungsbereiche und häufig sind Zuständigkeiten und Zeitressourcen für diese Aufgaben nicht geklärt. Vielfach müssen die Verantwortlichen ihre Aktivitäten zur Integrationsunterstützung als Zusatzaufgabe neben der regulären Arbeit in Pflege, ärztlichem Dienst oder in der Verwaltung leisten. In der Folge verlaufen viele gute Ansätze schnell wieder „im Sande“ oder die Integrationsaufgaben können nur unzureichend umgesetzt werden.

Daher versteht dieser Leitfaden das betriebliche Integrationsmanagement als Teil einer systematischen Organisationsentwicklung. Das heißt zum einen, dass für die Einführung und Umsetzung des Integrationsmanagements die verschiedenen betrieblichen Akteurinnen und Akteure, von der Direktion bis zu den Teams auf Station, in den Prozess der Planung und der Umsetzung einbezogen werden sollten. Die Integration neuer Mitarbeitender aus dem Ausland wird so als eine gemeinschaftliche Aufgabe der gesamten Organisation verstanden. Zum anderen bedarf ein Integrationsmanagement ähnlich wie das Qualitätsmanagement oder das betriebliche Gesundheitsmanagement eines Gerüsts von definierten Abläufen und Prozessen, die dazu dienen, die gestellten Aufgaben zu erfüllen und die Ziele zu erreichen. Diese Strukturen und Vorgehensweisen sollten automatisch greifen, sobald eine Neueinstellung erfolgt. Dazu müssen Rollen, Verantwortlichkeiten und Aufgaben klar definiert, personell zugewiesen und entsprechende Ressourcen bereitgestellt werden. Organisationsentwicklung bedeutet, die Bausteine des betrieblichen Integrationsmanagements systematisch in reguläre Unternehmensstrukturen und -abläufe einzubetten.

Damit die Umsetzung auch nachhaltig erfolgreich ist, sollte von vornherein der Ressourcenaufwand für eine gelingende betriebliche Integration berücksichtigt werden. Zwar zahlt sich betriebliches Integrationsmanagement mittelfristig aus –

durch die Verringerung von Fluktuation und Einarbeitungskosten sowie durch zufriedenere und leistungsfähigere Belegschaften. Dennoch kann der im jeweiligen Einzelfall anfallende betriebliche Aufwand für eine erfolgreiche Integration sehr unterschiedlich und vorab schwer einschätzbar sein. Denn der individuelle Unterstützungsbedarf hängt von verschiedenen persönlichen Faktoren wie der familiären Situation, den beruflichen Vorerfahrungen und den persönlichen Zielsetzungen ab. Für die erfolgreiche Umsetzung eines betrieblichen Integrationsmanagements sollte ein realistischer Ressourceneinsatz berücksichtigt werden – personell, monetär und zeitlich. Gerade in der Einführungsphase des betrieblichen Integrationsmanagements ist meist ein hohes Engagement der Akteurinnen und Akteure notwendig, bis die Abstimmungsprozesse stabil laufen und erste Maßnahmen erfolgreich umgesetzt sind.

3.1 Handlungsbedingungen und Umsetzungschancen reflektieren

Bevor die ersten Schritte zum Aufbau des betrieblichen Integrationsmanagements eingeleitet werden, empfiehlt es sich, für einen Moment zu überlegen, wo die Einrichtung bezüglich der Integration von Mitarbeitenden mit Migrationshintergrund steht und wie konkret vorgegangen werden soll. Nachfolgende Hinweise sind als Anregungen zu verstehen, die Vorgehensweise vorausschauend zu planen. Denn die Erfahrungen zeigen, dass es hilfreich ist, die Prozessgestaltung frühzeitig zu durchdenken. Durch eine vorausschauende Planung können Überraschungsmomente reduziert und die Chancen für eine am Ende erfolgreiche Umsetzung der Maßnahmen deutlich verbessert werden. Untenstehende Fragen können dabei behilflich sein, die Ausgangssituation zu klären:

Checkliste zur Klärung der Ausgangssituation im Unternehmen

- Was sind in Ihrem Unternehmen die zurzeit wichtigsten Herausforderungen in Bezug auf die Integration von Beschäftigten mit Zuwanderungsgeschichte?
- Welche Unterstützungsmaßnahmen bestehen bereits und von welchen Akteurinnen und Akteuren werden sie getragen?
- Welche innovativen Ideen oder Ansätze könnten auf eine gute Resonanz stoßen?

- An welche laufenden Prozesse oder Projekte lassen sich Bausteine des betrieblichen Integrationsmanagements sinnvoll andocken (z. B. laufende Onboarding-Programme, Qualitätsmanagement etc.)?
- Von welcher Stelle aus bzw. durch welche Personen kann der Gesamtprozess am besten koordiniert werden? Welche Akteurinnen und Akteure müssen unbedingt für eine Unterstützung des Projekts gewonnen werden?
- Welche finanziellen und personellen Ressourcen sind für die Einführung eines betrieblichen Integrationsmanagements nötig und verfügbar?
- Wo sind Hürden zu erwarten (z. B. in bestimmten Bereichen oder Standorten, bei Mitarbeitenden, Führungskräften, in der Geschäftsführung oder der Interessenvertretung)? Wie könnten geeignete Sensibilisierungs- und Kommunikationsstrategien aussehen?
- Macht es Sinn, in bestimmten „Pilotabteilungen“ mit dem betrieblichen Integrationsmanagement zu starten?
- Ist gegebenenfalls externe fachliche Unterstützung notwendig und wie kann sie sichergestellt werden?

3.2 Betriebliches Integrationsmanagement ist Chef(in)sache

Grundsätzlich ist die Aufgabe, ein betriebsweites Integrationsmanagement zu implementieren, eine nicht zu unterschätzende Herausforderung an die Krankenhausorganisation: Dies erfordert ein Zusammenwirken des meist zentral angesiedelten Personalmanagements mit den ärztlichen Führungskräften der Fachabteilungen wie auch mit der Pflegedirektion und den jeweiligen Stationsleitungen. Meist bestehen durch die relative Autonomie der Chefärztinnen und Chefärzte in den Fachabteilungen, die unterschiedlichen professionellen Denkwelten zwischen Medizin und Pflege und durch den alltäglichen Personalmangel erhebliche Hürden, sich überhaupt systematisch mit dem betrieblichen Integrationsmanagement zu beschäftigen. Viele betriebliche Projekte (nicht nur im Gesundheitssektor) enden ohne konkrete Ergebnisse, weil sie in zeitlicher Konkurrenz zum Alltagsgeschäft stehen und weil ein klarer Auftrag „von oben“ fehlt. Es bedarf daher eines starken Rückhalts durch die Geschäftsleitung bzw. des Direktoriums, um die notwendigen Klärungs- und Entscheidungsprozesse herbeizuführen und

nachhalten zu können und um eine Umsetzung in allen Fachabteilungen und Stationen sicherzustellen.

Die Initiierung und Delegation der innerbetrieblichen Prozesse kann zwar von einzelnen Akteurinnen und Akteuren vorgedacht und angestoßen werden, sie sollte aber stets von der obersten Hierarchieebene ausgehen:

- In der Regel entscheidet die Geschäftsführung über die Bereitstellung von finanziellen und personellen Ressourcen, die das Projekt unter Umständen erst ermöglichen;
- der Rückhalt der Geschäftsführung bzw. des Direktoriums ist wichtig, um andere betriebliche Akteurinnen und Akteure zu gewinnen bzw. das Vorhaben bei Bedarf „top-down“ auch gegen interne Widerstände durchsetzen zu können;
- die Projektverantwortlichen werden durch die Zustimmung der Geschäftsführung in ihrem Handeln stärker legitimiert.

Vor allem aber erhöht die klar kommunizierte Unterstützung der Chefetage die Bereitschaft in der Belegschaft, bei der Planung und Umsetzung der Prozesse aktiv und konstruktiv mitzuwirken.

3.3 Definierte Strukturen, Prozesse und Verantwortlichkeiten schaffen und nachhalten

Prozesse der Organisationsentwicklung sind langwierig und ressourcenintensiv, sie gestalten sich manchmal zäh und bedürfen der fortdauernden Kontrolle und gegebenenfalls auch der Anpassung. Darüber hinaus beruhen gerade im Gesundheitswesen viele Strukturen und Prozesse der Einrichtungen auf gesetzlichen Vorgaben und fachlichen oder administrativen Notwendigkeiten. Für das betriebliche Integrationsmanagement gibt es keine entsprechend gesetzten Vorgaben. Es ist daher immer eine „freiwillige“ Leistung, die neben den Pflichtaktivitäten der Organisation steht.

Von daher ist für das betriebliche Integrationsmanagement an vielen Stellen Überzeugungsarbeit zu leisten. Hierfür ist es ratsam, eine Kommunikationsstrategie zu entwickeln, die die Hintergründe und den Nutzen gelingender Integration für das Unternehmen und die Arbeitsteams verdeutlicht. Insbesondere die Pflege, der ärztliche Dienst, gegebenenfalls die Verwaltung und der technische

Dienst sollten frühzeitig informiert und in das Projekt eingebunden werden. Ebenfalls sollten der Betriebsrat oder die betriebliche Interessensvertretung beteiligt werden.

Eine zentrale Frage ist die nach der Steuerung des Prozesses. Wer legt die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten fest, wer definiert die einzelnen Prozessschritte und Verfahrensweisen und gewährleistet deren Administration? Wer kann der Umsetzung der Organisationsentwicklung den notwendigen Nachdruck verleihen? Diese Fragen werden in der Praxis unterschiedlich beantwortet:

Der Prozess könnte einerseits über die **regulären Hierarchien** gesteuert werden (Direktorium, Pflegedienstleitung, Stationsleitungen, Chefärzte, Personalwesen). Das hat den Vorteil, dass keine neuen Strukturen aufgebaut werden müssen. Der Nachteil liegt darin, dass das Integrationsmanagement ein Ansatz ist, in dem alle Bereiche, Hierarchiestufen und Berufsgruppen zusammenwirken müssen, aber die entsprechend notwendige übergreifende Steuerung innerhalb der Linien-, Fachabteilungs- und Stationshierarchien nur schwer möglich ist. In diesem Falle könnten daher schnell vielfältige und uneinheitliche Vorgehensweisen entstehen, die nicht aufeinander abgestimmt sind.

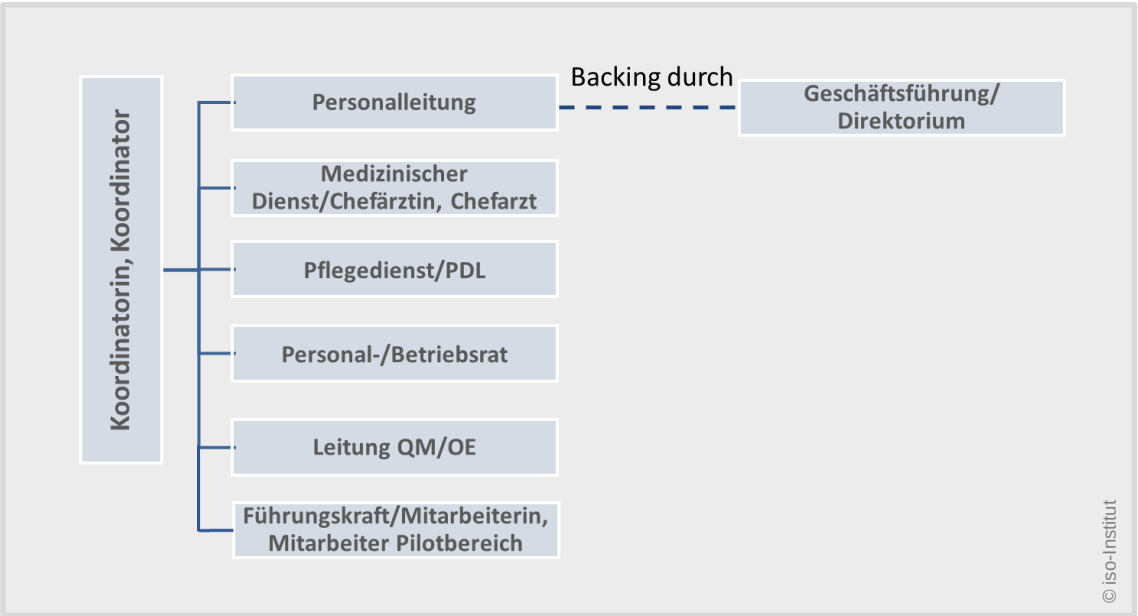
Manche Häuser sind dazu übergegangen, die Stelle einer bzw. eines **betrieblichen Integrationsbeauftragten** einzurichten. In der Praxis sind die Aufgaben für diese Stellen sehr vielfältig ausgelegt: Sie sind übergeordnete Ansprechpartner des Unternehmens für die Beschäftigten mit Migrationshintergrund, sie dienen als Kontaktperson für kommunale Stellen und Sozialdienste und gelten häufig als verantwortlich für alle praktischen Fragen des Integrationsprozesses im Unternehmen. Denkbar ist daher auch, dass diese Beauftragten das Integrationsmanagement koordinieren, dessen Umsetzung begleiten und Optimierungsbedarfe formulieren. Es ist jedoch zu erwarten, dass solche Beauftragten allein mit der Steuerungsverantwortung für einen Organisationsentwicklungsprozess schnell an Grenzen stoßen: Zum einen ist dies eine komplexe und arbeitsintensive Aufgabe, für die die Zeitressourcen häufig nicht ausreichen. Zum anderen sind diese Stellen häufig als Stabsstellen in der Verwaltung angesiedelt. Hier fehlt es den Beauftragten nicht selten an innerbetrieblichen Durchsetzungsmöglichkeiten, um weitere Akteurinnen und Akteure in der Krankenhausorganisation

verbindlich für die Umsetzung des betrieblichen Integrationsmanagements einbinden zu können.

Eine dritte Variante besteht darin, eine **interne Steuerungsgruppe** für den Aufbau des Integrationsmanagements zu installieren. Dieses Gremium hätte mehrere Vorteile: Zum einen können Maßnahmenplanungen in einem beteiligungsorientierten Dialogprozess entwickelt werden, in dem gemeinsam mit den umsetzungsrelevanten Akteursgruppen konkrete Vorgehens- und Verfahrensweisen vereinbart und Verantwortlichkeiten für die Umsetzung benannt werden. Die Steuerungsgruppe bietet zudem ein Format, bereichs- und berufsgruppenübergreifend zusammenzuarbeiten. Schließlich können mögliche Umsetzungshürden frühzeitig aus verschiedenen Perspektiven artikuliert und präventiv mitberücksichtigt werden. Die Steuerungsgruppe könnte überdies als dauerhaft installiertes Koordinierungszentrum des betrieblichen Integrationsmanagements genutzt werden. Allerdings besteht auch das Risiko, dass eine solche Gruppe eine folgenlose „Spielwiese“ wird, auf der zwar gute Ideen entwickelt, diese aber nicht umgesetzt werden. Ebenso könnte die Situation eintreten, dass sich die Steuerungsgruppe in kontroversen Diskussionen verliert, ohne zu konstruktiven und praktisch nützlichen Ergebnissen zu kommen. Angesichts der Personalknappheit im Gesundheitssektor würden beide Fälle vermutlich dazu führen, dass sich die Beteiligten innerhalb kurzer Zeit aus der Mitwirkung zurückziehen.

Von daher ist von Bedeutung, wie die Steuerungsgruppe personell besetzt wird. Sie sollte alle relevanten Akteurinnen und Akteure an einen Tisch bringen, die für die Einführung und Umsetzung eines betrieblichen Integrationsmanagements von Bedeutung sind. Dazu gehören strategische und operative Führungskräfte, wie auch Verwaltung, ärztlicher Dienst und Pflegedienst. Manche Maßnahmen lassen sich relativ einfach für das gesamte Haus umsetzen, etwa die Einführung einer Willkommensmappe für neue Mitarbeitende. Andere Maßnahmen, etwa Einarbeitungskonzepte oder ein Patensystem, könnten gegebenenfalls erst einmal auf einer Station oder in einer Fachabteilung erprobt werden. Die Erprobung in einem Pilotbereich verringert den Optimierungsaufwand und kann die Akzeptanz für das Gesamtprojekt erhöhen. Für diesen Fall sollten die Führungskräfte und möglicherweise auch Mitarbeitende des Pilotbereichs in die Steuerungsgruppe einbezogen werden. Der konkrete Personenkreis muss je nach den Gegebenheiten vor Ort ausgewählt werden.

Abb. 2: Beispiel für die Zusammensetzung einer Steuerungsgruppe.



Damit die Steuerungsgruppe kein „Papiertiger“ bleibt, ist von besonderer Bedeutung, dass sie einen expliziten und in der Organisation kommunizierten Handlungsauftrag durch die Geschäftsführung bekommt. Dabei muss deutlich werden, dass es ein klarer Wunsch des strategischen Managements ist, durch die Arbeit der Steuerungsgruppe innerhalb eines definierten Zeitabschnitts zu Ergebnissen zu kommen. Gegebenenfalls sind auch Regelungen zu treffen, dass den Mitwirkenden an der Steuerungsgruppe die notwendigen Zeitressourcen für die Konzipierung und die Umsetzung des betrieblichen Integrationsmanagements zur Verfügung stehen.

Die Koordinatorin oder der Koordinator sind für die Organisation, Moderation und die Ergebnissicherung der Steuerungsgruppe verantwortlich. Darüber fällt dieser Person als „Kümmerer“ auch die kontinuierliche Kontrolle der Umsetzung zu. Gegebenenfalls muss sie nötige Anpassungen der Maßnahmen und Prozesse anstoßen. Diese Aufgaben können nur geleistet werden, wenn die Koordination der Steuerungsgruppe hinreichend mit Zeitressourcen unterlegt wird. Bei der Auswahl dieser Person sollte einerseits berücksichtigt werden, dass für das Handlungsfeld Integration eine innere Verbundenheit und Motivation vorhanden ist. Andererseits sollte die Person intern hinreichend vernetzt und im betrieblichen Geschehen erfahren genug sein, um mit den vielfältigen Akteurinnen und Akteuren die Einzelschritte zum betrieblichen Integrationsmanagement auch tatsächlich realisieren zu können.

Es empfiehlt sich, vor dem Start der Arbeit in der Steuerungsgruppe die Entscheidungswege (z. B. über Personal- und Sachressourcen) zu klären und regelmäßige Berichtspunkte der Steuerungsgruppe an die Geschäftsführung zu vereinbaren bzw. vorzugeben. Die Steuerungsgruppe sollte in einem sachgerechten Turnus tagen, der auch zwischengelagerte Umsetzungsaktivitäten erlaubt. Zumindest in der Anlaufphase der Organisationsentwicklung mit einer Vielzahl an Klärungsbedarfen sollte allerdings ein eher enger (mindestens zwei- bis vierwöchiger) Arbeitsrhythmus der Steuerungsgruppe realisiert werden.

4. Onboarding: Das Ankommen neuer Teammitglieder unterstützen

Die ersten Arbeitstage und Arbeitswochen sind für alle neuen Beschäftigten eine Herausforderung. Sie betreten im wahrsten Sinne Neuland: Die räumlichen Gegebenheiten sind unbekannt und jedes Unternehmen hat eigene Gepflogenheiten und Eigentümlichkeiten, von den Arbeitsroutinen und Abläufen bis hin zum sozialen Miteinander, den Umgangsformen und der Unternehmensphilosophie. Für Fachkräfte aus dem Ausland sind die Herausforderungen noch einmal deutlich größer, sei es aufgrund der sprachlichen und kulturellen Unterschiede, sei es aufgrund ungewohnter technischer und fachlicher Anforderungen oder einer weitgehend fremden Arbeits- und Professionskultur. Die Phase des Ankommens, Kennenlernens, Zurechtfindens und Einarbeitens ist mit vielen Unsicherheiten und Stolperfallen für die Neuen verbunden.

Zugleich stellt oftmals der erste Eindruck neuer Mitarbeitender davon, wie sie im Unternehmen willkommen geheißen und an ihre neuen Aufgaben herangeführt werden, bereits die Weichen für einen erfolgreichen längerfristigen Verbleib. Eine betriebliche Willkommenskultur, in der ein Onboarding und eine strukturierte Einarbeitung zum Standard gehören, bildet daher den Grundstein zur erfolgreichen Mitarbeitenden-Bindung. Unter Onboarding versteht man die systematische Integration neuer Beschäftigter in ein Unternehmen. Es geht über die fachliche Einarbeitung im engeren Sinne hinaus und umfasst die Facetten der sozialen Integration der neuen Kollegin oder des neuen Kollegen in das Arbeitsteam und das neue Lebensumfeld.

Dies gilt im besonderen Maße für zugewanderte Fachkräfte, denen die Strukturen, die Arbeitsorganisation und Aufgabenteilung in einem Krankenhaus, aber auch das Leben in Deutschland noch fremd sind. Das Onboarding und die Einarbeitung sollte besonders die Bedürfnisse von neuen Mitarbeitenden mit Zuwanderungsgeschichte berücksichtigen, wenn das Gelingen der betrieblichen Integration nicht vom Zufall oder dem Engagement einzelner Leitungskräfte abhängig sein soll. Dennoch muss und sollte kein zusätzliches Onboarding- und Einarbeitungskonzept extra für ausländische Fachkräfte entwickelt werden. Dies würde auch der Situation in den Kliniken nicht gerecht. Denn bereits heute besteht eine große Vielfalt in den Belegschaften durch die in den vergangenen

Jahren zugewanderten Arbeitskräfte, aber auch durch unterschiedliche Ausbildungswege und Abschlüsse. Ziel sollte es daher sein, ein Onboarding aufzubauen, das für alle Neueinstellungen funktioniert und flexibel auf die Anforderungen der jeweiligen Station und die Kompetenzen sowie die individuellen Erfordernisse von neuen Beschäftigten eingehen kann. So wird auch vermieden, dass neuen ausländischen Fachkräften eine Sonderrolle zugeschrieben wird, die von anderen Teammitgliedern eventuell als (ungerechtfertigte) Privilegierung wahrgenommen werden könnte (Rand 2019).

Um eine betriebliche Willkommenskultur in der eigenen Einrichtung zu etablieren, sind verschiedene Vorbereitungsmaßnahmen sinnvoll. Dazu gehören zunächst die Sichtung und Sammlung bereits bestehender Verfahren, Vorgehensweisen und Instrumente der fachlichen Einarbeitung und des Onboardings. Dies könnte beispielsweise die eingerichtete Steuerungsgruppe übernehmen (vgl. Kap. 3.3). Dabei geht es darum festzustellen, wo die Klinik steht. Denn in der Regel muss nicht bei „Null“ angefangen werden. Diese Verfahrensweisen gilt es zu sammeln und daraufhin zu prüfen, inwiefern neue ausländische Arbeitskräfte dabei bereits mitgedacht sind.

Dafür sollte man sich verdeutlichen, wo sich die Anforderungen an Einarbeitung und Onboarding ausländischer Fachkräfte von denen neuer Mitarbeitender, die in Deutschland bereits integriert sind, unterscheiden. Drei Aspekte sind hierbei besonders zu berücksichtigen:

- Ausländische Fachkräfte haben viele Fragen, die sich deutschen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern so nicht stellen. Arbeitgeber sollten daher intensiven Kontakt zu den neu zugewanderten Beschäftigten halten, um so frühzeitig von Problemen zu erfahren, Missverständnisse aufzuklären oder insgesamt bedarfsgerechte Hilfestellung geben zu können.
- Ausländische Fachkräfte brauchen Rücksicht und Unterstützung beim Erwerb der deutschen Sprache, um die Anforderungen des beruflichen Alltags und der abzulegenden Sprachprüfungen erfüllen zu können.
- Das Anerkennungsverfahren ist zeitintensiv und aufwändig und hat Auswirkungen auf die Beschäftigungsmöglichkeiten der ausländischen Fachkräfte. Für ein Verfahren ohne unnötige Verzögerungen ist die Unterstützung des Beschäftigungsgebers sinnvoll.

4.1 Ansprechpersonen sind notwendig

Für neue Mitarbeitende stellen sich viele Fragen, die die neue Arbeitssituation und den neuen Lebensmittelpunkt betreffen. Dies gilt umso mehr, wenn sie mit dem Leben in Deutschland bisher nicht vertraut sind. Hierfür sind Ansprechpersonen nötig, die intensiven Kontakt zu den neu eingestellten Beschäftigten halten, um so möglichst frühzeitig auf die zum Teil sehr individuellen Probleme eingehen zu können.

Zu den Ansprechpersonen können beispielsweise eine Integrationsbeauftragte bzw. ein Integrationsbeauftragter gehören. Diese gibt es mittlerweile in vielen Kliniken. Da diese Beauftragten eine übergeordnete Stelle im Unternehmen darstellen, kann allerdings eine Hemmschwelle für die Mitarbeitenden mit Migrationshintergrund bestehen, sich dorthin zu wenden, insbesondere bei alltäglichen Problemen.

Daneben können Mentorinnen und Mentoren eingesetzt werden. Sie geben ihre fachlichen Kenntnisse oder Erfahrungen an die neuen Teammitglieder weiter, unterstützen dadurch den Wissenstransfer in einem Unternehmen und die Mentee bei persönlichen oder beruflichen Entwicklungen. Auf diese Funktion werden Mentorinnen und Mentoren mit speziellen Schulungsmaßnahmen vorbereitet, zum Teil sogar professionell begleitet. Sie sind also weniger kollegiale Partnerinnen und Partner, sondern eher erfahrene Beratende für alle neuen Teammitglieder.

Zu Mentoringprogrammen gibt der Werkzeugkoffer des DKF weitere Hinweise.

Auf kollegialer Ebene werden häufig Patenschaften eingerichtet. Sie unterstützen bei Alltagsangelegenheiten, machen mit Gepflogenheiten in Deutschland und im Unternehmen vertraut und erleichtern die Orientierung. Patenschaften vereinfachen die soziale, fachliche und organisatorische Integration, besonders für neue Mitarbeitende mit Migrationshintergrund.

Insbesondere Mentorinnen und Mentoren sowie Patinnen und Paten bieten sich für jede Einarbeitung an, unabhängig vom kulturellen Hintergrund der neuen Mitarbeitenden. Für die Ansprechpersonen ergeben sich aber andere bzw. erweiterte Aufgaben, wenn die neuen Kolleginnen und Kollegen zum ersten Mal nach Deutschland kommen oder noch nicht lange in Deutschland leben.

Die Einführung eines Patensystems empfiehlt sich in Krankenhäusern also besonders, wenn neue Mitarbeitende mit Zuwanderungsgeschichte bei der Einarbeitung und dem Ankommen in der Klinik begleitet werden sollen. Patinnen und Paten unterstützen auf kollegialer Ebene und bewegen sich auf der gleichen Hierarchiestufe wie der oder die Neue. Dies erleichtert den Vertrauensaufbau und Erfahrungsaustausch auf Augenhöhe. Für die Neuen ist die Hemmschwelle niedriger, sich bei Fragen und Problemen an ihre Patin bzw. ihren Paten zu wenden. In ein Patensystem können prinzipiell alle Mitarbeitenden eingebunden werden, was langfristig die Integrationsfähigkeit in den Teams verbessert. Für die Krankenhäuser ist die Installation eines Patensystems außerdem mit weniger Ressourceneinsatz verbunden als ein Mentorenprogramm mit umfassenden Schulungen der Mentorinnen und Mentoren.

Das Patensystem – die Umsetzung will durchdacht sein!

Die Aufgaben einer Patin oder eines Paten können unterschiedlich ausgestaltet sein. Grundsätzlich stehen sie in der Einarbeitungszeit der neuen Mitarbeiterin bzw. dem neuen Mitarbeiter als unmittelbare Ansprechperson zur Seite. Die Rolle der Patinnen und Paten sorgt für ein gelingendes „Ankommen“ in der Klinik:

- Sie vermitteln den Einsteigenden das Gefühl, dass eine Ansprechperson da ist, die sich nicht durch Fragen oder Anliegen gestört fühlt oder von der Arbeit abgehalten wird.
- Sie unterstützen die Neue oder den Neuen in dem Wunsch, möglichst schnell ein akzeptiertes Teammitglied zu werden.
- Sie helfen beim Verständnis des Arbeitsalltags und der organisatorischen Abläufe sowie bei der fachlichen Integration.

Kurzum, die Paten und Patinnen wirken darauf hin, dass die Einarbeitung des neuen Teammitglieds gelingt und diese Person schnell zu einer starken Stütze des Teams heranreift. Dies gilt umso mehr für Neulinge mit Migrationshintergrund, für die die berufliche Integration eine besondere Herausforderung

darstellt. Im Ergebnis tragen daher die Tätigkeiten der Patinnen und Paten zur effektiven Arbeitsentlastung für das Gesamtteam wie auch für die Führungskraft bei.

Allerdings ist die Umsetzung des Patensystems für die Leitungskräfte nicht immer einfach. Manche Kolleginnen und Kollegen im Stationsteam sind hinsichtlich ihrer Neigungen und Kompetenzen besser, andere weniger gut für diese Aufgabe geeignet. Die Bereitschaft der Teammitglieder, die Patentätigkeit zu übernehmen, ist unterschiedlich verteilt. Unter Umständen wird immer wieder auf wenige bereitwillige Einzelpersonen zurückgegriffen, für die diese Aufgabe eine zusätzliche Belastung darstellt. Im Team sind diese aber nicht selten auch die Leistungsträger, die im Stationsalltag mit jeder verfügbaren Stunde dringend gebraucht werden. Zwischen dem Grundsatz, dass die Patenschaft auf Freiwilligkeit beruhen sollte, und dem Anspruch, diese Aufgabe auf möglichst viele Schultern zu verteilen, liegt manchmal ein Spannungsverhältnis.

Bevor die oder der Neue ankommt: Wer soll Patin oder Pate sein?

Es wird in der Regel empfohlen, dass die Patenrolle durch Kolleginnen und Kollegen der gleichen Hierarchiestufe wie der des Neuankömmlings wahrgenommen werden sollte. Dies ist eine wichtige Voraussetzung für einen schnellen Aufbau von kollegialem Vertrauen. Grundsätzlich sollten der Pate bzw. die Patin

- über umfassende Arbeitserfahrungen im Team bzw. im Arbeitsbereich verfügen,
- die Klinik und die organisatorischen Abläufe gut kennen,
- Rückhalt im Team genießen,
- gute soziale und kommunikative Kompetenzen haben,
- die Tätigkeit gerne und freiwillig übernehmen wollen und
- das Vertrauen der Führungskraft genießen.

Die Benennung der Person für die Patenrolle sollte rechtzeitig vor Arbeitsbeginn der neuen Mitarbeiterin bzw. des neuen Mitarbeiters erfolgen, so dass eine Abstimmung zwischen der Führungskraft und der Patin bzw. dem Paten zur Einarbeitung erfolgen kann. Möglich ist natürlich auch die Benennung mehrerer

Personen, insbesondere wenn die angedachten Aufgaben sehr umfangreich sind und aufgeteilt werden sollen.

Klärung von Aufgaben und Rollenteilung

Von großer Bedeutung ist, dass sich die Führungskraft und die mit der Patenschaft beauftragte Person über die Aufgaben der Patenschaft und die Patenrolle verständigen. Die meisten Aufgaben zur Einführung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind Angelegenheiten der Vorgesetzten. Die Verantwortung sollte daher nicht an andere Personen delegiert werden. Die Patin oder der Pate nimmt als direkte Ansprechperson eine kollegiale, unterstützende und informierende Funktion wahr und kann auch als Sprachpatin bzw. Sprachpate den Deutschspracherwerb unterstützen. Sie oder er nimmt keine Führungsaufgaben, wie etwa Dienstanweisungen oder Leistungsbeurteilungen, wahr.

Rechtzeitig vor Arbeitsbeginn des neuen Teammitglieds sollte ein Vorgespräch stattfinden, in dem die Führungskraft mit der Patin oder dem Paten klärt, welche Aufgaben zur Einführung von der Führungskraft und welche von der Patenrolle übernommen werden sollen. Dabei sind die organisatorische Einführung, die fachliche Einarbeitung und die soziale Integration in das Team besonders wichtige Aspekte.

Checkliste: Vorbereitungsgespräch zwischen Leitungskraft und Patin bzw. Pate

- Sind die Vorbereitungen (Arbeitsplatz, Information des Teams, Einbindung in Postlauf, E-Mail etc.) abgeschlossen?
- Sind Begrüßungsschreiben, Willkommensmappe etc. vorbereitet bzw. ausgehändigt?
- Wie läuft der erste Arbeitstag ab?
- Welche Aufgaben übernehmen der Pate bzw. die Patin am ersten Tag bzw. in der ersten Woche?
- Wie erfolgt die Rückkoppelung zwischen Patin bzw. Pate und Leitungskraft?
- Wann ist der Termin für das nächste Zwischengespräch vorgesehen?

Es ist nötig, dass alle Informationen, die für die Patentätigkeit von Bedeutung sind, weitergegeben werden. Ebenso sollte geklärt sein, für welchen Zeitraum die Patentätigkeit übernommen wird (z. B. bis zum Zwischengespräch laut Einarbeitungskonzept) und an welchen Punkten eine Entlastung bei den täglichen Aufgaben der Patin bzw. des Paten erfolgen kann.

Von herausragender Bedeutung ist die Vorbereitung des ersten Arbeitstags. Hier sollte ein besonderes Augenmerk auf die notwendigen Vorkehrungen sowie auf den Ablauf und den Empfang der neuen Mitarbeiterin oder des neuen Mitarbeiters gelegt werden.

Den Rücken für die Patentätigkeit freihalten

Für den Betrieb und für das Arbeitsteam ist die Übernahme einer Patentätigkeit eine verantwortungsvolle und wichtige Aufgabe. Die faire Balance von Aufgaben und Belastungen im Team ist eine zentrale Voraussetzung dafür, dass einzelne Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bereit sind, die Patentätigkeit zu übernehmen. Das bedeutet zum einen, dass die Patinnen und Paten für die Phase der Patenschaft, insbesondere in den ersten Tagen und Wochen, von bestimmten Aufgaben und Routinetätigkeiten befreit werden sollten. Gegebenenfalls könnte auch im Team vereinbart werden, dass die Personen während der Patentätigkeit weniger in die Patientenversorgung eingebunden werden. Zum anderen sollten sie bei Bedarf auch im Dienstplan für bestimmte Aktivitäten freigestellt werden, etwa für die Begleitung am ersten Arbeitstag oder in der ersten Arbeitswoche. Durch die Leitungskraft sollte wertgeschätzt werden (etwa durch ein ausdrückliches „Dankeschön“ etc.), dass mit der Patenschaft eine für das Gesamtteam wichtige Aufgabe übernommen wird.

Integration neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als Aufgabe des Gesamtteams

Die erfolgreiche und nachhaltige Integration eines neuen Teammitglieds ist allerdings nicht allein die Aufgabe der Leitungskräfte und der Patinnen und Paten. Sie ist eine Leistung, die jedes einzelne Teammitglied und das Gesamtteam zu erbringen haben und von der auch alle im Team profitieren. Daher sollte hierüber im gesamten Stationsteam gesprochen werden.

Mit einer Diskussion des Themas im Arbeitsteam verbinden sich drei Ziele:

- *Information* zur Aufgabe der Integration von Mitarbeitenden und zur Rolle der Patinnen und Paten.
- *Akzeptanz* durch Erläuterung der Vorteile der Patentätigkeit für das gesamte Team.
- *Unterstützung* der Patentätigkeit durch eigene Mitwirkung oder durch eine Entlastung der Patinnen und Paten.

Es liegt an der Leitungskraft, diese Thematik im Arbeitsteam zu platzieren. Die Leitungskraft sollte dafür in einer Teamsitzung genügend Zeit einplanen und das Thema vorab als Tagesordnungspunkt deklarieren. Für das „Timing“ ist davon auszugehen, dass offener und unbelasteter diskutiert werden kann, wenn nicht bereits ein großer Handlungsdruck besteht, also akut und händeringend nach einer Patin oder einem Paten gesucht wird. Möglicherweise macht es Sinn, die Einführung der neuen Mitarbeitenden und die Patentätigkeit in größeren Abständen, aber mit einer gewissen Regelmäßigkeit (zum Beispiel alle ein bis zwei Jahre) zu besprechen und die Erfahrungen im Team auszutauschen.

Der Themenpunkt ist relativ frei gestaltbar. Er sollte vom Ablauf her die angesprochenen Ziele aufgreifen. Ein exemplarisches Vorgehen könnte folgendermaßen aussehen:

Praxistipp: Gestaltung einer Teambesprechung zu Patenschaften

Im Rahmen einer kurzen Einführung werden noch einmal die Anforderungen dargelegt („neues Teammitglied einarbeiten und integrieren“) und die Regelungen erläutert (Einarbeitungskonzept, Patensystem). Wichtig ist die Botschaft: Patinnen und Paten leisten nicht nur für „die Neue“ oder „den Neuen“, sondern für das gesamte Team eine ganz wichtige Aufgabe. Je besser und schneller die Einarbeitung gelingt und je wohler sich das neue Teammitglied fühlt, desto größer der Zugewinn für die Leistungsfähigkeit des Gesamtteams!
Eine gute Möglichkeit ist es, Erfahrungsberichte von Patinnen und Paten sowie von länger tätigen Kolleginnen und Kollegen mit Zuwanderungsgeschichte einzubauen.
Zu folgenden Fragen könnten diese Personen erzählen:

- Was habe ich im Rahmen der Patentätigkeit gemacht?
- In welchen Situationen wurde ich als Patin bzw. Pate besonders angesprochen?

- Wie habe ich als Neuling Unterstützung erfahren, welche Rolle hatte die Patin bzw. der Pate für mich während der Ankommens- und Einarbeitungsphase?
- In welchen Situationen war die Patenschaft besonders hilfreich?
- Welche Anekdoten sind uns in Erinnerung geblieben?

Schließlich ist die Frage ins Team zu richten: Wer wäre neben den schon aktiven Patinnen und Paten noch bereit, diese Aufgabe zu übernehmen? Könnte man einen Pool an Personen bilden, die sich in der Patenrolle abwechseln und sich gegebenenfalls gegenseitig unterstützen?

In einem weiteren Schritt sollte sich das Gesamtteam mit der Frage auseinandersetzen, wie Patinnen und Paten sinnvoll entlastet werden können. Die bereits aktiven Patinnen und Paten könnten formulieren, wo sie die dringendsten Entlastungsbedarfe sehen. Daraufhin kann festgelegt werden, wer aus dem Personenkreis der Personen ohne Patenfunktion welche Entlastungen übernimmt. Es dürfte ein wichtiger Punkt für das Gesamtteam darstellen, eine ausgewogene Balance von Aufgaben und Belastungen für alle Teammitglieder herzustellen.

Darüber hinaus könnte bei dieser Gelegenheit besprochen werden, welche weiteren Schritte das Gesamtteam unternehmen könnte, um neue Teammitglieder willkommen zu heißen und auf der sozialen Ebene zu integrieren. Hierbei gilt es, im Arbeitsteam ein Verständnis dafür zu wecken, dass Integration immer ein wechselseitiger Prozess ist, welcher eine Offenheit füreinander und Anpassungsleistungen sowohl bei der „neuen Person“ als auch bei der aufnehmenden Gruppe abverlangt.

Die Leitungskraft sollte ihre Erfahrungen aus dieser Diskussion stichwortartig für sich selbst dokumentieren und diese möglicherweise mit anderen Leitungskräften besprechen. Es dürfte sinnvoll sein, das Thema „Umsetzung des Patensystems“ in die Reflektion und den Erfahrungsaustausch zwischen den Führungskräften einzubringen.

4.2 Erwerb und Ausbau von Deutschkenntnissen

Sprachliche Schwierigkeiten werden häufig als größte Herausforderung bei der Integration ausländischer Arbeitskräfte genannt. Das gilt sowohl für die fachliche als auch für die soziale Integration.

Verbale Kommunikation spielt gerade in den Pflege- und Gesundheitsberufen eine zentrale Rolle. Die Interaktion und Beziehung zu Patientinnen und Patienten, zu den Angehörigen und zu den Fachkolleginnen und Fachkollegen steht im

Mittelpunkt des Arbeitsalltags. Dem Erwerb der deutschen Sprache ist daher, unabhängig von bestehenden Anforderungen für die Berufszulassung, eine hohe Bedeutung beizumessen. Diese ist auch mit dem Erwerb entsprechender Zertifikate nicht abgeschlossen. Ohne die Unterstützung der Kliniken kann dies nicht gelingen.

Sprachkurse sind ein wichtiges Instrument, um die Deutschsprachkompetenzen auszubauen. In größeren Einrichtungen kann überlegt werden, selbst einen Sprachkurs für die neuen Mitarbeitenden zu organisieren. Alle wichtigen Sprachschulen machen hier mittlerweile Angebote zu berufssprachlichen Kursen und richten sie an den vorhandenen Kompetenzen der Teilnehmenden aus. Dienen die Kurse der beruflichen Zulassung, müssen allgemeinsprachliche Kenntnisse auf dem Niveau B2 des europäischen Referenzrahmens erworben werden. Zusätzlich werden fachsprachliche Zertifikate verlangt. Ärztinnen und Ärzte müssen dabei das Niveau C1 erreichen, Pflegefachkräfte das Fachsprachniveau B2. Dabei handelt es sich um Mindestanforderungen für die berufliche Zulassung. Allerdings muss berücksichtigt werden, dass sich die Anerkennungspraxis der Zertifikate im Detail in den Bundesländern weiterhin unterscheidet. Zum Teil werden nur die Zertifikate bestimmter Bildungsinstitute anerkannt.

Neben der Organisation von hausinternen Sprachkursen sollten Kliniken überlegen, ob sie die neuen Mitarbeitenden bei der Kursgebühr finanziell unterstützen oder die Kosten ganz übernehmen können. Das gilt auch für die Berufssprachkurse des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge (BAMF), deren Kosten meist von den Teilnehmenden selbst zu tragen sind, wenn sie über ein eigenes (Mindest-)Einkommen verfügen.

Praxistipp: Sprachkurse finden

Falls nötig, sollten die neuen Mitarbeitenden bei der Suche nach einem geeigneten Sprachkurs unterstützt werden. Dabei kann die Suchmöglichkeit der Bundesagentur für Arbeit helfen: https://web.arbeitsagentur.de/sprachfoerderung/suche/berufssprachkurse.
Außerdem beraten die IQ Servicestellen in den Bundesländern zu „Deutsch am Arbeitsplatz“ und können Kontakte zu Kursanbietern oder Lehrkräften herstellen: https://www.deutsch-am-arbeitsplatz.de/fuer-betriebe/ansprechpersonen.html.

Natürlich muss den Beschäftigten genügend Zeit für den Besuch eines Sprachkurses zur Verfügung stehen. Besonders relevant ist dies während des Anerkennungsverfahrens, wo zum Spracherwerb auch die fachliche Vorbereitung hinzukommt. Um die Teilnahme zu ermöglichen, kann eine Teilzeittätigkeit vereinbart werden, noch besser wäre eine (teilweise) Freistellung für den Besuch des Sprachkurses.

IMED-KOMM-EU
Interkulturelle medizinische Kommunikation in Europa

Die Plattform bietet Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegefachkräften Deutschkurse, deren umfangreiche Materialien sich auf die Kommunikation im Krankenhaus beziehen.

Die App Ein Tag Deutsch in der Pflege bietet den Deutschlernenden die Möglichkeit, den Verlauf eines typischen Arbeitstages nachzuspielen und darüber angemessene Kommunikation zu trainieren.

Im alltäglichen Arbeitsprozess können darüber hinaus Kolleginnen und Kollegen eine Rolle als Sprachpatinnen und Sprachpaten wahrnehmen und beim Erwerb von (fachbezogenen) Begrifflichkeiten unterstützen. Die Lernziele ergeben sich aus den spezifischen Anforderungen am Arbeitsplatz und den damit verbundenen Bedarfen der neuen Kollegin bzw. des neuen Kollegen.

Dazu ergeben sich beispielsweise folgende Fragen: Welche Situationen mit Patientinnen und Patienten, Angehörigen oder Kolleginnen und Kollegen sind für ihn oder sie besonders schwierig? Gibt es Hilfsmittel, die in bestimmten Situationen weiterhelfen könnten?

Die Lerninhalte werden dabei von den neuen Arbeitskräften bestimmt und mit den Patinnen und Paten abgesprochen. Sprachpatinnen und Sprachpaten sind also keine Lehrenden, die systematisch eine neue Sprache vermitteln, sondern im Rahmen eines Tandems sprachliche Begleitende, die auf Lernwünsche eingehen und bei sprachlich schwierigen Situationen weiterhelfen.

Praxistipp: Formulierungshilfen für die Patientendokumentation

Die Dokumentation der täglichen Arbeit an den Patientinnen und Patienten gehört zu den regelmäßigen Aufgaben von Ärztinnen und Ärzten sowie des Pflegepersonals und soll mit möglichst wenig Zeitaufwand, aber umfassend erfolgen. Zur Erleichterung der Dokumentation sind Vorschläge für die standardisierte Verwendung von Fachbegriffen sinnvoll. Werden Textbausteine und Formulierungshilfen gesammelt und zur Verfügung gestellt, hilft dies ausländischen Kolleginnen und Kollegen beim Deutschspracherwerb und erleichtert ihnen die Dokumentation. Der Einsatz einer standardisierten Sprache nützt aber auch allen anderen am Behandlungsprozess Beteiligten. Denn dies spart Zeit und die Angaben zu Patientinnen und Patienten werden einheitlich und vergleichbar dokumentiert.

Das Erlernen der deutschen Sprache sollte auch als Teamaufgabe verstanden werden. Nur mit Unterstützung der Kolleginnen und Kollegen kann diese hochkomplexe Aufgabe gemeistert werden. Hierbei ist viel Geduld seitens des Teams von Nöten. Verständnis- und Kommunikationsprobleme werden über einen längeren Zeitraum vorherrschen. Aufgrund noch nicht ausreichender Sprachkenntnisse werden die neuen Beschäftigten häufig nicht direkt voll einsatzfähig sein. Um Enttäuschungen vorzubeugen und Verständnis aufzubauen, sollte darauf jedes Team vorbereitet werden. Die Kolleginnen und Kollegen sollten auch in der Kommunikation Rücksicht nehmen: Langsames Sprechen, Nachfragen zur Rückversicherung, ob alles verstanden wurde, einfache Sätze im Aktiv und die Vermeidung von Dialekt. Auch bei der Verwendung von Ironie und Redewendungen ist Zurückhaltung sinnvoll. Das sind Möglichkeiten, mit denen alle Mitarbeitenden die neuen Kolleginnen und Kollegen mit Zuwanderungsgeschichte beim Spracherwerb unterstützen können.

Letztlich ist von allen Beteiligten viel Geduld gefragt. Der Erwerb der deutschen Sprache erfordert viel Einsatz durch die Deutschlernenden, insbesondere der dafür notwendige zeitliche Aufwand sollte nicht unterschätzt werden.

Praxistipp: Betriebsinterne Liste von Dolmetschenden

Immer wieder kommt es im Klinikalltag zu Problemen bei der Verständigung zwischen medizinischem bzw. pflegerischem Personal, Patientinnen und Patienten oder Kolleginnen und Kollegen mit Migrationshintergrund. Eine einfach umzusetzende Lösung hierfür sind Kontaktdaten von Dolmetscherinnen und Dolmetschern. In eine solche Liste können sich auf freiwilliger Basis diejenigen Beschäftigten eintragen, die über eine nicht-deutsche Sprache als Muttersprache oder Zweitsprache verfügen. Bei Bedarf springen sie zum Übersetzen in Situationen mit Verständigungsschwierigkeiten ein. Auch wenn Mitarbeitende mit Fremdsprachenkenntnissen keine professionellen Dolmetschenden ersetzen können, profitieren sowohl Patientinnen und Patienten, die dolmetschenden Mitarbeitenden sowie Ärztinnen und Ärzte von einer solchen Möglichkeit. Zugewanderte Mitarbeitende erleben dabei die Wertschätzung ihrer zusätzlichen Sprachkompetenzen durch das ihnen entgegengebrachte Vertrauen. Wichtig ist, den Stationen und Fachabteilungen die Vorteile dieser Praxis für die Klinik zu verdeutlichen, damit im Stationsalltag die vorübergehende Abwesenheit der Dolmetschenden akzeptiert wird.

4.3 Anerkennungsverfahren berücksichtigen

Fachkräfte, die ihre Berufsausbildung im Ausland absolviert haben und (längerfristig) in Deutschland arbeiten möchten, benötigen eine Berufszulassung. Das gilt sowohl für Pflegefachkräfte als auch für Ärztinnen und Ärzte. Nach wie vor sind die Anerkennungsverfahren langwierig, trotz der Bemühungen des Gesetzgebers um Beschleunigung. Während dieses Verfahrens sind die Beschäftigungsmöglichkeiten der Fachkräfte eingeschränkt – eine Schwierigkeit, mit der Krankenhäuser umgehen müssen.

Praxistipp: Unterstützung beim Anerkennungsverfahren

Das Verfahren zur Gleichwertigkeitsprüfung ist sehr formal angelegt und oft langwierig. Frustrierend kann es für die Antragstellenden werden, wenn Unterlagen nachgereicht werden müssen und in dieser Zeit die Gültigkeit von bereits eingereichten Dokumenten abläuft, zum Beispiel des Führungszeugnisses. Die Beratung und Unterstützung der Antragstellenden ist daher unbedingt zu empfehlen. Im Anerkennungsfinder von www.anerkennung-in-deutschland.de werden nicht nur für verschiedenste Referenzberufe und Herkunftsländer die Anerkennungsverfahren beschrieben. Man erhält außerdem wohnortabhängig Übersichten zu Beratungsstellen, die Antragstellende unterstützen. Diese Beratungsstellen haben langjährige Erfahrungen mit den Verfahrensabläufen und Fallstricken und kennen die Besonderheiten „ihrer“ Anerkennungsstelle vor Ort.

Anerkennungsverfahren bei Pflegefachkräften

Der Zugang zu den Pflegeberufen ist in der Regel reglementiert und zum Führen der entsprechenden Berufsbezeichnungen benötigt man eine Erlaubnis. Dies gilt insbesondere für den im Pflegeberufegesetz (PflBG) bundesrechtlich geregelten Berufsabschluss „Pflegefachfrau“ bzw. „Pflegefachmann“. Um als Pflegefachkraft arbeiten zu können, ist im Grundsatz der erfolgreiche Abschluss einer Ausbildung nach PflBG erforderlich. Außerdem müssen die für die Ausübung des Berufes erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache vorliegen. Das PflBG regelt außerdem die Möglichkeiten der Anerkennung einer im Ausland abgeschlossenen Pflegeausbildung. Nach einem entsprechenden Antrag der zugewanderten Fachkraft entscheidet die Anerkennungsstelle über die Gleichwertigkeit des ausländischen Abschlusses.

Für die Gleichwertigkeitsprüfung wird noch nicht in allen Bundesländern die generalistische Pflegeausbildung zu Grunde gelegt. Hier gelten bis Ende 2024 Übergangsregelungen. Für Krankenhäuser dürfte das aber ohne Belang sein, da in der Regel der Beruf „Gesundheits- und Krankenpflege“ als Referenz herangezogen wird.

In der EU erworbene Abschlüsse werden automatisch anerkannt. Etwas anderes gilt nur, wenn die Ausbildung zu einem Zeitpunkt absolviert wurde, als das Ausbildungsland noch nicht zur EU gehörte. Hier gelten verschiedene Stichtags-

regelungen und eventuell müssen zusätzliche Bescheinigungen zur Ausbildung vorgelegt werden. In manchen Fällen finden aber trotzdem individuelle Überprüfungen statt. Werden dabei wesentliche Unterschiede festgestellt, können diese im Rahmen eines *Anpassungslehrgangs* ausgeglichen werden. Möglich ist aber auch eine *Eignungsprüfung*, die sich auf die festgestellten Unterschiede erstreckt. Hier besteht für die ausländische Pflegekraft ein Wahlrecht.

Wurde der Abschluss in einem Drittstaat erworben, findet immer eine individuelle Gleichwertigkeitsprüfung anhand der eingereichten Unterlagen zur Ausbildung statt. In einem zweiten Schritt werden Kenntnisse und Fähigkeiten aufgrund von Berufserfahrung oder Weiterbildungen berücksichtigt. Werden dabei wesentliche Unterschiede zur deutschen Ausbildung festgestellt, muss ein gleichwertiger Kenntnisstand nachgewiesen werden. Hier besteht wiederum ein Wahlrecht zwischen *dem Ablegen der Kenntnisprüfung* oder *dem Absolvieren eines Anpassungslehrgangs*. Anders als die Eignungsprüfung erstreckt sich das Ablegen der Kenntnisprüfung auf den Inhalt der staatlichen Abschlussprüfung, ist also nicht auf die festgestellten wesentlichen Unterschiede beschränkt. Darüber hinaus werden für das Ablegen der *Kenntnisprüfung* auch Vorbereitungskurse angeboten.

Wenn außerdem die notwendigen Deutschkenntnisse, das Führungszeugnis und die gesundheitliche Eignung nachweislich vorliegen, kann die Berufszulassung bzw. die Erlaubnis zum Führen der entsprechenden Berufsbezeichnung bei der zuständigen Landesbehörde beantragt werden.

Neben den je nach Bundesland zum Teil hohen Kosten ist das Anerkennungsverfahren für die Antragstellenden und für die Kliniken mit verschiedenen Schwierigkeiten verbunden. Dazu gehört zunächst die häufig lange Verfahrensdauer. Zwar hat die Anerkennungsstelle laut PflBG kurzfristig, spätestens aber vier Monate nach Vorlage der vollständigen Unterlagen zu entscheiden. In der Praxis kann dieser Zeitraum aber in vielen Bundesländern nicht gehalten werden und in Einzelfällen sogar über ein Jahr dauern.

Die vorherige Beschaffung der benötigten Unterlagen kann viel Zeit in Anspruch nehmen. Teure und aufwendige Beglaubigungen und Übersetzungen der Zeugnisunterlagen müssen vorgelegt werden, zum Teil auch detaillierte Stundennachweise. Als nachteilig werden außerdem die nach wie vor unterschiedlichen

Standards der Anerkennungsstellen beschrieben. Nicht immer wird in den Bescheiden deutlich, mit welchen Qualifizierungsmaßnahmen die wesentlichen Unterschiede ausgeglichen werden können. Problematisch kann auch ein Mangel an Angeboten für (berufsbegleitende) Anpassungslehrgänge sowie Kenntnis- bzw. Eignungsprüfungen sein, mit der Folge langer Wartezeiten (Roser 2021).

Die beschriebenen Schwierigkeiten können letztlich auch dazu führen, dass die Antragstellenden in ein anderes Bundesland wechseln, in dem die Zulassung (vielleicht auch nur vermeintlich) leichter erworben werden kann. Sie sollten in jedem Fall für Kliniken Anlass sein, neues Personal während der Anerkennungsphase zu unterstützen: Beratungsstellen heraussuchen, Bescheide (die mit ihrer besonderen Behördensprache auch für Deutsch-Muttersprachler nicht immer leicht verständlich sind) erläutern, arbeitsrechtliche Sicherheit schaffen und Zeit für Kurse und Prüfungen einplanen. Gerade die geringen Verdienstmöglichkeiten während der Anerkennungsphase können schwierig sein, vor allem, wenn in Teilzeit gearbeitet wird. Bis zur Zulassung sind die Kliniken gezwungen, Beschäftigungsmöglichkeiten in nicht reglementierten Berufen zu organisieren. In solchen Hilfskrafttätigkeiten arbeiten die ausländischen Pflegekräfte nicht nur deutlich unter ihren fachlichen Möglichkeiten. Auch die tarifliche Einstufung ist niedrig. Die finanzielle Unterstützung durch das Krankenhaus bei Kursgebühren ist daher besonders hilfreich.

Je mehr die Pflegekräfte dabei unterstützt werden, die Anerkennungsphase schnell zu beenden und erfolgreich abzuschließen, desto besser werden die Mitarbeitenden letztlich an die Einrichtung gebunden.

Anerkennungsverfahren bei Ärztinnen und Ärzten

Das Anerkennungsverfahren für Ärztinnen und Ärzte verläuft ähnlich. Unterschiede bestehen im Detail. Außerdem kann es deutlich mehr Zeit in Anspruch nehmen.

Mit der Approbation erhalten in Deutschland akademische Heilberufe die staatliche Zulassung, den entsprechenden Beruf dauerhaft, selbstständig und eigenverantwortlich auszuüben und die Befugnis, die jeweilige Berufsbezeichnung zu führen. Damit Ärztinnen und Ärzten die Approbation erteilt wird, ist im Grundsatz der erfolgreiche Abschluss eines Medizinstudiums in Deutschland notwendig. Außerdem müssen die für die Ausübung der Berufstätigkeit erforderlichen

Kenntnisse der deutschen Sprache vorliegen. Die Bundesärzteordnung (BÄO) regelt die Möglichkeiten der Anerkennung einer im Ausland abgeschlossenen Arztausbildung. In einem gesonderten Verfahren wird geprüft, ob und inwieweit der vorliegende Abschluss einer Ausbildung in Deutschland entspricht.

In der EU erworbene Abschlüsse sind inländischen Abschlüssen gleichgestellt, allerdings abhängig vom Beitrittstermin des Ausbildungslandes zur EU und dem Zeitraum der Ausbildung. In Ausnahmefällen findet eine individuelle Überprüfung der Gleichwertigkeit des Abschlusses statt. Wenn wesentliche Unterschiede zum deutschen Studium bestehen, muss eine *Eignungsprüfung* abgelegt werden. Sie ist auf die festgestellten wesentlichen Unterschiede beschränkt. Wenn außerdem die erforderlichen Sprachkenntnisse nachgewiesen wurden, kann die Approbation erteilt werden.

Etwas anders gestaltet sich der Verfahrensablauf, wenn das Medizinstudium außerhalb der EU in einem Drittstaat abgeschlossen wurde. Dann wird anhand der vorgelegten Ausbildungsnachweise individuell geprüft, ob der Ausbildungsstand gleichwertig ist und keine wesentlichen Unterschiede zur Ausbildung in Deutschland bestehen. Die Berufserfahrung wird dabei ebenfalls berücksichtigt. Kommt die Prüfbehörde zu dem Ergebnis, dass wesentliche Unterschiede bestehen, muss eine *Kenntnisprüfung* abgelegt werden, für die auch Vorbereitungskurse angeboten werden. Auch wenn im Prüfbescheid die wesentlichen Unterschiede aufgelistet werden, ist die Kenntnisprüfung nicht auf diese Unterschiede beschränkt, sondern orientiert sich an der ärztlichen Prüfung in Deutschland. Nach bestandener Kenntnisprüfung und dem Nachweis der erforderlichen Sprachkenntnisse kann wiederum die Approbation erteilt werden.

Gerade wenn die Antragstellenden eine Kenntnisprüfung ablegen müssen, kann bis zur Erteilung der Approbation viel Zeit vergehen. Für diese Phase gibt es für Ärztinnen und Ärzte aus Drittstaaten die Möglichkeit, eine vorübergehende Berufszulassung zu beantragen. Mit einer auf maximal zwei Jahre befristeten Berufserlaubnis kann als Ärztin oder Arzt gearbeitet werden, möglicherweise aber auf bestimmte Tätigkeiten und Beschäftigungsstellen beschränkt. Bei der Erteilung der Berufserlaubnis findet keine Gleichwertigkeitsprüfung statt, vielmehr soll die Ausübung des ärztlichen Berufs ermöglicht werden (IQ Fachstelle 2016).

In der Praxis werden die zwei Jahre der vorübergehenden Berufserlaubnis dafür genutzt, sich auf die Kenntnisprüfung vorzubereiten. Da die Berufszulassung nur ausnahmsweise über die zwei Jahre hinaus verlängert werden kann, liegt es auch im Interesse des Arbeitgebers, dass diese Vorbereitung gelingt und die Kenntnisprüfung bestanden wird. Denn ohne Berufserlaubnis und direkt anschließender Approbation können die Ärztinnen und Ärzte nicht weiter beschäftigt werden, d. h. sie werden arbeitslos. Neben den Schwierigkeiten, die sich dadurch für die Personen individuell ergeben, ist damit auch die Bindung an die eigene Einrichtung unterbrochen und die Ärztin bzw. der Arzt orientiert sich möglicherweise neu.

Problematisch für Kliniken ist außerdem die Zeit bis zur Erteilung der vorläufigen Berufserlaubnis oder, bei EU-Ärztinnen und EU-Ärzten, vor der Approbation. Eine Tätigkeit als Ärztin oder Arzt ist dann noch nicht erlaubt. Trotzdem möchte das Krankenhaus eine Bindung zur Fachkraft aufbauen, sie kennenlernen und auch unterstützen. Hier bieten Einrichtungen den Ärztinnen und Ärzten oft eine Hospitanz oder ein Praktikum an. Beides ist meist auf kurze Zeiträume, in der Regel wenige Monate, beschränkt. Allerdings dürfen die Hospitierenden in erster Linie nur beobachten und selbst keine Behandlungen durchführen. Praktika gelten als Ausbildungszeit. Auch hier darf nicht selbständig gearbeitet werden. Die Abgrenzung zur Berufstätigkeit ist nicht nur wichtig, damit nicht gegen die BÄO verstoßen wird, sondern auch wegen des Mindestlohngesetzes (MiLoG). Wie Hospitationen diesbezüglich zu behandeln sind, ist bisher nicht geklärt. Daher geht die Empfehlung dahin, ärztlichen Hospitierenden oder Praktikantinnen und Praktikanten immer den Mindestlohn zu zahlen (Marburger Bund 2019). Auch wenn für Praktika im Rahmen von Anpassungslehrgängen und Vorbereitungskursen auf die Kenntnisprüfung kein Mindestlohn gezahlt werden muss, erhöht dieser zumindest die Zufriedenheit mit der Übergangssituation.

Insgesamt sind Anerkennungsverfahren für ärztliche und pflegerische Fachkräfte eine belastende Situation, weil sie ihre fachliche Kompetenz einer Überprüfung unterziehen lassen müssen. Manche ausländische Pflegekräfte erfahren außerdem in dieser Zeit, dass hierzulande der Pflegeberuf einen niedrigeren Status besitzt als in ihren Herkunftsländern. Trotz abgeschlossener Ausbildung und langjähriger Berufserfahrung sehen sie sich zum Teil in der Rolle von Pflegeschülerinnen und Pflegeschülern (Rand 2019). Für Kliniken verlängert das

Anerkennungsverfahren die Einarbeitungsphase und die betriebliche Integration und es dauert deutlich länger, bis eine reguläre Einstellung ohne rechtliche Einschränkungen erfolgen kann.

4.4 Vor dem ersten Arbeitstag

Das Onboarding beginnt nicht erst mit dem ersten Arbeitstag der neuen Mitarbeitenden, sondern bereits mit der Unterzeichnung des Vertrages. In der Phase bis zum Arbeitsantritt sind eine Reihe von Maßnahmen sinnvoll, die als „Preboarding“ bezeichnet werden können. Dabei geht es vor allem darum, bereits den Kontakt zur neuen Fachkraft herzustellen, aber auch den Onboarding-Prozess insgesamt vorzubereiten. Im Folgenden werden mögliche Aktivitäten und Maßnahmen näher beschrieben, die auf eine soziale Begleitung und Unterstützung im Betrieb, aber auch im Alltagsleben abzielen.

Ansprechpersonen bestimmen

Frühzeitig sollte geklärt werden, welche Akteurinnen und Akteure zu welchen Themen als Ansprechperson dienen und den Onboarding-Prozess, die fachliche Einarbeitung oder den Sprachlernprozess begleiten. Durch eine frühzeitige Planung kann sichergestellt werden, dass die Verantwortlichkeiten allen Beteiligten klar sind und diese in den ersten Tagen und Wochen für die Unterstützung des Onboardings auch zur Verfügung stehen.

Gegebenenfalls kann schon bei der Vertragsunterzeichnung eine Ansprechperson oder die Patin bzw. der Pate der neuen Mitarbeiterin bzw. dem neuen Mitarbeiter vorgestellt werden. So besteht für die Neuen die Möglichkeit, bereits im Vorfeld des Arbeitsantritts bei auftauchenden Fragen Kontakt zum Betrieb aufzunehmen. Die für die Begleitung verantwortlichen Personen sollten überdies frühzeitig synchron zur neuen Mitarbeiterin oder zum neuen Mitarbeiter in der Dienstplanung berücksichtigt werden.

Stationsteam vorbereiten

Die Willkommenskultur in einer Klinik zeigt sich besonders deutlich daran, wie gut neue Fachkräfte in den Teams aufgenommen werden. Insbesondere das Stammteam sollte daher frühzeitig erfahren, dass eine neue Mitarbeiterin bzw. ein neuer Mitarbeiter kommt, wer diese Person ist und mit welchen Kompetenzen das Team dadurch unterstützt wird (vgl. Kap. 6.1). Gerade wenn noch ein

Anerkennungsprozess durchlaufen oder Sprachkompetenzen ausgebaut werden müssen, sollten die Erwartungen des Teams an eine schnelle Arbeitsentlastung nicht zu hochgeschraubt werden. Denn zunächst ist die neue Mitarbeiterin bzw. der neue Mitarbeiter noch nicht vollumfassend einsatzfähig. Außerdem ist möglicherweise wegen noch nicht ausreichender Deutschkenntnisse bei der Kommunikation Geduld gefragt und eine Patin oder ein Pate muss gefunden werden. Es kommen also erst einmal zusätzliche Aufgaben und damit auch (zeitliche) Belastungen auf das Team zu, bevor eine neue Kollegin bzw. ein neuer Kollege sich zu einer Stütze des Teams entwickeln kann.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die zugewanderte Fachkraft evtl. eine höhere formale Qualifikation als die Stammbelegschaft mitbringt, wie es gerade in der Pflege der Fall sein kann. Auch hierauf sollte das Team vorbereitet werden, da dies zu Missverständnissen oder Konflikten führen kann. Von Seiten des Teams ist wiederum besondere Sensibilität gefragt, wenn die neuen Fachkräfte aufgrund der fehlenden Anerkennung ihrer (höherwertigen) Qualifikation nur Hilfstätigkeiten ausüben dürfen. Eine solche Sensibilität lässt sich entwickeln, wenn Ausbildungssysteme, Karrierewege und sich dadurch ergebende Kompetenzprofile der neuen Mitarbeitenden transparent gemacht und im Team zum Anlass für Reflektionen genommen werden (Rand 2019).

Unterstützung bei Wohnungssuche

Zugewanderte Menschen benötigen bei der Suche ihrer ersten Unterkunft in Deutschland häufig Hilfestellungen. Zum einen ist in vielen Regionen Deutschlands der Wohnungsmarkt sehr angespannt. Zum anderen lohnt sich nicht immer die sofortige langfristige Anmietung einer Wohnung, insbesondere wenn die arbeitsvertragliche Situation eine zeitliche Befristung vorsieht oder zunächst nur ein Praktikum vereinbart wurde. Von großem Vorteil ist es dann, wenn Einrichtungen die Möglichkeit haben, zumindest übergangsweise eine Dienstwohnung zur Verfügung zu stellen. Die Klinik kann aber auch bei der Suche nach einer Mietwohnung helfen oder eine Begleitung bei Wohnungsbesichtigungen organisieren. Zu berücksichtigen ist, dass neue Mitarbeitende von ihrer Unterkunft ihre Arbeitsstelle gut erreichen können, wenn sie auf den öffentlichen Personennahverkehr angewiesen sind. Zu klären ist, wer diese Aufgabe übernimmt. Dies kann gegebenenfalls die Paten-Person sein oder eine Mitarbeiterin bzw. ein Mitarbeiter aus

der Verwaltung. Manche Häuser richten für diese Aufgabe auch eine Stelle ein, die sich professionell um Fragen der „Relocation“ kümmert.

Gehaltsvorschuss klären

Gerade während eines Anerkennungsverfahrens kann die finanzielle Situation für die neuen Mitarbeitenden schwierig sein, insbesondere wenn vom Einkommen auch Familienangehörige versorgt werden müssen. Im ersten Beschäftigungsmonat verzögert sich die Gehaltszahlung aber möglicherweise, weil erst Personalunterlagen vervollständigt werden müssen, oder das Gehalt wird erst zum Ende des Arbeitsmonats ausgezahlt. Sofern hier zeitlich größere Lücken entstehen, könnte den Neuankömmlingen ein Gehaltsvorschuss angeboten werden, ohne dass sie von sich aus danach fragen müssen.

Sprachkurs finden

Abhängig von den Bedarfen der neuen Fachkraft sollte bereits vor dem Arbeitsantritt geprüft werden, wie der Spracherwerb unterstützt werden kann und welcher Sprachkurs sinnvoll ist. Wenn in der Klinik kein eigener Kurs organisiert wird, so kann zumindest bei der Suche nach geeigneten Angeboten geholfen werden. Bei Zertifikatssprachkursen ist darauf zu achten, dass das anbietende Bildungsinstitut im entsprechenden Bundesland anerkannt ist (vgl. Kap. 4.2).

Willkommensmappe zusammenstellen

Eine Willkommensmappe liefert nicht nur einen wertvollen Überblick mit Informationen zum neuen Arbeitgeber und dem neuen Wohnort – sie stellt auch ein Zeichen von Wertschätzung für die neuen Mitarbeitenden dar. Sie dient der Orientierung und gibt erste Antworten auf Fragen, die sich mit dem Wohnortwechsel und der neuen Beschäftigung ergeben. Die Mappe sollte in leicht verständlicher Sprache abgefasst sein (zum Beispiel ohne hausinterne Abkürzungen) und individuell angepasst werden.

Checkliste: Willkommensmappe

Eine Willkommensmappe könnte folgenden Inhalt haben:

Informationen über das Unternehmen/die Klinik/die Einrichtung/die Station

- Leitlinien
- Organigramm
- Informationen zu den Dienstzeiten und Urlaubsregelungen
- Angebote der Einrichtung für die Beschäftigten (z. B. Gesundheitsmaß-

nahmen, Kinderbetreuung etc.)
- Beratungs-/Servicestelle zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf
- Öffnungszeiten der Kantine

Informationen zu den Ansprechpersonen

- Patin oder Pate und gegebenenfalls Sprachpatin oder Sprachpate
- Teammentorin oder Teammentor, Integrationsbeauftragte oder Integrationsbeauftragter
- Betriebsrat, Personalabteilung

Informationen über die Stadt oder den Ort

- Stadtplan, ÖPNV-Fahrplan (Öffentlicher Personennahverkehr)
- Informationen zu Fahrkarten und Jobticket
- Wissenswertes über die Region
- Kultur- & Freizeit, Essens-, Einkaufsmöglichkeiten
- Tipps für die Wohnungssuche
- Kinderbetreuungsmöglichkeiten
- Kulturzentren und Religionsgemeinschaften
- Sporteinrichtungen, Freizeitzentren, Vereine

Informationen zu Behörden und notwendigen Einrichtungen, d. h. Adressen, Öffnungszeiten und praktische Tipps zu

- Einwohnermeldeamt
- Ausländerbehörde
- Ärzten
- Beratungsstellen für Anerkennungsverfahren
- Familienkasse für die Beantragung von Kindergeld
- Beantragung des Führerscheins
- Banken und Versicherungen

Informationen zum weiteren Ablauf der Einarbeitung, aber auch zu

- Sprachkursen
- Anerkennungsverfahren

Die Willkommensmappe richtet sich zunächst an alle neuen Mitarbeitenden. Durch eine individuelle Abstimmung kann die Fülle der möglichen Informationen aber auf das reduziert werden, was für den jeweiligen Neuankömmling relevant ist und dieser Person damit die Orientierung erleichtert. So sind Informationen für die Kinderbetreuung nur sinnvoll, wenn die neue Mitarbeiterin bzw. der neue Mitarbeiter Kinder hat und vor Ort einen Kitaplatz benötigt. Informationen zu Sprachkursen sind nur relevant, wenn ein solcher Kurs besucht werden muss. Auch auf Religionsgemeinschaften vor Ort kann individuell eingegangen werden. Denkbar ist, dass Wissenswertes über die Region in der Muttersprache angeboten wird.

In vielen Regionen und Städten gibt es für den Tourismus mittlerweile Material in mehreren Sprachen, auf das dafür zurückgegriffen werden könnte.

Mit einer individuell zusammengestellten Willkommensmappe ist es für neue Mitarbeitende nicht nur einfacher, sich in der Fülle an Informationen zurechtzufinden. Es zeigt auch die Wertschätzung der Neulinge durch die Klinik, wenn auf deren Bedarfe individuell eingegangen wird. Günstig ist es, wenn die Willkommensmappe den neuen Fachkräften bereits vor dem ersten Arbeitstag zur Verfügung gestellt werden kann.

4.5 Unterstützung in den ersten Tagen und Wochen

Neben dem betrieblichen Einstieg sind in den ersten Tagen und Wochen viele bürokratische Prozeduren zu durchlaufen und der Alltag muss ganz neu geregelt werden. Gerade für Mitarbeitende aus dem Ausland sind viele Aspekte der Alltagsorganisation völlig neu. Sie kennen weder behördliche Anforderungen, noch wissen sie, wie der Alltag in Deutschland organisiert werden kann. Die lebensweltliche Unterstützung ausländischer Fachkräfte in der Ankunftsphase ist daher von entscheidender Bedeutung.

handbook germany stellt Informationen zum Leben in Deutschland in acht verschiedenen Sprachen zur Verfügung, so zu Asyl, Wohnung, Gesundheit, Arbeit, Ausbildung, Kita und vielem mehr. Die Redakteurinnen und Redakteure kommen aus verschiedenen Regionen der Welt und wissen daher, welche Fragen sich gerade nach der Ankunft in Deutschland stellen. Aktuell wurden auch viele Informationen für ukrainische Flüchtlinge aufbereitet.

Sozialer Anschluss über Communities

Eine große Hilfe für Neuankömmlinge kann der Kontakt zu Landsleuten sein, die bereits länger in Deutschland leben. Diese hatten nach der Ankunft die gleichen Fragen und können daher Probleme leichter nachvollziehen. Aber auch, wenn Landsleute noch nicht lange in Deutschland leben, sind solche Kontakte wichtig, denn der Wunsch nach sozialem Anschluss und der Bedarf an Tipps und Unterstützung ist groß. Vielleicht gibt es Kolleginnen und Kollegen aus dem gleichen

Herkunftsland, die bereits in der Klinik arbeiten. Hilfreich sind auch Facebook-Gruppen oder Vereine von Landsleuten. Hier kann der Arbeitgeber unterstützen, Kontakte zu Netzwerken oder zu Landsleuten in der Region aufbauen.

Behördliche Verfahren

Mit einem Leben in Deutschland sind viele behördliche Anforderungen verknüpft, die gerade in der Anfangszeit das Leben der neuen ausländischen Mitarbeitenden prägen. Manchmal müssen noch das Visum oder der Asylstatus geklärt werden. Das berufliche Anerkennungsverfahren legt den Grundstein dafür, in Deutschland überhaupt in einem reglementierten Gesundheitsberuf arbeiten zu können (vgl. Kap. 4.3). Hinzu kommen bürokratische Anforderungen, wie die Wohnsitzanmeldung oder die Anmeldung bei der Sozialversicherung. Auch wenn, beispielsweise für die Beantragung von Kindergeld, viele Formulare mittlerweile in mehreren Sprachen und online zur Verfügung stehen, ist die Behördensprache nach wie vor Deutsch. Das heißt vor allem: Bescheide werden in Deutsch abgefasst. Diese sind mit ihren besonderen Formulierungen auch für Deutschmuttersprachler nicht immer leicht zu verstehen. Unterstützung ist daher besonders hilfreich. Dabei geht es vor allem darum, Ansprechpersonen bei den Behörden ausfindig zu machen oder Kontakte zu Netzwerken zu finden, die bei behördlichen Fragen weiterhelfen können.

mbeon. MIGRATIONS-BERATUNG

Migrationsberatungsstellen beraten und begleiten erwachsene Personen mit Einwanderungshintergrund zu Themen wie Familie, Beruf, Wohnen, Deutsch lernen und zum Aufenthaltsrecht. Sie unterstützen dabei auch bei Fragen zu Behörden. Über die Onlinesuche können Beratungsstellen vor Ort gefunden werden. Daneben gibt es eine Onlineberatung und die Beratungs-App.

Organisation des Alltags

Alltägliche Unterstützungen sind für alle neuen Mitarbeitenden hilfreich, für zugewanderte aber besonders. Den Wohnsitz anmelden, ein Bankkonto einrichten, Einkaufsmöglichkeiten finden, den ÖPNV nutzen oder Freizeitangebote kennenlernen: Hierbei können Patinnen und Paten einen wichtigen Beitrag leisten. Die zugewanderten Mitarbeitenden möchten vielleicht Lebensmittel kaufen, die sie aus ihrem Herkunftsland kennen. Oder es wird ein Kita-Platz benötigt. Dabei

ergeben sich möglicherweise Fragen, die sich für deutsche Mitarbeitenden gar nicht stellen würden: Wie ist Kinderbetreuung überhaupt in Deutschland organisiert? Was passiert, wenn das Kind krank ist?

Viele Unterstützungsangebote, die Kliniken in den letzten Jahren mit den entsprechenden Service- und Beratungsstellen zur Steigerung der Arbeitgeberattraktivität und zur Mitarbeiterbindung aufgesetzt haben und die die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ermöglichen sollen, kommen auch den neu zugewanderten Mitarbeitenden zugute. Diese wissen aber zunächst nicht, dass es diese Angebote gibt und auch nicht, dass sich der Arbeitgeber damit möglicherweise von anderen Einrichtungen abhebt. Die Servicestellen sollten daher die Zielgruppe der neuen Mitarbeitenden mit Zuwanderungsgeschichte besonders in den Blick nehmen. Ein Hinweis auf diese Angebote in der Willkommensmappe wäre hierfür ein erster Schritt (vgl. Kap. 4.5.).

Freizeitangebote

Gemeinsame Unternehmungen und Freizeitangebote mit Kolleginnen und Kollegen helfen den Zugewanderten, Sprache, Land und Kultur zu verstehen. Zugleich ermöglichen sie sozialen Anschluss und eine bessere Bindung an das Arbeitsteam. Denkbar sind „Stammtische“, die in einem regelmäßigen Turnus stattfinden und bei denen man sich zwanglos austauschen kann. Möglich wären auch gemeinsame Ausflüge in die nähere Umgebung. Oder die Teammitglieder treffen sich zum Kochen landestypischer Gerichte ihrer Herkunftsländer. Selbstverständlich sollten solche Angebote und gemeinsamen Aktivitäten immer freiwillig sein – auch für die „alteingesessenen“ Kolleginnen und Kollegen.

Anschluss können neue Mitarbeitende auch über (Sport-)vereine oder Religionsgemeinschaften finden. Möglicherweise gibt es bestehende Hobbies, Neigungen und Interessen, an die angeknüpft werden kann. Hier könnte bei der Suche nach passenden Angeboten in der Region unterstützt werden. Vielleicht wird die neue Mitarbeiterin oder der neue Mitarbeiter auch einfach von einem sportaktiven Teammitglied zum Fußball- oder Volleyballtraining mitgenommen.

Den Kontakt zu den Neuen halten

Neben der Ankunftsgestaltung der neuen Kollegin bzw. des neuen Kollegen sind weitere Fragen oder Probleme denkbar, die die Integration und das Ankommen erschweren. Zum Beispiel kann der Familiennachzug eine wichtige Rolle spielen,

wenn Mitarbeitende mit Zuwanderungsgeschichte langfristig gebunden werden sollen. Hier ist es wichtig, im engen Austausch mit den neuen Mitarbeitenden zu bleiben und mögliche Probleme frühzeitig zu erkennen. Die Unterstützungsbedarfe können dabei sehr individuell und vielfältig sein.

Gerade bei neu zugewanderten Mitarbeitenden ist die lebensweltliche Unterstützung sehr wichtig. Auch wenn hier der Schwerpunkt auf der Phase des Ankommens liegt, sollte über einen längeren Zeithorizont hinweg der regelmäßige Kontakt zu den neuen Mitarbeitenden gehalten werden, um Probleme oder Bedarfe für Unterstützung frühzeitig zu erkennen und einen „inneren Rückzug“ oder gar einen Ausstieg aus dem Arbeitsverhältnis zu vermeiden.

5. Fachliche Einarbeitung der neuen Fachkräfte

Die fachliche Einarbeitung erfolgt in den ersten Wochen und Monaten einer neuen Beschäftigung. Sie fällt zeitlich mit den vielfältigen und für die erfolgreiche Bindung der Mitarbeitenden wichtigen Aktivitäten des Onboardings zusammen, die im vorherigen Abschnitt behandelt wurden (vgl. Kap. 4).

Wer als Ärztin bzw. Arzt oder als Pflegekraft in Deutschland in das Berufsleben eintritt, bringt bereits eine umfassende Fachkraftqualifikation und in vielen Fällen auch langjährige Berufserfahrung mit. Dennoch ist die neue Arbeitsumgebung in einer deutschen Klinik zunächst einmal fremd, Stationsstrukturen und Abläufe sind unbekannt. Die fachliche Einarbeitung im engeren Sinne richtet sich daher auf

- das fachliche Know-How und die Fertigkeiten im Arbeitsalltag,
- die Fähigkeit zur Bewältigung des Berufsalltags und der Arbeitsaufgaben sowie
- die Grundsätze ethischen Handelns, beruflicher Normen und Regelungen im Pflege- und Heilberuf.

Eine gute fachliche Einarbeitung im Betrieb ist grundlegende Voraussetzung dafür, dass die neue Mitarbeiterin bzw. der neue Mitarbeiter sich im Arbeitsfeld zurechtfindet, sich schnell als Teil des Teams versteht und sich mit der Einrichtung identifizieren kann. Erst im Zuge der Einarbeitung können neue Kolleginnen und Kollegen zu leistungsfähigen Mitarbeitenden reifen. Dies gilt grundsätzlich branchenübergreifend für alle neu eingestellten Fachkräfte.

Für die fachliche Einarbeitung von Fachkräften mit Zuwanderungsgeschichte stellen sich besondere Anforderungen, denn diese muss die sprachlichen Voraussetzungen wie auch den qualifikatorischen und kulturellen Hintergrund im Herkunftsland berücksichtigen.

Herkunftsregionen von ausländischem Personal in Gesundheitsberufen:

Zwischen ärztlichem Personal und Pflegekräften zeigen sich Unterschiede in den Herkunftsregionen: Während im Jahr 2022 Ärztinnen und Ärzte am häufigsten aus **Syrien, Rumänien, Griechenland, Österreich und Russland** zugewandert sind (Bundesärztekammer 2023), stammen die größten Zuwanderungsgruppen unter den

Pflegekräften aus **Polen, Bosnien/Herzegowina, Türkei, Kroatien und Rumänien** (Bundesagentur für Arbeit 2023).

In der Regel erhalten neu eingestellte Mitarbeitende am ersten Tag eine Checkliste, die in den kommenden Tagen und Wochen abzuarbeiten ist. Die Liste wird meist entsprechend der erledigten Punkte von einer Vorgesetzten oder einem Vorgesetzten abgezeichnet, je nach Einweisungspunkt auch von Mentorin bzw. Mentor, Patin bzw. Pate oder Einzuweisenden selbst. Diese Dokumentation dient nicht nur der Strukturierung des Einarbeitungsprozesses, sondern auch der rechtlichen Absicherung und ist dadurch zum Teil sehr umfangreich. Eine solche standardisierte Liste gewährleistet, dass zuarbeitende Abteilungen (z. B. Radiologie, Röntgen), Geräteeinweisungen, Stationsabläufe oder Grundlagenschulungen nicht vergessen werden. Die Checkliste berücksichtigt allerdings häufig nicht die spezifischen Kompetenzen der neuen Mitarbeiterin bzw. des neuen Mitarbeiters. Gerade wenn zugewandertes Personal noch das Anerkennungsverfahren durchlaufen muss, sind durch eine fehlende Berufszulassung als Pflegefachkraft oder Approbation als Ärztin bzw. Arzt möglicherweise manche Einweisungen noch nicht sinnvoll und sollten auf einen späteren Zeitpunkt verschoben werden. Der Einarbeitungsplan sollte also an die individuellen Vorerfahrungen und Kompetenzen der neuen Mitarbeiterin bzw. des neuen Mitarbeiters angepasst werden.

Anpassungslehrgänge oder Vorbereitungskurse zur Kenntnisprüfung nehmen viel Zeit in Anspruch. Sie können außerdem nicht zu beliebigen Zeiten besucht werden und starten meist auch nicht genau parallel zum Vertragsbeginn. Hier ist auch von Seiten der Klinik viel Flexibilität gefragt. Der Unterstützung beim Ausgleich möglicher fehlender Sprachkompetenzen sollte eine hohe Priorität eingeräumt werden und im Einarbeitungsplan Berücksichtigung finden.

Praxistipp: Verbindliche Verankerung von Einarbeitungskonzepten

Es zeigt sich im Alltag von Kliniken immer wieder, dass Einarbeitungskonzepte zwar formuliert, diese aber praktisch kaum, oder je nach Station oder Fachabteilung sehr unterschiedlich „gelebt“ werden. Daher ist es zum einen von Bedeutung, die Führungskräfte der Pflege und des ärztlichen Dienstes möglichst frühzeitig bereits an der

Entwicklung von Einarbeitungskonzepten zu beteiligen. Dies steigert die Chancen, dass diese sich das Konzept zu eigen machen und dessen Umsetzung aktiv stützen. Die Einarbeitungskonzepte sollten die Balance halten zwischen den notwendigen Vorgaben, die für die Einarbeitung aller Fachkräfte der Einrichtung relevant sind, und einer Ausdetaillierungs- und Anpassungsmöglichkeit nach den Gegebenheiten der jeweiligen Fachabteilung und den individuellen Vorerfahrungen. Zum anderen sollte seitens der Führungsspitze der Einrichtung allen Leitungskräften klar signalisiert werden, dass die Umsetzung der Einarbeitungskonzepte von herausragender Bedeutung für die strategischen Ziele der Organisation sind. Insbesondere für den ärztlichen Dienst kommt es darauf an, alle Chefärztinnen und Chefärzte davon zu überzeugen, dass der Aufwand für eine umfassende und sorgfältige Einarbeitung der neuen Fachkraft kein Luxus ist, sondern eine Investition in die nachhaltige Leistungsfähigkeit der Abteilung. Etwaige Freistellungen neu eingestellter Mitarbeitender, z. B. für Schulungen und Unterweisungen, sollten zentral geregelt und gegebenenfalls nachgehalten werden.

Im Folgenden werden einige Überlegungen für die Erstellung von fachlichen Einarbeitungskonzepten in der Pflege und für das medizinische Personal formuliert. Sie dienen dabei als Orientierungspunkte, mit denen unter Umständen schon bestehende Einarbeitungskonzepte abgeglichen, erweitert oder angepasst werden können. Darüber hinaus werden Konzepte für zwei modulare Schulungsreihen skizziert, die die Zielgruppe der zugewanderten Ärztinnen und Ärzte sowie der Pflegekräfte adressieren.

5.1 Fachliche Einarbeitung zugewanderter Pflegekräfte

In der Regel gliedern sich Einarbeitungskonzepte in verschiedene zeitliche Phasen. Sie sehen einzelne Schritte der Informationsvermittlung, der Unterweisungen oder die persönliche Vorstellung bei verschiedenen internen Stellen vor. Das Einarbeitungskonzept wird üblicherweise zusammen mit Erläuterungen zur Einarbeitungsphase am ersten Arbeitstag an die neu eingestellte Pflegekraft ausgehändigt.

Es wird empfohlen, die neue Fachkraft mindestens für die ersten vier Wochen im Dienstplan zusätzlich zur Regelbesetzung einzuplanen. Darüber hinaus sollten einzuarbeitende Mitarbeitende zunächst wochenweise in Früh- und Spätschicht

eingeteilt werden, um die jeweils verschiedenen Abläufe kennenzulernen. Ebenso sollte eine synchrone Schichtlage der Patin bzw. des Paten ermöglicht werden (vgl. Kap. 4.1). Folgende Übersicht veranschaulicht exemplarisch die möglichen Inhalte der Einarbeitung in verschiedenen Zeitabschnitten (ohne Anspruch auf Vollständigkeit):

Zeitphase	**Inhalte**
Erster Arbeitstag	**Willkommen** • Empfang und Begleitung durch direkte Führungskraft und Patin bzw. Pate • Aushändigung von Dienstbekleidung • Aushändigung von Willkommensmappe, Stellenbeschreibung und Einarbeitungsplan • Dienstzeiten und Dienstplan für den Startmonat • Schlüssel, Park-, Kantinenkarte etc.
Erste Arbeitswoche	• Ankommen • Kennenlernen Stationsteam und ärztliches Team • Vorstellung Vorgesetzte und Verwaltung • Typischer Schichtablauf • Hygienestandards im Arbeitsalltag • Vorstellung Sozialdienst, Interessenvertretung, Qualitätsmanagement etc. • Räumlichkeiten der Station, Besuch wichtiger Schnittstellen (z. B. Labor, Röntgen, Aufnahme, Kantine, Bettenzentrale, Fluchtwege etc.) • Einweisung Telefon, Patientenruf, Notruf, Brandmelder
Folgende Wochen und Monate	**Integration in den Arbeitsprozess** Heranführung an die Arbeitsabläufe, an fachlich relevantes Wissen und Prozesse sowie an die verantwortliche Betreuung von Patientinnen und Patienten • Dienstplangestaltung, Urlaubsplanung • Informationsmanagement (Teamsitzungen, Besprechungen, Aushänge, Intranet, Outlook etc.) • Organisation Visite

- Pflegedokumentation, Erfassung von Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS), Pflegepersonal-Regelung (PPR), Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)
- Aufnahme- und Entlassungsprozess
- Ver- und Entsorgung (Essen, Wäsche, Betten etc.)
- Einweisungen in Medizinprodukte
- Anforderungen Labor, Material, Apotheke etc.
- Abteilungsschwerpunkte (Patientenklientel, Krankheitsbilder, Prozeduren etc.)
- Pflegeverständnis und Pflegeprozess
- Fachkonzepte (z. B. Wundmanagement, Palliativversorgung, Versorgung Demenzpatienten)

Die Einarbeitung sollte durch mehrere regelhafte Gespräche mit der Führungskraft und gegebenenfalls der Patin bzw. dem Paten begleitet werden, z. B. zum Ende des ersten Arbeitstages, der ersten Arbeitswoche und des ersten Arbeitsmonats. Hierbei können die Erfahrungen der neuen Fachkraft reflektiert und Wünsche bzw. Anregungen aus deren Sicht wie auch aus Sicht der Station besprochen werden. Zum Ende der Einarbeitung könnte ein Abschlussgespräch auch die Bedarfe an Weiterbildung und Aspekte der Personalentwicklung thematisieren.

Neben den hier angesprochenen fachlichen Aspekten ist für Mitarbeitende mit Zuwanderungshintergrund die kultursensible Ausrichtung der Einarbeitungsphase ein entscheidender Faktor. Dies betrifft unter anderem den begleitenden Erwerb fachsprachlicher Kenntnisse (vgl. Kap. 4.2) und die Sensibilität für kulturell geprägte Alltagsgewohnheiten, Arbeitsroutinen und Kommunikationsweisen (vgl. Kap. 6).

Praxistipp: Teamwörterbuch

In einem Teamwörterbuch zum Nachschlagen können Fachbegriffe zu wichtigen Hilfsmitteln und Geräten mit einer Übersetzung in die Sprache der wichtigsten Herkunftsländer eingetragen und so vor allem stationsspezifische Begrifflichkeiten gesammelt werden. Das Wörterbuch kann gemeinsam durch die Teammitglieder gepflegt und

ausgebaut werden. Gegebenenfalls kann hiermit eine „Vokabel-Viertelstunde“ im Team zur Einübung von praxisrelevanten Begrifflichkeiten kombiniert werden.

Eine besondere Sensibilität sollte dem Umstand entgegengebracht werden, dass die Qualifizierungswege in den Herkunftsländern der Pflegekräfte häufig Unterschiede zur Pflegeausbildung in Deutschland aufweisen. Damit verbinden sich auch unterschiedliche Vorstellungen zum Pflegeberuf und zur Arbeitsteilung mit dem ärztlichen Personal sowie anderen Unterstützungskräften auf Station. Manche zugewanderten Pflegekräfte berichten von Missverständnissen, die häufig auf Unterschieden in der Ausbildung und einem anderen Verständnis der Arbeitsteilung beruhen: So werden in einigen Herkunftsländern Pflegefachkräfte an Hochschulen ausgebildet und übernehmen dort Aufgaben, die in Deutschland Ärztinnen und Ärzten vorbehalten sind. Tätigkeiten der sogenannten „Grundpflege“ auszuüben, also etwa Patientinnen und Patienten beim Essen oder der Körperpflege zu unterstützen, ist dort für Pflegefachkräfte hingegen ungewöhnlich. Die Anweisung, solche Aufgaben zu übernehmen, kann als mangelnde Wertschätzung einer eigentlich höher zugrundeliegenden Qualifikation gedeutet werden und zu Frustrationen bei den zugewanderten Pflegekräften führen (Lugert-Jose 2022, Pütz et al. 2019). Werden diese unterschiedlichen Erwartungen an die Berufspraxis nicht reflektiert und gemeinsam mit den Betroffenen bearbeitet (z. B. im Rahmen eines Erfahrungscafé, vgl. Kap. 6.1), dann kommt es nicht selten zu Motivationsverlusten, Arbeitsplatzwechseln oder gar zu einem Abbruch des Arbeitsaufenthalts in Deutschland.

5.2 Modulares Schulungs- und Unterstützungsangebot für Pflegekräfte

Ein professionell organisiertes Onboarding und ein strukturierter Eingliederungsprozess können in erheblichem Maße dazu beitragen, die erfolgreiche Integration neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu beschleunigen, ihre fachlichen Kompetenzen bestmöglich zu nutzen und die Bleibeperspektive der neu gewonnenen Gesundheitsfachkräfte zu verbessern. Dennoch stehen zugewanderte Fachkräfte vor besonderen Herausforderungen: Sie sind meist noch weniger als deutsche Berufsanfängerinnen und Berufsanfänger auf die komplizierten Bedingungen des hiesigen Gesundheitswesens vorbereitet; eine weitere Schwierigkeit

stellen die Anforderungen der teaminternen Interaktion sowie die Kommunikation gegenüber Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen dar. Die Bandbreite der möglichen „Integrationshürden“ reicht von Sprachbarrieren über sozio-kulturelle Faktoren bis hin zu spezifischen regulatorischen Bedingungen des deutschen Klinikwesens.

Daher kann es sinnvoll sein, für zugewanderte neu eingestellte Pflegekräfte und Ärztinnen und Ärzte ein speziell auf diese Erfordernisse hin ausgerichtetes Qualifizierungs- und Unterstützungsangebot bereitzustellen. Ziel sollte dabei nicht die Vermittlung fachlicher Inhalte sein, vielmehr geht es um praxisbezogenes Wissen und Kompetenzen für den Arbeitsalltag im deutschen Gesundheitssystem. Im Folgenden wird ein modulares Schulungsangebot speziell für zugewanderte Pflegekräfte vorgestellt.

Das Angebot ist als mehrteilige Seminarreihe aufgebaut. Die Reihe soll neu eingestellten Fachkräften eine kompakte Einführung und Unterstützung für die Ausübung des Pflegeberufs bieten. Folgende Übersicht zeigt das Themenspektrum der Modulreihe:

Abb. 3: Übersicht zu den Modulen der Schulungsreihe für Pflegekräfte

MODUL 1: Grundlagen deutsches Recht und deutsches Gesundheitswesen

MODUL 2: Pflegerische und ärztliche Dokumentation, Datenschutz, Kodierung und Abrechnungssysteme

MODUL 3: Qualitätsmanagement und Hygiene

MODUL 4: Grundlagen und Modelle einer gelingenden Kommunikation

MODUL 5: Beschwerdemanagement

MODUL 6: Zeitmanagement und Teamarbeit

MODUL 7: Ethik und Pflege

MODUL 8: Konfliktmanagement und Deeskalationstraining

Mit einer Kombination von Wissensvermittlung und fallbezogenem Training liegt der Fokus auf dem Erwerb von übergreifender Fachkompetenz, von Systemwissen und sozialen Kompetenzen, die im Arbeitsalltag für die Versorgung und die Patientensicherheit von besonderer Bedeutung sind. Die Module können als komplette Reihe oder aber auch einzeln für die Pflegekräfte angeboten werden. Im Anhang finden sich tabellarische Kurzübersichten zur Anlage der einzelnen Module. Die didaktische Umsetzung der Einheiten hängt vom jeweiligen konkreten inhaltlichen Zuschnitt ab und sollte durch die Referierenden der einzelnen Module ausgestaltet werden.

Denkbar ist, dass sich Kliniken aus einer Region für die Durchführung einer solchen Maßnahme zusammenschließen und dass sie dabei mit erfahrenen Bildungsträgern kooperieren. Analog dazu wird in Kapitel 5.4 eine entsprechende modulare Schulungsreihe für Ärztinnen und Ärzte vorgeschlagen.

Modul 1: Grundlagen deutsches Recht und deutsches Gesundheitswesen

In diesem einführenden Modul lernen Pflegefachpersonen aus dem Ausland die Grundzüge deutscher Rechtsgrundlagen kennen und vertiefen grundlegendes Systemwissen zu den Strukturen und Funktionen des deutschen Pflege- und Gesundheitssystems. Es wird empfohlen, die Modulreihe mit diesem Thema zu beginnen, da hier ein Grundverständnis für die Rechtsgrundlagen sowie für die Strukturen des deutschen Pflege- und Gesundheitssystems aufgebaut wird und häufig erhebliche Unterschiede zu den Herkunftsländern bestehen. Dieses Modul kann in vier Lerneinheiten unterteilt werden:

- Teil eins erläutert den grundlegenden Aufbau des deutschen Pflege- und Gesundheitssystems, die zugehörigen Rechtsgrundlagen sowie das deutsche Krankenkassen- und Sozialversicherungssystem.

- In Teil zwei sind die Kernleistungen der Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung einander gegenüberzustellen und voneinander abzugrenzen. In diesem Kontext kann sowohl auf die Aufgabe von Betriebsärztinnen und Betriebsärzten, der Berufsgenossenschaften als auch auf gesetzliche Vorgaben wie den Arbeitsschutz eingegangen werden.

- In Teil drei werden die Handlungsfelder der pflegerischen und ärztlichen Versorgung erläutert (z. B. Haus- und Fachärzte, Krankenhaus, Privat-, Fach-, Kur- und Rehabilitationskliniken, die Differenzierung in ambulante und stationäre Versorgung). Den Abschluss bilden das Patientenmanagement im Krankenhaus von der Einweisung (Aufnahmeassessment Pflege) bis hin zur Entlassung (Überleitungs- und Entlassungsmanagement). In diesem Zusammenhang ist auch die ärztliche Informations- und Aufklärungspflicht gegenüber der pflegerischen Rolle zu verdeutlichen und sowohl die Konsequenzen bei Verletzung vorgenannter Pflichten als auch die Rolle der pflegerischen und ärztlichen Schweigepflicht zu verdeutlichen.

- Teil vier umfasst wichtige Besonderheiten wie Rechtsfragen in der Notaufnahme oder den Umgang mit psychisch auffälligen oder kognitiv eingeschränkten Personen. Wichtige rechtliche Fragen verbinden sich mit dem Betreuungsrecht (z. B. die Fixierung von Patientinnen und Patienten) und der

Patientenverfügung, sowie mit der Delegation ärztlicher Tätigkeiten an Pflegekräfte und entsprechende Haftungsaspekte.

Modul 2: Pflegerische und ärztliche Dokumentation, Datenschutz, Kodierung und Abrechnungssysteme

Die Dokumentation ist ein wichtiger Bestandteil der pflegerischen und ärztlichen Tätigkeit. Ziel der Dokumentation sind das systematische Vorgehen und der Aufbau eines Verständnisses für die Verknüpfung verschiedener Dokumentationsbereiche. Hierbei geht es darum, rechtliche Regelungen zu erkennen und anzuwenden, um Risikopotenziale für sich selbst und die Einrichtung zu reduzieren und im Ergebnis die Behandlungsqualität, Patientensicherheit und Budgetwirksamkeit zu erhöhen. Im Vordergrund steht die Sensibilisierung für die Grundfunktionen und die Bedeutung des Dokumentationswesens. Hierbei soll sich ein Verständnis für die Pflichten und Mechanismen der Dokumentation entwickeln, um grundlegend den Informationsfluss zu gewährleisten sowie die eigene Verhaltenssicherheit und Arbeitszufriedenheit im Berufsalltag zu erhöhen. Das Modul kann in vier Teilbereiche untergliedert werden:

- In einem ersten Teil sollte Bezug auf die je einrichtungsspezifische Dokumentation und die Dokumentationsbedarfe genommen werden. Anschließend sind die Bedeutung und der multifunktionale Nutzen für die Prozessketten innerhalb einer Pflege- und Gesundheitseinrichtung zu erläutern.
- In einem zweiten Teil werden die zur Dokumentation notwendigen Formulare und Hilfsmittel, wie bspw. Klassifikationssysteme, Assessmentinstrumente aus dem SGB XI, z. B. SIS (Strukturierte Informationssammlung), neuere Entwicklungen von Pflegediagnosen, gängige Kürzel-Systeme, Sprachregelungen und Scores vorgestellt. Die Erfassung von Laborergebnissen, bildgebenden Verfahren oder sonstigen Untersuchungsergebnissen, wie z. B. Endoskopien, EKG oder OP-Berichten usw., sollte ebenso erläutert werden.
- In einem dritten Teil bildet der Datenschutz einen weiteren Themenbereich. Hierzu zählen datenschutzrechtliche Aspekte, Fragen der Datenübermittlung und Auskunftsrechte gegenüber verschiedenen Akteurinnen und Akteuren, wie z. B. Patientinnen und Patienten, Angehörige, Kostenträger usw.
- In einem vierten Teil sollten zugehörige Rechtsgrundlagen, die Vorgaben der Kostenträger, das Zusammenspiel vice versa von ärztlicher und pflegerischer Dokumentation sowie datenschutzrechtliche Aspekte thematisiert werden, an

die sich ICD-10 (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme), PKMS (Pflegekomplexmaßnahmen-Score) und OPS (Operationen- und Prozedurenschlüssel) anhand des klinikinternen Dokumentations- und Abrechnungssystems anschließen und deren Relevanz hervorgehoben werden.

Modul 3: Qualitätsmanagement und Hygiene

Dieses Modul soll die Einbindung des pflegerischen Handelns in das Qualitätsmanagement der Einrichtung verdeutlichen. Die Lernziele gelten dem Kennenlernen und der Anwendung von Expertenstandards in der Pflege. Diese Standards werden auf der Grundlage des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege – DNQP entwickelt, konsentiert, implementiert und stets auf der Grundlage wissenschaftlicher Expertise aktualisiert. Lernziele sind hierbei das Erkennen von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten, die Kenntnis zu rechtlichen und einrichtungsbezogenen Vorgaben (z. B. in Bezug auf Haftungsfragen, Budgetwirksamkeit, Patientensicherheit) sowie die Fähigkeit zur Umsetzung von Qualitätsvorgaben in der individuellen Versorgung. Dieses Modul kann in drei Abschnitte unterteilt werden:

- In Teil eins können zunächst relevante Rechtsgrundlagen nach Sozialgesetzbuch SGB V und SGB XI, landesspezifische Berufsordnungen für Pflegefachpersonen, die Pflege-Charta, Leitlinien, das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege – DNQP (Expertenstandards und Auditinstrumente) vorgestellt werden. Hierbei sollte die Rolle des Qualitätsmanagements für die Bereiche Versorgung, Betreuung, Behandlung und Pflege verdeutlicht werden. Im Anschluss daran können QM-Systeme, Audits und zugehörige Zertifizierungen vorgestellt werden. Des Weiteren sollten die Prinzipien der Kooperation, Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ) erläutert werden.

- In Teil zwei können Methoden und Instrumente des Risikomanagements vorgestellt werden. Anhand von Praxisbeispielen kann das frühzeitige Erkennen und das systematische Analysieren von Risiken eingeübt und das Optimierungspotenzial durch ein kontinuierliches Qualitätsmanagement verdeutlicht werden. Ebenso sollte das CIRS (Critical Incident Reporting System) in die Vorstellung mit einbezogen werden.

- Im dritten Teil ist das Hygienemanagement zu thematisieren (Hygienebeauftragte und Hygienebeauftragter). Hierbei kann jeweils auf die institutionsspezifische Umsetzung von Hygienemaßnahmen in der stationären Versorgung eingegangen werden.

Modul 4: Grundlagen und Modelle einer gelingenden Kommunikation

Die Kommunikation stellt eine Schlüsselkompetenz im pflegerischen Handeln und für die Integration in den Berufsalltag dar. Daher ist eine komplikationslose und adäquate Kommunikation die Voraussetzung für eine gute Zusammenarbeit im Pflegeteam, mit anderen Berufsgruppen sowie mit Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen. Vor diesem Kontext werden die Grundprinzipien, verschiedene Kommunikationsmodelle sowie deren zugrundeliegende theoretische Konzepte in diesem Modul vorgestellt. Das Lernziel dieser modularen Schulungseinheit umfasst die Entwicklung der Fähigkeit, typ- und situationsgerecht sowie kultursensibel kommunizieren zu können. Hierzu sind die Zusammenhänge zwischen der Behandlungsqualität mit dem Arbeitsklima, der Arbeitszufriedenheit und dem Ansehen der Einrichtung zu thematisieren. Die Grundlagen der Kommunikation sollten anhand unterschiedlicher Kommunikationsmodelle erläutert werden, um für Wahrnehmungsmuster und -mechanismen zu sensibilisieren und in Sach- und Beziehungsebene zu differenzieren. Gleichzeitig können Kommunikationsprobleme aus verschiedenen Perspektiven reflektiert werden, an die sich mögliche Bewältigungsstrategien anhand von Praxisbeispielen aus dem Klinikalltag, wie z. B. richtig Feedback geben und annehmen, anlehnen. Schließlich sollten auch Aspekte wie etwa Kritik, Selbstwertgefühl und Strategien zur inneren Abgrenzung sowie grundlegende Verhaltensregeln und Körpersprache in der Kommunikation thematisiert werden. Die modulare Schulungseinheit kann in drei Teilbereiche untergliedert werden:

- In Teil eins werden Grundlagen der Kommunikation anhand unterschiedlicher Kommunikationsmodelle erläutert. Diese sollen für Wahrnehmungsmuster und -mechanismen sensibilisieren und in Sach- und Beziehungsebene differenzieren.

- In Teil zwei schließen sich Kommunikationsprobleme an, die aus verschiedenen Perspektiven reflektiert werden und denen Praxisbeispiele aus dem

Klinikalltag zugrunde liegen. Mögliche Bewältigungsstrategien werden hierzu gemeinsam erarbeitet, wie z. B. richtig Feedback geben und annehmen.

- In Teil drei können Aspekte wie Kritik, Selbstwertgefühl und Strategien zur inneren Abgrenzung sowie grundlegende Verhaltensregeln und Körpersprache in der Kommunikation thematisiert werden.

Modul 5: Beschwerdemanagement

Das Modul Beschwerdemanagement steht inhaltlich zu den Modulen 2) Dokumentation, 3) Qualitätsmanagement und 4) Kommunikation in Verbindung. Der professionelle und versierte Umgang mit Beschwerden ist Teil der Pflichtaufgaben in der pflegerisch-medizinischen Versorgung. In diesem Zusammenhang dient das Beschwerdemanagement sowohl der Reduzierung von Risiken und Fehlern als auch der Erhöhung der Versorgungssicherheit. Auf der einen Seite ist es notwendig, systematische Strukturen und Prozesse zur Fehlererkennung und -vermeidung auf der persönlichen Ebene zu etablieren (z. B. Reflexionsprozesse). Auf der anderen Seite sind individuelle Kompetenzen im Umgang mit Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen zu entwickeln, um mit Beschwerden professionell umzugehen. Dieses Modul soll für den Umgang mit Beschwerden sensibilisieren und eine Fehlervermeidungskultur unterstützen. In diesem Kontext ist die Bereitschaft das eigene Verhalten in kritischen Situationen zu reflektieren unabdingbar. Weiterhin soll in diesem Modul die Fähigkeit unterstützt werden respektvoll und lösungsorientiert mit Beschwerden einerseits und kulturell bedingten Verhaltensmustern andererseits umzugehen. Das Modul könnte in drei Teilbereiche untergliedert werden:

- Der erste Teilbereich greift die gesetzlichen Vorgaben des Beschwerdemanagements auf (z. B. SGB V, Patientenrechtegesetz, Richtlinien des G-BA zum Qualitätsmanagement). Des Weiteren soll die Bedeutung des Beschwerdemanagements als zentrale Funktion innerhalb einer Einrichtung hervorgehoben werden (z. B. Umgang mit verschiedenen Beschwerdeformen, Fehlermeldesystem, Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten, Regressansprüche, ökonomische Hintergründe). Weitere Inhalte des Moduls stellen in höchster Priorität die Vermeidung von Fehlern im Hinblick auf das Gewährleisten der

Sicherheit von Patientinnen und Patienten im Kontext des Qualitätsmanagements dar.

- Der zweite Teilbereich dieses Moduls sollte auf individuelle Aspekte im Umgang mit Beschwerden eingehen, die mündlich oder schriftlich vorgebracht werden. Hierzu sind deeskalierende Kommunikationsmuster und abgestimmte Reaktionsformen zu thematisieren. Hilfreich ist es an diesem Punkt die je organisationsspezifische Struktur des Beschwerdemanagements zu berücksichtigen und die hierarchische Rangfolge der jeweiligen Ansprechpersonen zu benennen (den definierten Prozesspfad darlegen).

Der dritte Teilbereich des Beschwerdemanagements bezieht sich im Rahmen von kultureller Diversität auf die Vermittlung interkultureller Kompetenzen. Hierzu zählt die Reflexion und Sensibilisierung für kulturelle Unterschiede in Konfliktsituationen hinsichtlich etwaiger Sprachhindernisse, Missverständnisse und Stereotypien.

Modul 6: Zeitmanagement und Teamarbeit

Das Modul Zeitmanagement dient einer effizienten individuellen Arbeitsorganisation, um die vielfältigen Aufgaben im pflegerischen Berufsalltag handlungsorientiert und kompetent zu bearbeiten. Das Ziel dieses Moduls ist die Verbesserung der individuellen Arbeitsorganisation, die letztlich auch eine Effizienzsteigerung in der intra- und interprofessionellen Zusammenarbeit bedeutet. Hierdurch soll die Handlungssicherheit der Pflegefachpersonen gestärkt und die Arbeitsbelastung reduziert werden. Schwerpunktmäßig gliedert sich die modulare Schulungseinheit in drei Themenbereiche:

- Teil eins umfasst die Einführung in die Grundbegriffe der Arbeitsorganisation und in die Differenzierung von Zielfindung, Strategie und Umsetzung mit entsprechend geplanten Zeitressourcen. Des Weiteren können typische Handlungsweisen im Berufsalltag thematisiert werden, die enorm viel Zeit beanspruchen und lösungsorientierte Ansätze hierzu erarbeitet werden.

- In einem zweiten Teil des Moduls können weitere Themen die Darstellung der unterschiedlichen Versorgungssettings und deren Hierarchiestrukturen sein, die Arbeitsteilung im Krankenhaus sowie die Differenzierung der Entscheidungsverantwortung von Pflegefachpersonen gegenüber denen von Ärztinnen und Ärzten. Die besondere Situation und die damit verbundenen

Anforderungen, die in der Motivation von Teammitgliedern im Rahmen rein fachlicher Weisungsbefugnis sowie in der klassischen Sandwich-Position zwischen ärztlicher und pflegerischer Leitung und Teammitgliedern bestehen, sind weitere wichtige Praxisthemen.

- Im dritten Teil sollen die Teilnehmenden für die berufsgruppenübergreifende interprofessionelle Zusammenarbeit mit Führungspersonen – auch in Bezug auf unterschiedliche Genderformen – sensibilisiert werden. Die Prinzipien kollegialen Verhaltens und eines wertschätzenden Umgangs stehen dabei im Vordergrund. Ergänzend können auch Inhalte zu Teambuildingprozessen oder interkultureller Zusammenarbeit (Diversity-Management) thematisiert werden.

Modul 7: Ethik und Pflege

Im Pflegealltag treffen kranke, hilfs- und pflegebedürftige Menschen auf Pflegekräfte. Sie sind in dieser Situation auf ein gutes und richtiges Handeln der professionell Helfenden angewiesen. Daher sind Pflegefachpersonen in der Verantwortung, ihr Pflegehandeln sensibel auszurichten und die Pflegetätigkeiten moralisch und begründet durchzuführen. Dieses erfordert von den Pflegefachpersonen ethisch-moralische Kompetenzen und folglich die systematische Auseinandersetzung mit Werten und Normen, auf denen das pflegerische Handeln basiert. Das Modul ist insofern bedeutsam für internationale Pflegefachpersonen aus anderen Kulturkreisen, die in ihrem Herkunftsland möglicherweise - bewusst oder unbewusst beeinflusst – durch Werte und Normen geprägt worden sind, die konträr zu Werten und Normen der hiesigen pflegerisch-medizinischen Versorgung stehen können. Daher sind diese interkulturell anders geprägten persönlichen Werte und Normen zu reflektieren und die Wertesysteme vor dem Hintergrund von professioneller Pflege, Wertekonflikten, Wertehaltung, Moralprinzipien und dem Gewissen zu analysieren, um ein gutes und richtiges Pflegehandeln zu gewährleisten. Das Modul kann in drei Teilbereiche untergliedert werden:

- Teil eins des Moduls greift zentrale Begriffe der Ethik und Berufskodizes auf, die auf der Grundlage einer professionalisierten Pflege in Deutschland basieren. Im Gegensatz dazu können diese auch im Hinblick auf verschiedene Kulturkreise thematisiert werden.

- In Teil zwei der modularen Schulungseinheit sollen Werte wie Verantwortung und verantwortliches Handeln in der Pflege sowie ethische Prinzipien für die Pflegepraxis kommuniziert werden.
- In Teil drei können anhand problemorientierter Fallbeispiele ethische Entscheidungsfindungen herbeigeführt und diskursiv besprochen werden. Als Grundlage hierzu dienen Modelle für eine ethische Reflexion oder ethische Fallbesprechungen, wie etwa die Nimwegener Methode.

Modul 8: Konfliktmanagement und Deeskalationstraining

Mitarbeitende im Pflege- und Gesundheitswesen sind in ihrem Berufsalltag nicht selten verbalen Beschimpfungen und Beleidigungen ausgesetzt und haben es im schlimmsten Fall sogar mit körperlichen Übergriffen zu tun. Vor diesem Hintergrund ist es wichtig Verhaltensweisen zu trainieren, um eskalierende Gewaltspiralen zu umgehen. Das Modul Konfliktmanagement und Deeskalationstraining greift diesen Hintergrund auf und schließt sich inhaltlich an die Module 4) Kommunikation und 5) Beschwerdemanagement an. In der Zielsetzung sollen kritische Situationen benannt und besprochen werden sowie deeskalierende Strategien erlernt werden. Hierbei geht es auch um das Verstehen von Konflikt- und Eskalationsmustern, denen die Fähigkeit zugrunde liegt, situationsgemäß deeskalierend zu handeln. Die modulare Schulungseinheit untergliedert sich demzufolge in zwei Schwerpunktbereiche:

- Der erste Schwerpunkt sollte die Ursachen, Hintergründe und Formen verbaler und körperlicher Gewalt thematisieren. Gleichzeitig sollte dieses Modul ein Hintergrundwissen über die Entstehung von Aggressionen und deeskalierender Reaktionen vermitteln. Gewaltformen können hierbei sowohl seitens der Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen als möglicherweise auch seitens der Professionellen ausgehen, wenn ärztliches und pflegerisches Handeln als übergriffige Gewalt erlebt werden (insbesondere bei Demenzerkrankungen). Ursächlich für bestimmte negative Reaktionsmuster sollten Faktoren, wie Überforderung, Stress, Ängste, Schmerzen, Hilflosigkeit, Überforderung und Fremdbestimmtheit, in diesem Modul aus verschiedenen Perspektiven angesprochen werden.
- Einen zweiten Schwerpunkt stellt die Reflektion selbst erlebter eskalierender Gespräche dar und die Identifikation eigener Reaktionsmuster. Welche

Faktoren tragen dazu bei, dass ein Gespräch eskaliert? Wie sind die eigenen Reaktionsmuster in einem solchen Gespräch? In diesem Kontext sollen auch kulturelle Unterschiede und deren Auswirkungen im Klinikalltag reflektiert werden. Weiterhin können in diesem Modul vorbeugende Mechanismen gelernt werden, wie etwa mentale Techniken zur emotionalen Selbstkontrolle und zur Stärkung einer der Situation angemessenen und geeigneten Handlungsfähigkeit. Methodisch eignen sich hierzu Rollenspiele, die deeskalierende Situationen simulieren. Darüber hinaus sollen organisatorische und rechtliche Rahmenbedingungen in den Blick genommen werden, um bestimmte Reaktionsmöglichkeiten zu thematisieren.

5.3 Fachliche Einarbeitung ausländischer Ärztinnen und Ärzte

Ab dem ersten Arbeitstag stehen neue ärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor der Herausforderung, sich innerhalb kürzester Zeit im Klinikalltag mit hohen fachlichen und organisationalen Leistungs-, Effizienz- und Qualitätsanforderungen zurecht finden zu müssen. Angesichts des Personalmangels im ärztlichen Dienst ist der Druck hoch, sehr schnell Verantwortung für die Patientenversorgung übernehmen zu müssen. Die Einarbeitung ausländischer Fachkräfte erfolgt bislang meist als „Training on the Job“ und unmittelbar im Arbeitsprozess.

Im Arbeitsalltag gehen die Anforderungen an ärztliches Personal weit über das genuine medizinische Fachwissen hinaus. Denn für eine kompetente Ausübung des Arztberufes sind ebenfalls Kenntnisse der administrativen und rechtlichen Regelungen im deutschen Gesundheitssystem (Patientenaufklärung, Arzthaftung, Dokumentation, Abrechnungssystem etc.) notwendig. Darüber hinaus sind Fähigkeiten zur professionsbezogenen Arbeitsteilung und zur professionsübergreifenden Zusammenarbeit zwischen ärztlichem und pflegerischem Personal sowie kommunikative Kompetenzen für die Kooperation mit Kolleginnen und Kollegen und für den Kontakt zu Patientinnen und Patienten und Angehörigen gefordert.

Auch für neu eingestellte Ärztinnen und Ärzte vereinfachen standardisierte Einarbeitungsprozesse den Einstieg erheblich. In den ersten Tagen stellen sich für ärztliches Personal ähnliche Anforderungen an die Phase des Ankommens wie für Pflegekräfte (vgl. Kap. 5.1). Häufig variieren jedoch die

Einarbeitungskonzepte für Ärztinnen und Ärzte von Abteilung zu Abteilung und sie sind weniger ausdetailliert als im Bereich der Pflege. Nicht selten muss sich die Einarbeitung den akuten personellen und den patientenbezogenen Anforderungen auf Station unterordnen. Die Einarbeitung endet in der Regel mit der Bescheinigung der „Dienstfähigkeit“ durch die ärztliche Leiterin oder den ärztlichen Leiter bzw. die Chefärztin oder den Chefarzt der Fachabteilung. Ab diesem Zeitpunkt kann eine Ärztin oder ein Arzt zu Bereitschaftsdiensten in der Klinik herangezogen werden.

Im Folgenden sind einige Aspekte zusammengestellt, die für die Einarbeitung von ärztlichem Personal wichtig sein können. Ein Einarbeitungsplan kann daran anknüpfen, muss aber auf die Anforderungen und Rahmenbedingungen des jeweiligen Fachbereichs zugeschnitten werden.

Aspekte für die Einarbeitung von Ärztinnen und Ärzten

- Kennenlernen der Mitarbeitenden des (zumeist interdisziplinären) Teams des Fachbereichs sowie nach- oder vorgelagerter Schnittstellen bzw. Abteilungen im Haus
- Einführung in Ausstattung, Räumlichkeiten und Funktionsbereiche sowie die Geräteeinweisung nach dem Medizinprodukterecht (MPDG)
- Administration: Einweisung in die Regelkommunikation und Stationsabläufe, Unterweisung in das hauseigene Intranet und Datenmanagementsystem (z. B. SAP) und zugehörige Prozesse, wie Briefe und Konsil-Anforderungen sowie in Codierungssysteme und Grundlagen der Dokumentation
- Nutzung von Arzneimitteldatenbanken (wie MMI-Pharmindex) und die Handhabung von Aufklärungsbögen, z. B. von Thieme oder dem Robert-Koch-Institut (RKI)
- Dienstplanprogramm mit seinen Funktionalitäten sowie Urlaubsantrag und das Verhalten im Krankheitsfall
- Notfallmanagement
- Schulungspläne mit Pflicht- und Allgemeinfortbildungen sowie den Abläufen der jeweiligen Schulungen
- Qualitäts- und Risikomanagement, Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen und das System zur Berichterstattung kritischer Ereignisse (CIRS), hausinterne Fehlerkultur und Beschwerdemanagement

- Sicherheit, Umwelt- und Hygienestandards, interne und externe Laboranforderungen sowie Mikrobiologie
- Fachbereichsspezifische Untersuchungsmethoden und Praktiken sowie zugehörige Standards, wie z. B. das Transfusionswesen

Darüber hinaus kann es für die neuen Kolleginnen und Kollegen eine wichtige Unterstützung sein, wenn innerhalb der jeweiligen Fachabteilung ein berufserfahrenes Teammitglied als kollegiale Patin bzw. kollegialer Pate zur Verfügung steht. Diese könnte als erste Ansprechperson für alle fachlichen Fragen, für Fragen der Zusammenarbeit und der betrieblichen Abläufe fungieren. Führungskräfte könnten zudem systematisch darauf orientiert werden, ihre Ärzteteams jeweils über die Ankunft der „Neuen“ zu informieren, für eine diversitätssensible Aufnahme in das Team zu werben und diversitätsbegründete Fragen, Missverständnisse oder Probleme im Team zu thematisieren (vgl. Kap. 6.1).

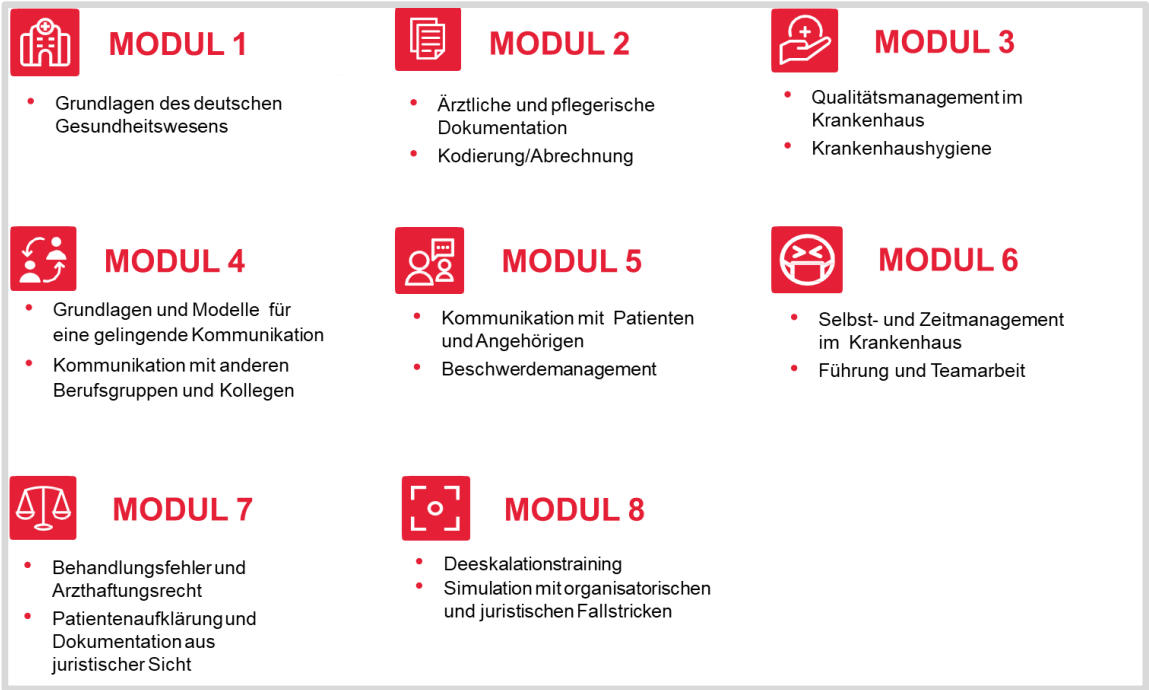
5.4 Modulares Schulungs- und Unterstützungsangebot für Ärztinnen und Ärzte

Das nachfolgend vorgestellte Unterstützungs- und Schulungsangebot für medizinisches Personal aus dem Ausland wurde exemplarisch im Rahmen des Modellvorhabens „Integration im Gesundheitswesen“ (INGE) durch die r.o.m.b.u.s Akademie Saarbrücken in Kooperation mit dem Institut für Sozialforschung und Sozialforschung (iso) entwickelt und mit Teilnehmenden aus saarländischen und rheinland-pfälzischen Kliniken erprobt. Die Erfahrungen dieser Modellerprobung wiederum sind in die das nachfolgend dargestellte Konzept eines Schulungsangebots für Ärztinnen und Ärzte eingeflossen.

Die Schulungsreihe mit insgesamt acht ganztägigen Modulveranstaltungen (vgl. Übersicht in Abb. 3) sollte als Orientierungshilfe für gezielte Unterstützungsmaßnahmen zur Integration ausländischer Ärztinnen und Ärzte verstanden werden. Insofern ist dieses Angebot klar zu den Vorbereitungskursen für die Kenntnisprüfung internationaler Ärztinnen und Ärzte im Anerkennungsprozess abzugrenzen. Letztere stellen medizinische Fachinhalte in den Mittelpunkt und orientieren sich an den ärztlichen Leitlinien sowie den Curricula des Medizinstudiums in Deutschland.

Die Schulungsreihe ist als ein modulares Angebot zu verstehen. Sie kann in Teilschritten umgesetzt werden und sollte an die jeweils bereits bestehenden Einarbeitungskonzepte vor Ort angepasst werden.

Abb. 4: Übersicht zu den Modulen der Schulungsreihe für Ärztinnen und Ärzte



Mit einer Kombination von Wissensvermittlung, Kommunikationstraining und Hilfen zum Umgang mit Belastungssituationen und der Führungsrolle bietet die Modulreihe die Möglichkeit, sowohl gezielt auf die Bedürfnisse von Fachkräften mit Migrationshintergrund als auch auf die interkulturellen Themenstellungen im Arbeitsalltag einzugehen. Die Reihe sollte zugleich Raum geben für Reflektion und Erfahrungsaustausch zu den fachprofessionellen und kulturellen Erfahrungen im Arbeitsalltag, die die Teilnehmenden aus ihren verschiedenen Herkunftsländern mitbringen.

Denkbar ist es, die Schulungseinheiten je nach Thema und interner Verfügbarkeit als kollegiales Team-Teaching, mit externen Fachreferentinnen und Fachreferenten oder in Kooperation mit spezialisierten Bildungsträgern durchzuführen. Häufig sind in einer einzelnen Klinik zu einem bestimmten Zeitpunkt nur Einzelpersonen oder kleine Gruppen neu eingestellter Ärztinnen und Ärzte vorhanden, so dass der Aufwand für ein solches Programm relativ groß erscheint. Hier könnte es einen Lösungsansatz darstellen, dass Kliniken innerhalb einer Region

kooperieren und das Schulungsprogramm für ihre neu eingestellten Ärztinnen und Ärzte gemeinsam auflegen. Dies würde die für jede Einrichtung entstehenden Kosten reduzieren und darüber hinaus einen klinikübergreifenden Erfahrungsaustausch unterstützen. Es ist auch vorstellbar, dieses Angebot nicht nur für das Personal mit Zuwanderungshintergrund, sondern in seinen wesentlichen Teilen für alle neu eingestellten Ärztinnen und Ärzte zu öffnen.

Praxistipp: Sprachpraktische Sensibilisierung und Begleitung von Schulungen

Da die meisten zugewanderten Ärztinnen und Ärzte das deutsche Gesundheitssystem kaum kennen, sind ihnen auch die Begrifflichkeiten und sprachlichen Floskeln des Klinikalltags nicht bekannt. Die Dozentinnen bzw. Dozenten sollten daher auf sprachbezogene Verständnisschwierigkeiten eingehen und Grundbegriffe sowie die zugehörigen Konzepte erklären können. Ein Beispiel ist das Konstrukt des „niedergelassenen Arztes“, welcher das deutsche Gesundheitssystem prägt, in vielen anderen Ländern aber unbekannt ist. Diese Begrifflichkeit erschließt sich nicht ohne Weiteres für eine zugewanderte Fachkraft. Für bestimmte Module ist es denkbar, zur Wissensvermittlung und für bestimmte Übungen neben der eigentlichen Lehrkraft eine weitere Person zur Sprachbegleitung hinzuzuziehen. So kann auf kulturelle Unterschiede und Besonderheiten eingegangen und es können Missverständnisse vermieden werden. Insbesondere in den Kommunikationsmodulen empfehlen sich Sprachdozentinnen oder Sprachdozenten zur gezielten Unterstützung von praktischen Übungen und exemplarischen Fallgestaltungen.

Rückmeldungen von Praktikerinnen und Praktikern weisen darauf hin, dass die Konzeption der Schulung als ganztägige Veranstaltungsreihe organisatorische Vorteile aufweist. So kann von vornherein die vollständige Abwesenheit der Teilnehmenden im Dienstplan berücksichtigt werden. Zeitlich kürzere Module hätten den Nachteil, dass die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte am Schulungstag auch in den Stationsalltag eingebunden sind und sich aus dem laufenden Betrieb nur schwer für den Termin freimachen können. Bezüglich der zeitlichen Abfolge der Lernmodule hat sich gezeigt, dass eine Regelmäßigkeit und eine enge Taktung der Termine (z. B. wöchentlich an einem festen Wochentag) den organisatorischen Aufwand reduziert, so dass die Abwesenheit der Beteiligten lediglich

für eine Phase von zwei Monaten im Dienstplan berücksichtigt werden muss. Nicht zuletzt fördert eine zeitlich dichte Folge der Modultermine ein Zusammenwachsen und das Commitment innerhalb der Teilnehmendengruppe. Die ärztlichen Führungskräfte sollten daher sicherstellen, dass eine stabile Teilnahme der Ärztinnen und Ärzte aus ihrer Fachabteilung über die gesamte Modulreihe hin ermöglicht wird.

Im Folgenden werden acht exemplarische Module für die Ärzteschulungen in ihren wesentlichen Lernzielen und den möglichen Inhalten skizziert. Diese Bausteine können als Orientierungshilfe und als konzeptuelle Basis genutzt werden, um eine an die jeweilige Einrichtung angepasste Unterstützungsmaßnahme umzusetzen. Auch für diese Schulungsreihe finden sich im Anhang tabellarische Kurzübersichten zur Anlage der einzelnen Module. Die didaktische Umsetzung der Einheiten hängt vom jeweiligen konkreten inhaltlichen Zuschnitt und der Ausgestaltung durch die jeweiligen Fachreferentinnen und -referenten ab.

Modul 1: Grundlagen des deutschen Gesundheitswesens

In diesem einführenden Modul sollen die Teilnehmenden zunächst mit den Grundzügen des deutschen Gesundheitssystems vertraut gemacht werden. Lernziele für die Teilnehmenden sind der Erwerb grundlegenden Systemwissens, die Entwicklung der Fähigkeit zur Einordnung des ärztlichen Handelns in die Funktionsmechanismen des deutschen Gesundheitswesens, die Reduzierung von Konfliktpotential und die Steigerung der Arbeitseffizienz. Es wird empfohlen, die Modulreihe mit diesem Baustein zu starten, da hier ein Grundverständnis für das deutsche Gesundheitssystem aufgebaut wird und häufig erhebliche Unterschiede zu den Gesundheitssystemen in den Herkunftsländern existieren. Das Modul kann inhaltlich in drei Blöcke unterteilt werden:

- In einem ersten Teil sollten sowohl der grundlegende Aufbau des deutschen Gesundheitssystems, seine Rechtsgrundlagen sowie das deutsche Krankenkassen- und Sozialversicherungssystem erläutert werden.
- In einem zweiten Block sollten die Kernleistungen der Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung gegenübergestellt und abgegrenzt werden. In diesem Kontext kann auf das Konzept der Betriebsärztinnen bzw. Betriebsärzte und der Berufsgenossenschaften sowie auf gesetzliche Vorgaben wie den Arbeitsschutz eingegangen werden.

- Schließlich sollten die Handlungsfelder der ärztlichen Versorgung, etwa beim niedergelassenen Arzt, im Krankenhaus und in der Rehabilitation, die Differenzierung in ambulante und stationäre Versorgung sowie die Prinzipien der ärztlichen Selbstverwaltung dargestellt werden. Den Abschluss bilden das Patientenmanagement im Krankenhaus von der Einweisung bis zur Entlassung. Im Idealfall werden zur Veranschaulichung Praxisbeispiele aus dem Formularwesen eingebaut.

Modul 2: Ärztliche und pflegerische Dokumentation

Die Pflicht zur Dokumentation ist ein wichtiger und nicht zu vernachlässigender Bestandteil der ärztlichen und pflegerischen Tätigkeit. Daher sollte die Bedeutung und Einbindung bürokratischer Schritte in arbeitspraktische Prozesse in einem eigenen Schulungsmodul vermittelt werden. Ziele dieses Moduls sind das Erlernen von Prozessregeln und -abläufen sowie das systematische Vorgehen und der Aufbau eines Verständnisses für die Verknüpfung der verschiedenen Dokumentationsbereiche und für die Budgetwirksamkeit der Dokumentation. Darüber hinaus geht es um die Fähigkeit, rechtliche Regelungen zu erkennen und anzuwenden, Risikopotentiale für die Einrichtung und sich selbst zu reduzieren und im Ergebnis die Patientensicherheit und Behandlungsqualität zu erhöhen.

Im Vordergrund steht dabei die Sensibilisierung für die Grundfunktionen des Dokumentationswesens. Das Verständnis der Pflichten und Mechanismen der Dokumentation ist grundlegend für die eigene Verhaltenssicherheit und damit auch für die Arbeitszufriedenheit im Klinikalltag.

- In einem ersten Teil sollte die Systematik der Dokumentation im Krankenhaus erläutert und für die Prozessketten mit ihrem multifunktionalen Nutzen sensibilisiert werden. Dazu treten die zugehörigen Rechtsgrundlagen, die Vorgaben der Kostenträger, das Zusammenspiel zwischen ärztlicher und pflegerischer Dokumentation sowie datenschutzrechtliche Aspekte. Ein weiterer zentraler Punkt sind die Abrechnungsregeln sowie Verschlüsselungssysteme wie ICD-10 (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme), OPS (Operationen und Prozedurenschlüssel). Diese Aspekte werden üblicherweise anhand des klinikinternen Dokumentations- und Abrechnungssystems veranschaulicht.

- In einem zweiten Teil werden die zur Dokumentation notwendigen Formulare und Hilfsmittel wie Klassifikationssysteme, gängige Kürzel Systeme und Sprachregelungen sowie Klassifikationen und Scores (auch fachbereichsbezogen) vorgestellt. Die Erfassung von Laborergebnissen, bildgebenden Verfahren oder sonstigen Untersuchungsergebnisse, wie Endoskopien, EKG etc. und von OP-Berichten, sollte ebenfalls erläutert werden.
- Der dritte Teil umfasst spezielle Anforderungen wie Durchgangsarzt-Bericht, Zwischenbericht und Nachbericht oder Konsile und Überweisungen. Auch ärztliche Gutachten sowie deren Verknüpfung mit haftungsrechtlichen und sozialversicherungsrechtlichen Fragen sowie Besonderheiten des berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens können hier erläutert werden. Die Patienteninformation (Einsicht in Krankenakte) und auch der auf der Patientenaktie basierende Arztbrief sind wesentliche Bestandteile des letzten Modulabschnitts. Auch hier sollte möglichst mit Praxisbeispielen und kleinen Übungseinheiten gearbeitet werden, um das Erlernte anzuwenden.

Modul 3: Qualitätsmanagement im Krankenhaus

Die Einführung in das Qualitätsmanagement im Gesamtsystem Krankenhaus schließt sinnvoll an die Vermittlung der Dokumentationspflichten an. Das Modul soll die Einbindung des ärztlichen und pflegerischen Handelns in das Qualitätsmanagement der Klinik aufzeigen. Lernziele sind dabei das Erkennen von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten, die Kenntnis der rechtlichen Vorgaben (z. B. in Bezug auf Haftungsfragen, Budgetwirksamkeit und Patientensicherheit), sowie die Fähigkeit zur Umsetzung von Qualitätsvorgaben in der individuellen Patientenbehandlung und zur Beachtung der vorgegebenen Kriterien bei den Prozessabläufen. Auch dieses Modul könnte in drei inhaltliche Abschnitte gegliedert werden:

- Zunächst sind die relevanten Rechtsgrundlagen wie SGB V, Ärztliche Berufsordnung, Leitlinien, QM-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) von Bedeutung. Dabei sollte die Rolle des Qualitätsmanagements für die Bereiche Versorgung, Betreuung, Behandlung und Pflege aufgezeigt werden. Im Anschluss könnten gängige QM-Systeme und zugehörige Zertifizierungsverfahren vorgestellt werden. Die Prinzipien der Kooperation, Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ) sollten ebenfalls erläutert werden.

- Einen wichtigen Schwerpunkt stellen die Methoden und Instrumente des klinischen Risikomanagements dar. Anhand von Praxisbeispielen sollte das frühzeitige Erkennen und das systematische Analysieren von Risiken eingeübt und das Optimierungspotenzial durch kontinuierliches Qualitätsmanagement verdeutlicht werden. Das CIRS (Critical Incident Reporting System) sollte ebenfalls methodisch eingeführt werden.
- Im dritten Teil können Datensammlungen, Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen und das Beschwerdemanagement in Kliniken thematisiert sowie Sonderbereiche wie das Hygienemanagement und institutionsspezifische Umsetzungen der Krankenhaushygiene behandelt werden. Auch fachspezifische oder anwendungsspezifische Hygienevorgaben können hier mit Beispielen veranschaulicht werden.

Modul 4: Grundlagen der Kommunikation / Interne Kommunikation

Bei den in diesem Modul vermittelten Inhalten handelt es sich um Schlüsselkompetenzen, die für eine erfolgreiche Integration in den Klinikalltag von grundlegender Bedeutung sind. Eine komplikationslose und adäquate Kommunikation ist Voraussetzung für eine gute Behandlungsqualität und für die reibungslose, erfolgreiche Kooperation mit den anderen Berufsgruppen. In diesem Modul werden die Grundprinzipien und verschiedenen Arten von Kommunikation sowie die zugrundeliegenden psychologischen Konzepte vorgestellt.

Erfahrungen zeigen, dass eine Kommunikationsschulung sich eigentlich für alle Ärztinnen und Ärzte empfiehlt, da eine gelungene Kommunikation und Interaktion maßgeblich zur Konfliktvermeidung, zur Verbesserung des Betriebsklimas und zur Motivation der Beschäftigten beitragen. Lernziele für die Teilnehmenden sind die Fähigkeit, typ- und situationsgerecht sowie kultursensibel kommunizieren zu können, die Stärkung der Verhaltenssicherheit der Ärztinnen und Ärzte sowie die Verbesserung der Fähigkeiten zur Kommunikation mit Patientinnen und Patienten, Angehörigen, Kolleginnen und Kollegen sowie Angehörigen anderer Berufsgruppen im Haus.

- Es empfiehlt sich, zunächst die Bedeutung der Kommunikation für die Behandlungsqualität, für das Arbeitsklima, für das Ansehen der Klinik und für die Arbeitszufriedenheit zu verdeutlichen. Daneben sollten die Grundlagen der Kommunikation vermittelt werden. Dazu gehören z. B. die Sensibilisierung für

Wahrnehmungsmuster und -mechanismen und die Bedeutung von Rollenklarheit und Rollenklärung.

- Daran anknüpfend könnten Kommunikationsmodelle wie das Sender-Empfänger-Modell oder das Eisberg-Modell mit der Differenzierung in Sach- und Beziehungsebene thematisiert werden. Die einschlägigen Kommunikationsmodelle dienen der Veranschaulichung des Kommunikationsprozesses und zeigen die verschiedenen Einflussfaktoren in Kommunikationssituationen auf. Gleichzeitig können Kommunikationsprobleme und die Rolle kulturell geprägter Sprachpraxis verdeutlicht sowie mögliche Bewältigungsstrategien erarbeitet werden. Praxisbeispiele aus dem Klinikalltag, etwas wie „richtig“ Feedback geben und annehmen, sollten in dieses Modul einbezogen werden.

Modul 5: Kommunikation mit Patientinnen und Patienten und Angehörigen / Beschwerdemanagement

Dieses Modul schließt inhaltlich an das Modul *Grundlagen der Kommunikation* an und ist komplementär zu den Modulen *Dokumentation* und *QM im Krankenhaus* sowie zum Thema *Arzthaftungsrecht.* Der professionelle und versierte Umgang mit Beschwerden ist Teil der Pflichtaufgaben im Krankenhaus zur Reduzierung von Risiken und Fehlern bei der Behandlung und zur Gewährleistung der Patientensicherheit. Hierfür ist es einerseits notwendig, systematische Strukturen und Prozesse zur Fehlererkennung und -vermeidung zu etablieren, andererseits müssen individuelle Kompetenzen für den Umgang mit Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen entwickelt werden. Die Lernziele dieses Moduls sind der Aufbau von Kenntnissen der gesetzlichen Vorgaben für den Umgang mit Beschwerden, die Schaffung von Akzeptanz für eine Fehlervermeidungskultur, die Bereitschaft, eigenes Verhalten im Konfliktfall zu reflektieren sowie die Fähigkeit, kulturell bedingte Verhaltensmuster der Beteiligten zu erkennen und damit respektvoll und lösungsorientiert umzugehen. Das Modul kann ebenfalls sinnvoll in drei inhaltliche Themenbereiche untergliedert werden:

- Systematisches Beschwerdemanagement: In einem ersten Block werden die gesetzlichen Vorgaben des Beschwerdewesens (z. B. SGB V, Patientenrechtegesetz, Richtlinien des G-BA zum Qualitätsmanagement) dargestellt und die Bedeutung der Fehlervermeidung als Teil des betrieblichen Qualitätsmanagements herausgearbeitet. Eine zentrale Rolle spielt die betriebliche Prozessgestaltung zum Umgang mit den verschiedenen Beschwerdeformen, die

Funktion eines Fehlermeldesystems sowie die Rolle der Fehlervermeidung für die Kostenkontrolle und das Qualitätsmanagement.

- Der individuelle Umgang mit Kritik und Beschwerden stellt einen zweiten Schwerpunkt dar. Wichtige inhaltliche Aspekte sind dabei die Faktoren für die Patientenzufriedenheit, Beschwerden und Kommunikationsmodelle, Typologie der Beschwerdeführenden, emotionale und rationale Gründe für Beschwerden und Kritik. Kommunikationsmuster zur Deeskalation sowie abgestimmte Reaktionsformen und Lösungsansätze auf persönlich, schriftlich oder telefonisch vorgebrachte Beschwerden sind weitere handlungsrelevante Ansätze.
- Ein weiteres Themenfeld zielt auf die Vermittlung interkultureller Kompetenz in der Kommunikationssituation. Dazu gehört zum einen, kulturelle Diversitäten in der Wahrnehmung von Kritik und Beschwerden herauszuarbeiten und zum anderen für typische Konsequenzen von Sprachproblemen, Missverständnissen und von kulturell bedingten Verhaltensmustern zu sensibilisieren. Schließlich sollten psychische Aspekte, etwa Kritik, Selbstwertgefühl und Strategien zur inneren Abgrenzung sowie grundlegende Verhaltensregeln und Körpersprache in der Kommunikation thematisiert werden.

Modul 6: Selbst- und Zeitmanagement
Führen ohne Personalverantwortung

Zeit- und Selbstmanagement sind Grundlage einer effizienten individuellen Arbeitsorganisation. Diese ist notwendig, um die vielfältigen Aufgaben im Klinikalltag kompetent beherrschen zu können. Hierfür bildet die Vermittlung von arbeitsorganisatorischen Grundlagen, Management- und Führungstechniken einen Einstieg. Lernziele des Moduls sind die Verbesserung der individuellen Arbeitsorganisation und -effizienz und damit auch eine Effizienzsteigerung in der Zusammenarbeit der Teams im Krankenhaus. Im Ergebnis soll die Handlungssicherheit von Ärztinnen und Ärzten gestärkt und ihre Arbeitsbelastung reduziert werden.

- Ein wichtiger Themenblock bildet die Einführung in die Grundbegriffe der Arbeitsorganisation und in die Differenzierung von Zielfindung, Strategie und Umsetzung mit entsprechend geplanten Zeitressourcen. Es könnte sich anbieten, die Teilnehmenden den eigenen Zeit- und Stresstyp bestimmen zu lassen, um hiervon ausgehend verschiedene Methoden des Zeitmanagements

vorzustellen. Darüber hinaus sollten typische Zeitfresser im Klinikalltag thematisiert werden.

- Einen zweiten Schwerpunkt bilden praktische Aspekte für die effiziente Gestaltung von Meetings und des professionellen Schriftverkehrs. Auch die zielgerichtete Vorbereitung von Vorträgen und die zugehörige Informationsbeschaffung können Bestandteil dieses Blocks sein. Eine effiziente Telefonkommunikation sollte im Rahmen dieser Schulungsmaßnahme ebenfalls vermittelt und gegebenenfalls trainiert werden.
- Die Stützung des ärztlichen Personals bei Führungsaufgaben ist ein weiterer sinnvoller Schwerpunkt des Seminars. Dazu gehören zum einen die Darstellung der Arbeitsteilung im Krankenhaus, der Hierarchiestrukturen der Einrichtung und der Entscheidungsverantwortung für das ärztliche Personal. Die besonderen Anforderungen, die in der Motivation von Teammitgliedern im Rahmen rein fachlicher Weisungsbefugnis sowie in der klassischen Sandwich-Position zwischen ärztlicher Leitung und Teammitgliedern bestehen, sind weitere wichtige Praxisthemen. Schließlich sollten die Teilnehmenden für die berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit mit den (leitenden) Pflegekräften sowie für die Prinzipien kollegialen Verhaltens und wertschätzender Führung sensibilisiert werden.

Modul 7: Grundbegriffe des Arztrechts

Das Medizinrecht, insbesondere die Grundbegriffe des Arzthaftungsrechts, gibt bereits einen wichtigen Rahmen für die Module zur Dokumentation, zur Kommunikation mit Patientinnen bzw. Patienten und Angehörigen sowie zum Beschwerdemanagement. Der Rechtsrahmen für das Handeln und die rechtliche Verantwortung von Ärztinnen und Ärzten sollte dementsprechend in einem gesonderten Modul anhand von Praxisbeispielen behandelt werden. Lernziele sind dabei neben dem Erwerb von grundlegendem Systemwissen das Erlernen der Grundbegriffe und Prinzipien des Arzthaftungsrechts und die Umsetzung medizinrechtlicher Vorgaben im ärztlichen Alltag sowie im klinischen Risikomanagement.

- Einen wichtigen Schwerpunkt stellt die Vermittlung der verschiedenen Regelungsbereiche des Arztrechts wie Zivilrecht, Sozialversicherungsrecht, Krankenhausrecht, Berufsrecht und Strafrecht dar. Anhand von Praxisbeispielen sollte auf die Pflichten der Ärztin bzw. des Arztes im Rahmen von

Behandlungsübernahme und Behandlungsvertrag eingegangen und in den Kontext der ärztlichen Dokumentationspflicht und der ärztlichen Informations- und Aufklärungspflicht eingebettet werden. Ebenso sollten die Konsequenzen bei Verletzung vorgenannter Pflichten und die Rolle der ärztlichen Schweigepflicht aufgezeigt werden.

- Einen weiteren Themenbereich bilden datenschutzrechtliche Aspekte, Fragen der Datenübermittlung und die Auskunftsrechte der verschiedenen Akteurinnen und Akteure, wie Patientinnen und Patienten, Angehörige, Kostenträger usw.
- Schließlich sollten wichtige Besonderheiten wie Rechtsfragen in der Notaufnahme oder der Umgang mit psychisch auffälligen oder kognitiv eingeschränkten Personen thematisiert werden. Darüber hinaus sollte der Umgang mit fremdsprachlichen oder kulturell und religiös besonders geprägten Patientinnen und Patienten behandelt werden. Wichtige rechtliche Fragen verbinden sich zudem mit dem ärztlichen Betreuungsrecht (z. B. die Fixierung von Patientinnen und Patienten) sowie mit der Patientenverfügung.

Modul 8: Deeskalationstraining und klinikspezifische Simulationen

Beschäftigte im Gesundheitswesen sind im Arbeitsalltag mit vielfältigen Formen von Aggression und teilweise auch Gewalt konfrontiert. Daher bietet sich ein Modul zur Einübung von Deeskalationsstrategien an, welches inhaltlich an die Module *Grundlagen der Kommunikation* und *Beschwerdemanagement* anknüpft. Lernziele für die Teilnehmenden sind die Fähigkeit zum Erkennen angespannter Situationen, das Verstehen von systemischen und psychologischen Eskalationsmechanismen sowie das Erlernen aktiver Deeskalations-Strategien und deren situativ angepasster Umsetzung. Das Modul kann in zwei fachliche Themenblöcke sowie in einen Trainingsabschnitt mit Praxissimulationen gegliedert werden.

- Einführend sollten die Hintergründe und Daten zur Eskalation von Gewalt in Krankenhäusern dargestellt werden. Dazu gehören zum einen Daten zur Häufigkeit und zu den Formen von Eskalationen in den Bereichen Anmeldung, Verwaltung, Funktionseinheiten und bettenführenden Stationen. Zum anderen sollte neuro- und sozialpsychologisches Basiswissen über Aggression und typische Reaktionen unter Stress vermittelt werden. Themen sind etwa die Krisensituationen von Patientinnen bzw. Patienten und ihren Angehörigen in der

Konfrontation mit Krankheit und Leid, die Reaktionen gegenüber Ängsten, Schmerzen, Hilflosigkeit und Fremdbestimmtheit sowie aggressive Gegenimpulse, wenn ärztliches und pflegerisches Handeln als übergriffige Gewalt erlebt werden (insbesondere bei Demenzerkrankungen und unter Einfluss von Alkohol und sonstigen Drogen).

- Ein weiterer Schwerpunkt könnte die Reflektion der Vorboten eskalierender Gespräche, selbst erlebter Konfliktsituationen und der eigenen Reaktionen darstellen. In diesem Kontext könnten auch Aspekte kultureller Diversität und deren Auswirkungen im Krankenhausalltag reflektiert werden. Handlungspraktisch relevant sind präventive Tricks zur Vermeidung von Eskalationen sowie mentale Techniken zur emotionalen Selbstkontrolle und zur Stärkung der Selbstsicherheit in Konfliktsituationen.
- Im Rahmen eines Praxistrainings könnten Konfliktsituationen und Deeskalationsstrategien in verschiedenen Bereichen der Klinik simuliert werden. Hierzu könnten solche Situationen, z. B. am Empfang, in Funktionseinheiten oder am Bett, in Rollenspielen nachgestellt werden. Dabei können auch die organisatorischen und rechtlichen Rahmenbedingungen für bestimmte Reaktionsmöglichkeiten erläutert werden. Voraussetzung für eine solche klinikspezifische Simulation ist, dass diese in den Räumlichkeiten der verschiedenen Bereiche der jeweiligen Einrichtung ermöglicht werden kann.

6. Aufbau interkultureller Kompetenzen

Im Klinikalltag arbeiten in der Regel immer Menschen aus verschiedenen Herkunftsländern zusammen. Sie haben unterschiedliche Ausbildungssysteme durchlaufen, ihre Berufserfahrungen und ihre berufliche Sozialisation sind durch Einrichtungen und Gesundheitssysteme geprägt, die nur bedingt vergleichbar mit jenen in Deutschland sind. Die Vielfalt kultureller Prägungen, Erfahrungen und Hintergründe kann eine wertvolle Ressource darstellen, sofern „Diversität“ als solche auch erkannt und systematisch genutzt wird.

Allerdings ist dies ein voraussetzungsvoller Prozess. Die oben ausgeführten Handlungsfelder des Onboardings und der fachlichen Einarbeitung haben dafür eine wichtige Bedeutung. Damit jedoch der Arbeitsalltag kulturell gemischter Teams gut gelingt, muss interkulturelle Kompetenz in den Organisationen des Gesundheitswesens systematisch verankert werden. Dies ist ebenso für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Zuwanderungshintergrund ein bedeutsamer Aspekt. Interkulturelle Kompetenzen sind Voraussetzung für einen wertschätzenden, respektvollen und offenen Umgang mit Menschen, die aus anderen Kulturkreisen zugewandert sind. Ein professioneller und selbstverständlicher Umgang mit Vielfalt im Allgemeinen trägt überdies nicht unerheblich zur positiven Reputation des Hauses bei.

Interkulturelle Kompetenz beinhaltet vor allem die Fähigkeit zum selbstreflexiven Handeln. Interkulturelle Kommunikations- und Interaktionssituationen müssen adäquat beurteilt und professionelles Handeln hinsichtlich Angemessenheit – auch im Hinblick auf stereotype Selbst- und Fremdbilder – kritisch hinterfragt werden können. Eine interkulturell kompetente Person weiß über die Existenz kulturell bedingter Unterschiede und ist in der Lage, die Verhaltens- und Deutungsmuster der anderen Kultur zu erkennen und einzuordnen und so zu reagieren, dass Missverständnisse, Peinlichkeiten und Konflikte vermieden werden.

Zwar sind Sprachkompetenzen und die Kenntnis darüber, wie Kommunikation funktioniert, eine wichtige Basis für eine Sensibilisierung gegenüber kulturell geprägten Unterschieden. Diese kann nur erfolgreich gelingen, wenn die kulturabhängig unterschiedlichen Kommunikationsregeln bekannt sind. Dennoch sind interkulturelle Kompetenzen nicht einfach durch reine Wissensvermittlung zu erlernen. Vielmehr müssen dazu Denkprozesse angeregt werden, die die eigenen

kulturellen Grundsätze und Sichtweisen infrage stellen. Nur wenn die eigenen Stereotypen und Vorurteile bewusst gemacht werden, können diese abgebaut werden. Das beinhaltet auch, die eigene Kultur sowie deren vermeintliche Deutungshoheit in Bezug auf Verhaltensweisen und Regeln kritisch zu hinterfragen. Nur so können Respekt, Wertschätzung und Empathiefähigkeit in der Begegnung mit zugewanderten Teamkolleginnen und Teamkollegen etabliert werden. Insofern ist die Entwicklung interkultureller Kompetenz in multikulturellen Teams ein längerdauernder kollektiver Lern- und Verständigungsprozess, der viel Einfühlungsvermögen und Umsicht bedarf – sowohl bei den zugewanderten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wie auch bei den etablierten Beschäftigten.

6.1 Handlungsebenen zum Aufbau interkultureller Kompetenzen

Gestaltungsmaßnahmen zur Entwicklung interkultureller Kompetenzen können auf der Ebene der Gesamtorganisation, in den Arbeitsteams sowie auf der individuellen Ebene jeder einzelnen Mitarbeiterin bzw. jedes einzelnen Mitarbeiters ansetzen. Alle Ebenen der Maßnahmengestaltung ergänzen sich dabei zueinander – daher sind Einrichtungen des Gesundheitssektors gut beraten, das Thema „interkulturelle Kompetenzen“ so anzugehen, dass konsistente Maßnahmen auf allen drei Ebenen auf den Weg gebracht werden.

Ebene der Gesamtorganisation

Bereits in den vorangegangenen Abschnitten ist dargelegt worden, dass die Konzeptualisierung und die praktische Umsetzung von Einarbeitungskonzepten sowie die Realisierung eines kultursensiblen Onboarding-Prozesses durch das strategische Management für die Gesamtorganisation einer Einrichtung verankert werden müssen. Dies betrifft die wesentlichen Prozesse, Vorgaben und Aktivitäten, die für ein erfolgreiches Integrationsmanagement relevant sind. Darüber hinaus ist die Gesamtorganisation auch diejenige Ebene, die normative Orientierungspunkte setzen kann und muss, um dem Bekenntnis zur interkulturellen Vielfalt glaubwürdig Ausdruck zu verleihen. Diese Orientierung wirkt zum einen „nach innen“, indem sie zeigt, dass ein achtsamer, wertschätzender und kultursensibler Umgang untereinander zum internen Wertekanon dazugehört und einen wesentlichen Teil der Identität der Einrichtung darstellt. Entsprechende Leitlinien können zum Beispiel diese normativen Orientierungen unterlegen (siehe folgend Praxistipp). Nach außen hin dokumentieren Leitlinien oder Leitbilder die Philosophie

der Einrichtung. Die Unternehmensleitlinien oder Leitbilder heben die Einrichtung unterscheidbar von regionaler Konkurrenz ab und können so zu mehr Arbeitgeberattraktivität beitragen auf einem stark umworbenen Markt nach Gesundheitsfachkräften.

Praxistipp: Diversitätssensible Unternehmensleitlinien

Häufig sind Leitlinien sehr allgemein formuliert und wenig mit der Einrichtung verbunden. Ebenso kommt es vor, dass sie vom Personal nur als „leere Worte“ verstanden werden, die sich in der gelebten Praxis kaum niederschlagen. Damit für die Institution und die Belegschaft ein nachhaltig wirksamer Rahmen zur strategischen Orientierung geschaffen werden kann, sollten die Unternehmensleitlinien von der Führungsspitze gemeinsam mit den anvisierten Akteurinnen und Akteuren der Einrichtung entwickelt werden. Dies sind insbesondere diejenigen Leitungskräfte, die die Leitlinien verinnerlichen und an die Belegschaft vermitteln sollen.

Die Formulierungen der Leitlinien sollten einerseits für alle Bereiche der Organisation Geltung beanspruchen, andererseits auch das individuelle Profil der Einrichtung schärfen und Antwort auf die Frage geben: Was macht uns als Einrichtung aus?

Ideen für gehaltvolle und sinnstiftende Leitlinien können beispielsweise in einer betriebsinternen Befragung der Mitarbeitenden gesammelt werden. Aus den Ergebnissen könnte ein designiertes Gremium in einem Workshop (z. B. mit Teilnehmenden aus Management, Betriebsrat, Führungskräfte aus Pflege und ärztlichem Dienst) konkrete Leitlinien formulieren. Kultur- und diversitätssensible Aspekte sollten dabei von Anfang an mitgedacht oder in einem eigenen Abschnitt zum Ausdruck gebracht werden. Folgende Themenbereiche könnten in die Leitlinien eingehen:

- Gemeinsame Werte
- Leitbild Versorgung von Patientinnen und Patienten
- Leitbild Zusammenarbeit
- Leitbild Diversität (siehe AGG)

Die Vorgaben des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG) verlangen Schritte und Maßnahmen in Unternehmen, um Benachteiligungen aus Gründen der Rasse oder wegen der ethnischen Herkunft, des Geschlechts, der Religion oder Weltanschauung, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Identität zu verhindern und zu beseitigen. Der Bezug auf das AGG oder auf die Charta der Vielfalt (www.charta-der-vielfalt.de) kann als ein wichtiger Ausgangspunkt für die Formulierung von Leitlinien zur Diversität im Unternehmen dienen.

Die Leitlinien der Einrichtung können im Rahmen einer Betriebsversammlung oder auch in einer öffentlichen Veranstaltung vorgestellt werden. Die Durchführung eines betriebsinternen Diversity-Tages kann überdies genutzt werden, um die Vielfalt intern und auch nach außen hin sichtbar zu machen. Die Charta der Vielfalt (www.charta-der-vielfalt.de) bietet hierfür zahlreiche Anregungen.

Das Kompetenzzentrum Fachkräftesicherung für kleine und mittlere Unternehmen (KOFA) zeigt über Maßnahmenbeispiele Diversity Management, wie sich das Potential von Vielfalt in der betrieblichen Praxis nutzen lässt.

Darüber hinaus könnten die Leitlinien durch kultursensible Führungskräftetrainings begleitet und ergänzt werden. Hierbei sollten gezielt Themen wie die Führung interkultureller Teams und damit verbundene Herausforderungen (z. B. Konfliktpotentiale, Kommunikationsbarrieren, sprachpraktische Probleme, mangelnde Rücksicht und Respektlosigkeit innerhalb des Teams) bearbeitet werden. Die Sensibilisierung und Unterstützung der Leitungskräfte innerhalb der Einrichtung sind unabdingbar, um die Ansprüche der Leitlinien auch in die Stationsteams zu transportieren. Angesichts des schnell wachsenden Anteils von zugewanderten Fachkräften und der Bedeutung einer gelingenden Integration für die Einrichtung könnte gegebenenfalls der Besuch eines solchen Trainings innerhalb eines gewissen Zeitraums auch zur Pflichtvorgabe für alle Führungskräfte gemacht werden. Ebenso können die Aus-, Fort- und Weiterbildungskonzepte für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter systematisch kultursensibel ausgerichtet werden.

Das Modulhandbuch Kultursensibilität im Gesundheitswesen liefert einen detaillierten Begründungsrahmen sowie Modulbeschreibungen für die Aus-, Fort- und Weiterbildung in pflegerischen und therapeutischen Gesundheitsfachberufen.

Ebene des Arbeitsteams

Das Team ist der kollegiale Zusammenhang, in dem die Arbeit mit den Patientinnen und Patienten koordiniert und geleistet werden muss. Hier ist die geeignete Ebene, um gemeinsam zu reflektieren, welche Arbeitserfahrungen und Vorstellungen zur Arbeitspraxis und welche kulturell geprägten Verhaltensnormen im Arbeitsalltag aufeinandertreffen, wenn neue Kolleginnen und Kollegen mit Zuwanderungshintergrund zum Team dazustoßen. Zum anderen ist das Team der geeignete Ort, darüber nachzudenken, wie die eigenen funktionalen Standards und Routinen in geeigneter Form dem neuen Teammitglied vermittelt werden können. Zudem könnte das Team auch gemeinsam über die eigenen Arbeitsroutinen im Kontext der Erfahrungen zugewanderter Kolleginnen und Kollegen reflektieren und diese gegebenenfalls anpassen und verbessern.

Das Stammteam sollte als „empfangendes“ Team bezüglich möglicher Erwartungen gegenüber der neuen Mitarbeiterin bzw. dem neuen Mitarbeiter sensibilisiert werden. Die Herkunftskultur spielt bei der Integration eine wesentliche Rolle und es sollte auf kulturelle Besonderheiten eingegangen werden. Doch erfahrungsgemäß sind für solche Prozesse des Nachdenkens die zeitlichen Spielräume in Pflege- und Ärzteteams nur sehr klein. Diese Prozesse müssten daher im Vorfeld des Eintritts neuer Kolleginnen und Kollegen favorisiert werden. Das Team könnte in einer Dienstbesprechung auf den bevorstehenden Dienstantritt des neuen Teammitglieds vorbereitet werden, z. B. mit folgenden Fragen:

- Wer kommt aus welchem Herkunftsland zum Team hinzu?
- Was ist über die Ausbildung und die Arbeit im dortigen Gesundheitssystem bekannt?
- Was ist über Unterschiede in der Kommunikation und den sozialen Verhaltensweisen in der Herkunftsregion bekannt?

Gegebenenfalls kann es sinnvoll sein, für diesen Punkt zur Dienstbesprechung eine Person hinzuzuziehen, der oder die aus dem gleichen Herkunftsland zugewandert ist und bereits seit einiger Zeit in der Einrichtung arbeitet.

Praxistipp: Kultursensible Dienst- und Urlaubsplanung

Bei der Dienst- und Urlaubsplanung sind viele Wünsche der Kolleginnen und Kollegen zu berücksichtigen. Neben den Schulferien spielen kulturelle und religiöse Feiertage

dabei eine wichtige Rolle. Damit hierbei alle Teammitglieder berücksichtigt und die Vielfalt auf Station erkennbar wird, könnten in einem für alle sichtbaren Wandkalender neben den gesetzlichen Feiertagen in Deutschland alle für die Mitarbeitenden der Station relevanten Feiertage eingetragen werden. Dies kann die Akzeptanz im Team für bestimmte Arbeitszeitwünsche erhöhen.

Darüber hinaus ist das Arbeitsteam die Ebene, auf der gegebenenfalls interkulturell begründete Missverständnisse oder Konflikte angesprochen und ausgeräumt werden müssen. Hierbei kommt es darauf an, dass die entsprechende Leitungskraft in der Lage ist, derartige Entwicklungen zu thematisieren und zu einer sinnvollen und für alle Beteiligten akzeptablen Lösung zu führen. Von daher haben die oben angesprochenen Trainings oder auch Fortbildungen zur Unterstützung der Führung interkultureller Teams eine wichtige Bedeutung.

Individuelle Ebene

Sofern ein betriebliches Integrationsmanagement eingerichtet wird, bringen die Abläufe und Strukturen als solche bereits wichtige neue handlungsleitende Impulse für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit sich. Hierdurch findet eine Sensibilisierung für die Thematik statt, schließlich macht dies deutlich, dass die Organisation Integration als richtig und wichtig erachtet und darauf einen besonderen Fokus legt.

Interkulturelle Kompetenzen sind allerdings nur sehr bedingt durch ein erlernbares Faktenwissen aufzubauen. Vielmehr bedarf es interkultureller Trainingseinheiten, um eine grundlegende Kenntnis und ein daraus resultierendes Verständnis von kulturellen Räumen (auch des eigenen) zu entwickeln. In Übungen und Rollenspielen könnten dabei Handlungsstrategien für ein versiertes Agieren im interkulturellen Kontakt aufgebaut werden. Je nach den Gegebenheiten vor Ort und den zeitlichen Ressourcen ist für jede Einrichtung zu prüfen, ob ein solches interkulturelles Training für alle Arbeitsteams oder für solche, die in starkem Maße zugewanderte Fachkräfte aufnehmen sollen, durchgeführt werden können. Hierbei sind partizipative Ansätze die beste Möglichkeit, um eine möglichst breite Akzeptanz der Mitarbeitenden zu gewährleisten. Eine beteiligungsorientierte Vorgehensweise, etwa bei der Konzipierung und der Themenwahl für eine solche Trainingseinheit sowie Möglichkeiten zur Rückkopplung und des Erfahrungs-

austausches, verstärken darüber hinaus das Zusammengehörigkeitsgefühl und lassen die Beteiligten voneinander lernen. Viele Weiterbildungsträger und Coaches bieten solche Trainings an.

Zum Aufbau von interkulturellen Kompetenzen kann die Belegschaft auch von und durch sich selbst lernen, da in der Regel bereits zahlreiche Mitarbeitende mit Zuwanderungsgeschichte in der Institution beschäftigt sind. Insofern liegen meist bereits ausgeprägte Erfahrungen mit der interkulturellen Zusammenarbeit vor, an die die Beschäftigten anknüpfen können. Daher könnte ein strukturierter Erfahrungsaustausch zwischen den zugewanderten und den angestammten Mitarbeitenden organisiert werden, etwa in Form eines Erfahrungs-Cafés.

Praxistipp: Erfahrungs-Café zum interkulturellen Arbeiten in der Pflege

Ziel: Es geht um den Austausch zu Arbeitserfahrungen, Routinen, Sichtweisen zwischen zugewanderten und langjährig tätigen Kolleginnen und Kollegen. Die Beschäftigten sollen für (inter-)kulturelle Aspekte im Umgang miteinander und in der fachlichen Zusammenarbeit sensibilisiert werden und es sollen Handlungsbedarfe für die weitere Gestaltung integrationsunterstützender Maßnahmen und Prozesse identifiziert werden.

Format und Umsetzung: Das Erfahrungs-Café könnte als eine zweistündige moderierte Gesprächsrunde mit je drei bis vier Pflegekräften ohne Migrationshintergrund und zugewanderten Kolleginnen und Kollegen angelegt werden. Die Gruppe sollte einer Hierarchieebene angehören und zahlenmäßig überschaubar sein, damit eine vertrauensvolle Gesprächsatmosphäre hergestellt werden kann.

Das Café sollte als ein moderiertes Gespräch mit Fragestellungen durchgeführt werden, die von verschiedenen Seiten kommentiert werden können. Dabei sollten von allen Teilnehmenden ihre individuellen Sichtweisen und Erfahrungen formuliert werden können. Ein bewusst „locker“ gehaltener Rahmen zum Beispiel mit einem Angebot von Kaffee und „Stückchen“ unterstützt eine vertrauensvolle Gesprächsatmosphäre. Der Zeitumfang von zwei Stunden bildet einen Kompromiss, um die knappen Zeitressourcen in der Pflege nicht zu überdehnen. Die Moderation könnte durch eine erfahrene Kollegin bzw. einen erfahrenen Kollegen oder, sofern vorhanden, durch die Integrationsbeauftragte bzw. den Integrationsbeauftragten der Einrichtung wahrgenommen werden.

Im Vorfeld der Veranstaltung erhalten die Teilnehmenden zwei bis drei Leitfragen mit der Bitte, sich darüber Gedanken zu machen. Hierfür kann eine schriftliche Info zu der Veranstaltung hilfreich sein.

Mögliche Leitfragen für die Gesprächsführung

Teilnehmende ohne Migrationshintergrund	*Teilnehmende mit Migrationshintergrund*
• Inwiefern erleben Sie Unterschiede im Arbeiten mit angestammten und mit zugewanderten Kolleginnen und Kollegen?	• Erleben Sie die Zusammenarbeit mit den angestammten Kolleginnen und Kollegen in Deutschland anders als Sie das aus Ihrem Heimatland kennen?
• An welchen Punkten ist es schon einmal zu Missverständnissen oder Reibepunkten mit Kolleginnen und Kollegen aus anderen Kulturen gekommen?	• An welchen Punkten ist es schon einmal zu Missverständnissen oder Reibepunkten mit den angestammten Kolleginnen und Kollegen gekommen?
• Hat sich Ihr Team durch die interkulturelle Besetzung verändert? • Was erleben Sie in der Zusammenarbeit mit den zugewanderten Kolleginnen und Kollegen als besonders wertvoll?	• Was erleben Sie in der Zusammenarbeit mit den angestammten Kolleginnen und Kollegen als besonders wertvoll?

Die Erfahrungen und Ergebnisse des Austausches können in das Gesamtteam zurückgespielt werden. Darüber hinaus kann es sinnvoll sein, Erlebnisberichte zu besonders positiven Beispielen der Zusammenarbeit oder gute praktische Lösungen zur Vermeidung von Missverständnissen intern, z. B. über das Intranet, zu veröffentlichen. Dies würde Lerneffekte für die Gesamtorganisation ermöglichen.

6.2 Kulturelle Kontexte von Kommunikations- und Arbeitsweisen

Kulturell geprägte Unterschiedlichkeiten in kollegialen Umgangsweisen, bei den Höflichkeitsregeln und in den Arbeitsroutinen haben in den letzten Jahren eine wachsende Aufmerksamkeit gewonnen (z. B. Hofstede et al. 2012). Denn im Zuge der Globalisierung haben seit den 1990er Jahren immer mehr Menschen beruflich mit Partnerinnen und Partnern, Kolleginnen und Kollegen sowie Kundinnen und Kunden aus allen Weltregionen zu tun. In Deutschland führt die

Zuwanderung in vielen Branchen und Betrieben zu interkulturellen Fragestellungen, besonders im Gesundheitswesen. Daher ist das Verständnis kultureller Unterschiedlichkeiten elementar für eine gelingende Zusammenarbeit und für den Aufbau interkultureller Kompetenzen. Im Folgenden sollen einige dieser Unterschiedlichkeiten, die immer wieder zu „typischen“ Missverständnissen führen, anhand von Zuspitzungen und Beispielen kurz skizziert werden.

Kulturelle Prägung als Teil der Sozialisation

Für das Verständnis kultureller Unterschiede lohnt sich ein kurzer Blick auf die Sozialisation von Menschen. Bereits im frühen Kindesalter erlernen Menschen Werte, Normen, Umgangsformen und Deutungsmuster, die innerhalb der eigenen Familie, des sozialen und gesellschaftlichen Umfelds und des eigenen Kulturkreises vorherrschen. Sie sind Teil des Selbstverständnisses und der kulturellen Identität der jeweiligen Gruppe und geben dem Individuum das Gefühl von Handlungssicherheit und Zugehörigkeit. Auch wenn die individuelle Sozialisation im Zuge der persönlichen Entwicklung und Lebensgeschichte einzigartig und vielschichtig ist, so ist sie doch eingebettet in einen Kulturkreis mit gemeinsamen Normen, Werten und Deutungsmustern. Diese „kulturellen Verhaltensregeln“ werden nicht bewusst erlernt, sondern resultieren vornehmlich aus der Interaktion mit anderen Gruppenmitgliedern und sind Teil der als „normal“ empfundenen Interaktion mit anderen Mitgliedern der kulturellen Gruppe. Treffen nun zwei unterschiedliche Kulturen zum Beispiel im Arbeitsalltag aufeinander, können diese erlernten Regeln voneinander abweichen oder gar konfligieren.

Sprachliche Ausdrucksformen

Die kulturelle Prägung ist für den alltäglichen Sprachgebrauch besonders augenfällig. Im deutschen Kulturkreis werden beispielsweise Aussagen in der Regel klar und deutlich formuliert und es wird nicht gerne „um den heißen Brei“ herumgeredet, sei es im positiven oder im negativen Sinn. Gefällt eine Arbeitsweise nicht, soll ein Angebot bzw. eine Einladung angenommen oder abgelehnt werden oder gibt es ein Problem mit der Schichtplanung im Betrieb, so wird die entsprechende Aussage klar und deutlich formuliert. Das „Senden“ der Nachricht zum Beispiel im Rahmen einer Besprechung erfolgt demnach ohne Information „zwischen den Zeilen“, der Kontext der Nachricht ist somit gering ausgeprägt. Überspitzt formuliert gilt in diesen (konfrontativen) Kulturen, dass das gesprochene

Wort zählt und das ausdrückt, was gemeint ist. Eine stärkere Ausprägung des Kontextbezugs der Sprache ändert die Interaktion und das Sprachverhalten allerdings grundlegend. In Kulturen mit hohem Kontextbezug wird kaum direkt gesagt, was gemeint ist, sondern die eigentliche Aussage versteckt sich gewissermaßen im Nichtgesagten und das eigentlich Gesagte weist weniger stark auf die eigentliche Antwort hin. Häufig ergibt sich erst aus dem weiteren Gesprächsverlauf, welche Aussagetendenz das Gegenüber hat und was die Kernaussage sein wird, wobei Gesprächspausen ebenfalls bedeutungsvoll sein können. Gestik, Mimik und Intonation sind essenzielle Bestandteile der Sprache und geben wichtige Hinweise für die Aussageabsicht. Mit Gestik, wie expressiven Handbewegungen, wird in manchen Kulturen das Gesagte akzentuiert und vielleicht sogar der entscheidende Hinweis gegeben, wohin das Gespräch gehen wird. In Deutschland hingegen ist ein „wildes Gestikulieren“ eher unüblich. In diese interkulturellen Kommunikationsunterschiede fällt auch die Verwendung des Wortes „Nein“. Der geringe Kontextbezug führt in Deutschland und Mitteleuropa zu einer eher direkten Formulierung einer Verneinung. In vielen asiatischen Ländern gilt ein „Nein“ als unhöflich und wird in der Sprache nur selten verwendet. In diesen Ländern gibt es andere Wege auszudrücken, dass man etwas nicht machen kann, und zwar ohne genau das zu sagen. Die Ablehnung oder Absage des Senders versteckt sich für den Empfänger im indirekt Gesagten (Prauss, Roedenbeck Schäfer, 2020).

Mimik und Gestik

Auch die Bedeutung von Mimik und Gestik ist kulturell deutlich unterschiedlich geprägt. Lächeln und Lachen sind im westlichen Kulturkreis und so auch in Deutschland mit Fröhlichkeit und guter Laune konnotiert, während im asiatischen Raum durch Lachen auch Unsicherheit und Scham signalisiert werden kann. Auch Gesten werden kulturell interpretiert. Mit einem „Daumen hoch“ wird in westlichen Kulturen „alles klar“ signalisiert, wohingegen in muslimischen Kulturen damit eine obszöne Geste verknüpft werden kann. Diese kulturell-bedingte Diskrepanz zeigt sich noch stärker z. B. bei dem „O.k.-Zeichen“ mit verbundenem Daumen und Zeigefinger – dies kann in vielen Kulturen aus dem osteuropäischen Raum als eine vulgäre Geste verstanden werden.

Einstellungen zu Hierarchien

Insbesondere im Arbeitsleben spielt die Einstellung zu Hierarchien eine wichtige Rolle. In Kulturen mit einer hohen Machtdistanz sind Hierarchie- und Statusunterschiede gesellschaftlich akzeptiert. Befugnisse, Verantwortlichkeiten und Privilegien ranghöherer Personen werden erwartet und nicht geneidet. Führungskräfte gelten als kompetenter, weshalb sie sich ihren Status verdient haben. Dementsprechend werden auch Einkommensunterschiede toleriert. In diesen Kulturen ist es üblich und akzeptiert, den verdienten Status und das damit verbundene Vermögen mit entsprechenden Statussymbolen nach außen zu repräsentieren.

Im Arbeitskontext akzeptieren und erwarten Kulturen mit hoher Machtdistanz Top-Down Entscheidungen. Die niedrigeren Hierarchieebenen stellen diese Entscheidungen nicht in Frage, sondern setzen diese um. Ein autoritärer Führungsstil gilt als wenig problematisch. Eine hohe Machtdistanz ist in einigen asiatischen Ländern, aber auch im mittel- und südamerikanischen Raum ausgeprägt.

In Mittel- und Nordeuropa sowie Nordamerika und Australien hingegen ist eine geringere Machtdistanz kulturell vorherrschend. In Unternehmen sind Hierarchien flacher gestaltet und Machtpotenziale und Entscheidungsspielräume stärker verteilt. Die einzelnen Ebenen sind von höherer Durchlässigkeit geprägt. Die Zusammenarbeit in Unternehmen hat stärker partizipativen Charakter, Status- und Gehaltsunterschiede sind weniger toleriert. Das bedeutet, dass Entscheidungen von Führungskräften eher kritisiert oder in Frage gestellt werden können, ohne dass dies einen Tabubruch darstellt (Prauss, Roedenbeck Schäfer, 2020).

In der Pflege zum Beispiel können diese Differenzen dann zum Tragen kommen, wenn etwa pflegerische Arbeitsschritte wie die Essensausgabe oder die Körperpflege für Patientinnen und Patienten im Herkunftsland nicht von den Pflegekräften selbst, sondern von ausgewiesenen Hilfskräften durchgeführt werden. Aufgabenverteilung und Aufgabendelegation können in anderen Ländern anders geregelt und mit entsprechenden Statusunterschieden verbunden sein. Die Übernahme von einfachen, als „minderwertig“ angesehenen Arbeiten kann als mangelnde Wertschätzung im Beruf erfahren werden.

Zeitorientierungen

Ein mittlerweile bekanntes Beispiel ist der unterschiedliche Umgang mit Zeit. Während es im deutschen Kulturkreis meist als unhöflich wahrgenommen wird, zu spät zu einer Einladung zu kommen, ist dies im lateinamerikanischen Kulturkreis der umgekehrte Fall. Dort gilt es als „ungeschriebenes Gesetz“, einen Zeitpuffer von gut und gerne 30 Minuten einzubauen. Wer also beispielsweise zu einer Einladung bei einer mexikanischen Familie pünktlich zur genannten Uhrzeit erscheint, macht sich nicht unbedingt beliebt.

Im mittel- und nordeuropäischen Raum sowie in Nordamerika wird Zeit als begrenzte Ressource angesehen und sie spielt eine übergeordnete Rolle bei der Planung und Strukturierung des Lebens. Aufgaben und Tätigkeiten folgen einem klaren Zeitplan, sie werden organisiert nacheinander erledigt und der Fokus liegt auf möglichst effizienter, fristgerechter Umsetzung. Bei Verspätung oder Nichteinhaltung von Fristen oder Verabredungen wird in diesen Kulturkreisen mit Verärgerungen und Verstimmung reagiert. Das Konfliktpotenzial ist in diesem Fall hoch. Diese Kulturen gelten als „monochron“ in ihrer Zeitorientierung. Im Gegensatz sind in Lateinamerika, dem südlichen Europa und Südostasien „polychrone“ Zeitorientierungen stärker ausgeprägt. Zeit hat in diesen Ländern eine geringere handlungsleitende Funktion. Viele Pläne und Aufgaben laufen gleichzeitig ab und Fristigkeiten werden bei Bedarf schneller zurückgestellt. Unterbrechungen und Störungen durch andere sind eher akzeptiert, da Beziehungen in polychronen Kulturen bedeutsamer sind und vorrangig behandelt werden. Dies führt häufig zu einer spontanen Änderung oder zu Verzögerungen der ursprünglichen Pläne, die aber gesellschaftlich weitgehend akzeptiert werden (Hall 1983).

Bekleidungsvorstellungen

Kulturell oder religiös geprägte Bekleidungsvorstellungen sind ein ebenfalls augenfälliges Merkmal von Diversität im Alltag und im Arbeitsleben. So ist für viele Frauen aus muslimischen Kulturkreisen das Bedecken von Kopf, Hals, Schultern und Armen eine Selbstverständlichkeit. Dies trifft im Klinikalltag nicht immer auf Verständnis, gelegentlich auch auf offene Ablehnung bei manchen Patientinnen und Patienten. Hierauf sollten die entsprechenden Mitarbeitenden einerseits vorbereitet werden, andererseits müssen in Konfliktfällen gegebenenfalls auch die einrichtungsinternen Werte von Vielfalt und Toleranz den Patientinnen und

Patienten gegenüber verdeutlicht werden, unter Umständen auch durch eine Leitungskraft auf Station.

Doch auch die individuellen Bekleidungsvorlieben der Mitarbeitenden finden dort ihre Grenzen, wo sie Arbeitsregeln entgegenstehen. So ist zum Beispiel die Bedeckung der Arme bis zum Handgelenk häufig nicht mit den Hygienevorschriften vereinbar. Über die Möglichkeiten und Grenzen der individuellen Kleidungsgewohnheiten sollte frühzeitig und offen mit den entsprechenden Kolleginnen und Kollegen gesprochen werden.

Die Pocket-Guides Interkulturelle Kompetenz für die Westentasche der IHK Mittlerer Niederrhein informieren in knapper Form über (kulturelle) Besonderheiten ausgewählter Länder.

6.3 Vorsicht bei kulturellen Stereotypen

Die voranstehend dargestellten Beispiele für kulturelle Unterschiede in den Kommunikationsweisen und im Alltagsverhalten zeigen, wie wichtig es ist, ein Verständnis dafür zu entwickeln, wie diese Unterschiede und ihre Prägungen in den Arbeitsalltag hineinwirken, zum Beispiel in der Art und Weise, wie z. B. Fehler, Kritik und Konflikte thematisiert werden. Interkulturelle Trainings sollten diese kulturdivergierenden Gepflogenheiten thematisieren. Dennoch geht es beim Aufbau interkultureller Kompetenz nicht darum, durch das Aufzeigen kulturell geprägter Unterschiede die Kluft zwischen dem „Wir“ und „den anderen“ zu vergrößern.

In der Tat ist bei allen Bemühungen um den Aufbau interkultureller Kompetenzen der Tendenz entgegenzutreten, dass soziale Interaktionen, Probleme oder Konflikte im Arbeitsalltag primär kulturalistisch gedeutet werden (Peters et al. 2013). Denn Kulturen sind, wenn auch die obenstehenden Beispiele mit ihren Kontrastierungen zuspitzend formuliert sind, nichts Feststehendes und ständig im Wandel begriffen. Insofern sollte die Sensibilisierung für kulturelle Prägungen und Unterschiede immer offen bleiben und eine zu starke Fokussierung auf die (vermeintliche) Kultur der „anderen“ vermeiden. Denn schnell erfolgen kulturelle Zuschreibungen im beruflichen Kontext auf defizitäre Art und Weise, was bedeutet, dass den zu integrierenden Personen vermeintliche Schwächen bzw.

Anpassungsbedarfe unterstellt werden. Darüber hinaus gerät den kulturellen Zuschreibungen aus dem Blick, dass Patchwork-Identitäten mit multiplen kulturellen Orientierungen zunehmend zum Alltag auch in Deutschland gehören. Jede nach Deutschland zugewanderte Person hat bei der Ankunft bereits eine längere Migrationsgeschichte erlebt und vielfältige kulturelle Erfahrungen gesammelt.

Es geht beim Thema interkulturelle Kompetenz also darum, Toleranz und Akzeptanz gegenüber unterschiedlichen Verhaltensmustern, Einstellungen und Arbeitsweisen und ein kompetentes Agieren im transkulturellen Spannungsfeld zu fördern, ohne in Gefahr zu laufen, alle Fragen und Probleme des Berufsalltags über einen „kulturellen Kamm“ zu scheren.

Literatur

Bundesagentur für Arbeit (2023): Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich. Nürnberg.

Bundesärztekammer (2023): Ärztestatistik zum 31. Dezember 2022. Berlin. https://www.bundesaerztekammer.de/baek/ueber-uns/aerztestatistik/2022 [Aufruf am 25.09.2023]

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung Pflege (2023): Expertenstandards und Auditinstrumente. Online unter: Expertenstandards und Auditinstrumente | Hochschule Osnabrück (dnqp.de) (Zugriff: 27.03.2023).

Ertl-Schmuck, R., Greb, U. (Hrsg.) (2013): Pflegedidaktische Handlungsfelder. Pflegepädagogik. Herausgegeben von Juliane Falk. Weinheim und Basel: © Beltz Juventa.

Ewers, M., Schaeffer, D. (2005): Case Management in Theorie und Praxis. 2., ergänzte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.

Hall, Edward T. (1983): The Dance of Life. The Other Dimension of Time. Garden City, N.Y.

Herrgesell, S., Lüke, M., Duwendag, B., Haehner, K. (2007): 50 (+9) Fallbeispiele für den Pflegeunterricht. Einsetzen – Umsetzen – Reflektieren. 1. Auflage. München: © Elsevier GmbH.

Hofstede, G.; Hofstede, G. J.; Minkov, M. (2012): Lokales Denken, globales Handeln. Interkulturelle Zusammenarbeit und globales Management. München.

Holldorf, L. (2018): Onboarding: mehr als „nur“ einstellen. Pflegezeitschrift Nr. 71, S. 16-18.

IQ Fachstelle Beratung und Qualifizierung (Hrsg.) (2016): Darstellung rechtlicher Regelungen zur Anerkennung im Ausland erworbener Berufsabschlüsse bei Ärztinnen und Ärzten der Humanmedizin. Informationsgrundlage für Beraterinnen und Berater. 2. Auflage. https://www.netzwerk-iq.de/fileadmin/Redaktion/Downloads/FBQ/Materialien/Material/aktualisiert_Infogrundlage_%C3%84rzte.pdf [Aufruf am 13.04.2022]

Lauber, A. (2018): Grundlagen beruflicher Pflege. verstehen & pflegen 1. Professionelle Pflege in allen Altersstufen. 4. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG. S. 248-282.

Lugert-Jose, G. (2022): Zufriedenheit von philippinischen Pflegefachkräften in Deutschland. https://gracelugert.com/wordpress/wp-content/uploads/2022/03/Studie-GLJ_2.0_de.pdf [Aufruf am 13.04.2022]

Mayer, M.; Clemens, M. (2021): Fachkräftemigrationsmonitor. Fachkräfteengpässe von Unternehmen in Deutschland, Trends zum Zuzug ausländischer Fachkräfte und die Situation ausländischer Erwerbstätiger am deutschen Arbeitsmarkt. Gütersloh.

Panfil, E.-M. (Hrsg.) (2013): Wissenschaftliches Arbeiten in der Pflege. Lehr- und Arbeitsbuch für Pflegende. 2., durchgesehene Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.

Peters, T. Grützmann, T.; Bruchhausen, W.; Coors, M.; Jacobs, F.; Kaelin, L.; Knipper, M.; Kressing, F.; Neitzke, G. (2013): Grundsätze zum Umgang mit Interkulturalität in Einrichtungen des Gesundheitswesens. Positionspapier der Arbeitsgruppe Interkulturalität in der medizinischen Praxis in der Akademie für Ethik in der Medizin. Berlin, Heidelberg. https://www.researchgate.net/publication/260855166_Grundsatze_zum_Umgang_mit_Interkulturalitat_in_Einrichtungen_des_Gesundheitswesens_Positionspapier_der_Arbeitsgruppe_Interkulturalitat_in_der_medizinischen_Praxis_in_der_Akademie_fur_Ethik_in_der_Medi [Aufruf am 13.04.2022]

Prauss, O.; Roedenbeck Schäfer, M. (2020): Betriebliche, kulturelle und soziale Integration ausländischer Pflegekräfte. Nicht nur finden, sondern binden – Wie ausländisches und einheimisches Personal nachhaltig zusammenfindet. Regensburg.

Pütz, R.; Kontos, M.; Larsen, C.; Rand, S.; Ruokonen-Engler, M-K. (2019): Betriebliche Integration von Pflegefachkräften aus dem Ausland. Innenansichten zu Herausforderungen globalisierter Arbeitsmärkte. Böckler-Study Nr. 416. Düsseldorf. https://www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_416.pdf [Aufruf am 13.04.2022]

Rand, S.; Larsen, C. (2019): Herausforderungen und Gestaltung betrieblicher Integration von Pflegefachkräften aus dem Ausland. Einblicke aus der Krankenhauspraxis. Working Paper Forschungsförderung Nr. 114. Düsseldorf. https://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_114_2019.pdf [Aufruf am 13.04.2022]

Roser, L., Kehl, L.; Dietrich, A.; Willems, E.; Reyels, W. (2021): Berufliche Anerkennung von Pflegefachkräften mit einer im Ausland erworbenen Berufsqualifikation. Situationsanalyse aus Sicht des Förderprogramms IQ. IQ Fachstelle Beratung und Qualifizierung (Hrsg.). 2., aktualisierte Auflage. Nürnberg. https://www.netzwerk-iq.de/fileadmin/Redaktion/Downloads/Fachstelle_Beratung_und_Qualifizierung/FSBQ_Situationsanalyse_Pflege.pdf [Aufruf am 13.04.2022]

Simon, M. (2013): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 4., überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.

Anhang A: Modultemplates zur Schulung von Pflegekräften

Modul 1: Grundlagen deutsches Recht und deutsches Gesundheitswesen
Dauer 8 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten / eintägig
Angestrebte Lernergebnisse/Kompetenzen - Erwerb von Kenntnissen zu Grundzügen des deutschen Rechtssystems und zur Funktion der Solidargemeinschaft - Kennenlernen der Strukturen und Funktionen des deutschen Pflege- und Gesundheitssystems - Erwerb grundlegenden Systemwissens zum deutschen Pflege- und Gesundheitssystem - Sach- und fachgerechte Einbindung des pflegerischen Handelns in die Funktionsmechanismen des deutschen Pflege- und Gesundheitssystems - Bindung von Mitarbeitenden - Wirtschaftliches Verhalten
Inhalte/Themen - Aufbau und Funktion des Pflege- und Gesundheitssystems - Rechtliche Rahmenbedingungen (Haftungs- und Strafrecht) - Gesetzliche Grundlagen zu Infektionsschutz-, Arzneimittel- und Betäubungsmittelgesetz - Gesetzliche Grundlagen zu Betreuungsrecht, Patientenrecht, Schweigepflicht - Berufsrelevante Grundlagen zu Arbeits- und Tarifrecht - Grundlagen des Krankenpflegegesetzes (KrPflG) und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) sowie das Pflegeberufegesetz (PflBG) und die Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV) - Struktur der pflegerischen Selbstverwaltung (Pflegeverbände, Pflegekammern) - Überblick über Träger und Kernleistungen der Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung - Trägerspezifische Strukturen (Prävention, Betriebliches Gesundheitsmanagement, Rehabilitation, Wiedereingliederungsmanagement) - Privat vs. gesetzliche Krankenversicherung/Finanzierung und Leistungsangebot/Regel- und Mehrleistungen/gesetzliche Unfallversicherung - Einbindung der pflegerisch-medizinischen Versorgungsstrukturen (Subsidiaritätsprinzip) - Pflegeversicherung: Pflegegrade, Betreuungskosten, Begutachtung MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkassen) - Gesetzliche Regelungen zur Prävention - Arbeitsschutz/Betriebsmedizin/Arbeitssicherheit/medizinische Versorgung im Rahmen der Berufsgenossenschaft (BG)/Berufshaftpflicht - Ambulante und stationäre Versorgung: Abgrenzung und Verknüpfung (z. B. Medizinische Versorgungszentren), Unternehmenskultur, Organisationsleitbild, Organigramm, Klinikmarketing (z.B. Social-Media-Präsenz) - Aufgaben und Angebote des Case- und Entlassungsmanagements; Kontinuität an Schnittstellen gewährleisten

Lehr-/Lernmethoden - Vortrag - Seminarform - Lerninseln - Kleingruppenarbeit - Praxisorientierte Fallbeispiele
Verwendetes Lehr-/Lernmaterial - Power-Point-Präsentation - Handout - Fachliteratur
Teilnahmevoraussetzungen - Für Internationale Pflegefachpersonen in der Phase der Einarbeitung / vor, während oder nach Abschluss des Berufsanerkennungsverfahrens - Entsendung bzw. Beauftragung durch den Arbeitgeber
Modulverwendung - Kennenlernen und Vertiefen eines den internationalen Pflegefachpersonen größtenteils fremden Rechts-/Pflege- und Gesundheitssystems - Bildet die Grundlage, um darauf aufbauend alle weiteren Module zu bearbeiten

Modul 2: Pflegerische und ärztliche Dokumentation, Datenschutz, Kodierung und Abrechnungssysteme
Dauer 8 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten / eintägig
Angestrebte Lernergebnisse/Kompetenzen - Formularbeispiele und ihre Anwendung in der Patientenversorgung und -zuordnung/Patientenbeispiele - Erwerb grundlegenden Systemwissens - Prozessregeln und -abläufe sowie systematisches Vorgehen erlernen - Verständnis für die Verknüpfung der verschiedenen Dokumentationsbereiche erzielen - Budgetwirksamkeit der Dokumentation erkennen (z. B. Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS)) - Rechtliche Regelungen erkennen und anwenden - Risikopotential für die Einrichtung und sich selbst reduzieren - Patientensicherheit und Behandlungsqualität erhöhen - Arbeitseffizienz steigern und Informationsverluste vermeiden - Mechanismen der Dokumentationsvorgänge als angewandtes Qualitätsmanagement erkennen und umsetzen - Größere Verhaltenssicherheit für alle Berufsgruppen - Steigerung der Arbeitszufriedenheit
Inhalte/Themen - Methoden der Datenerhebung, Beobachtung, Gespräche, Datenquellen, Datenarten, Reliabilität und Validität von Daten - Systematik der Dokumentation und Sensibilisierung für die Prozessketten mit ihrem multifunktionalen Nutzen - Rechtsgrundlagen: Qualitätsmanagement, Haftungsrecht, Vorgaben der Kostenträger, wissenschaftliche Auswertungen, Abrechnungsregeln - systematische Dokumentation aus pflegerisch-medizinischer Sicht - Qualitätssicherung für die Behandlungsqualität von Pflege/Medizin - Zusammenspiel pflegerischer und ärztlicher Dokumentation - Datenschutz und (elektronische) Krankenakte/Auskunftsrechte – Auskunftspflichten - Formulare und Hilfsmittel (z. B. Klassifikationssysteme) - Dokumentation und Abrechnungssystem in der Klinik - Verschlüsselungssysteme: ICD-10 und OPS (Operationen- und Prozedurenschlüssel) - Sinn und Grenzen von Kürzel Systemen/abteilungsspezifischer Sprachgebrauch vs. übliche und verbreitete Abkürzungen (z. B. EKG, HB, diverse Laborwerte) - Reflektierte Verwendung von (fachbereichsspezifischen) Scores, Indizes und Klassifikationen - Erfassung von Laborergebnissen, Bildgebenden Verfahren, sonstige Untersuchungsergebnisse, wie Endoskopien, EKG etc. - Arzt- und OP-Berichte - Bedeutung der nutzerorientierten Dokumentation (und darauf basierender Kommunikation) - Differenzierung von ärztlichen- und pflegerischen Aufgaben

- Ärztliche Patientenaufklärung und pflegerische Patienteninformation (Beratung, Anleitung, Schulung)
- Ärztliche Aufgabe: Konsile, Überweisungen, D-Bericht, Zwischenbericht, Nachschaubericht, ärztliche Gutachten
- Pflegerische Aufgabe: Pflegeanamnese, Pflegeprozessplanung, Führen der Patientenakte, Pflegeüberleitungsbericht, Entlassungsmanagement etc.
- Patienteninformation (z. B. Einsichtsrecht in Patientenakte)
- Einrichtungsbezogen Sicherheit in der Dokumentation erzielen

Lehr-/Lernmethoden

- Seminarform
- Demonstration einrichtungsspezifischer Software und Dokumentationsunterlagen
- Dokumentationsbeispiele (z. B. Patientenakte, Arztbericht, Pflegeüberleitung, Pflegeprozessplanung)
- Erstellen eines gebräuchlichen Abkürzungsverzeichnisses
- Lerninseln zum systematischen Einüben erhobener Parameter für unterschiedliche Dokumentationen
- ICD-10 und OPS (Operationen- und Prozedurenschlüssel) recherchieren
- Ermittlung des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS) in Kleingruppenarbeit
- Rollenspiel im Umgang mit relevanten Ergebnisparametern im Rahmen der Dokumentation (z. B. Vitalzeichenkontrolle, BZ-Kontrolle, Laborergebnisse) und deren Informationspflicht trainieren
- exemplarische Fallbeispiele

Verwendetes Lehr-/Lernmaterial

- Praxisbeispiele an Dokumentation (elektronisch/Paper-Pencil)
- Power-Point-Präsentation
- Handout
- Simulativ den Informationsstand einer Patientin oder eines Patienten in Tandemarbeit erheben/Präsentation im Plenum (Pflegeanamnese)
- Kleingruppenarbeit Pflegeprozessplanung erstellen

Teilnahmevoraussetzungen

- Für Internationale Pflegefachpersonen in der Phase der Einarbeitung / vor, während oder nach Abschluss des Berufsanerkennungsverfahrens
- Generell für alle neu angestellten Mitarbeitenden geeignet
- Entsendung bzw. Beauftragung durch den Arbeitgeber

Modulverwendung

- Bedeutung der korrekten und umfassenden Dokumentation für die Behandlungsqualität, das Budget und die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen und Abteilungen sowie gegenüber den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten (Prozess- und Behandlungsqualität) hervorheben
- Dokumentation als Informationsquelle und Arbeitshilfe
- Zur Qualitätssicherung in der Versorgung von Patientinnen und Patienten sowie der Vermeidung eines Versorgungsbruches von der stationären hin zur ambulanten Versorgung
- Zur Steigerung der Mitarbeitenden Zufriedenheit in der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen

Modul 3: Qualitätsmanagement und Hygiene
Dauer 8 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten / eintägig
Angestrebte Lernergebnisse/Kompetenzen - Lernen den Funktionszusammenhang, die Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten innerhalb des Qualitätsmanagements in der Einrichtung kennen - Erhalten Kenntnisse über rechtliche Vorgaben und deren Tragweite in Bezug auf Haftungsrecht, Patientenzufriedenheit und -Sicherheit sowie hinsichtlich des Erfordernisses wirtschaftlichen Arbeitens im Kontext belastbarer Budgets und Kostenfaktoren - Risikopotenzial identifizieren und reduzieren (z. B. persönliche Hygiene, Hände- und Flächendesinfektion) - Orientierung an den Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) und der Umsetzung von Qualitätsvorgaben in der individuellen Behandlung von Patientinnen und Patienten sowie Beachtung der vorgegebenen Kriterien bei den Prozessabläufen - Steigerung der Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten, in der pflegerisch-medizinischen Versorgung - setzen sich für die Umsetzung evidenzbasierter und/oder interprofessioneller Leitlinien und Standards ein und leisten so einen Beitrag zur Weiterentwicklung einrichtungsspezifischer Konzepte - beachten umfassend die Anforderungen der Hygiene, (mit-)verantworten die Umsetzung von Hygieneplänen in den übernommenen Aufgabenbereichen unter Anleitung und sichern damit auch die Einhaltung bei delegierten Aufgaben ab - beachten umfassend die Anforderungen der Hygiene und wirken verantwortlich an der Infektionsprävention in den unterschiedlichen pflegerisch-medizinischen Versorgungsbereichen mit
Inhalte/Themen - Rechtsgrundlagen (z. B. SGB V, Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege -DNQP, QM-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA), Leitlinien des Bundesministeriums für Gesundheit, Leitlinien des Robert-Koch-Instituts) - Qualitätsbegriff im Gesundheitswesen: Versorgungsqualität/Betreuungsqualität/Pflegequalität/Behandlungsqualität - Systematisierung: von der Qualitätskontrolle zum Qualitätsmanagement - Entwicklung QM, QM-Systeme und Modelle, PDCA-Zyklus (Plan-Do-Check-Act) - Audits und Zertifizierungsverfahren - Schwerpunkt KTQ (Kooperation, Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) - Klinisches Risikomanagement: Methoden und Instrumente - Frühzeitiges Erkennen und systematisches Analysieren von Risiken - Relevanz für das Berufsfeld Pflege in Forschung und Patientenversorgung/Fehlerkultur/Verbesserung von Schnittstellen und Prozessabläufen - Kennenlernen und Bedeutung CIRS-Critical Incident Reporting System - Kennenlernen klinischer Pfade von Patientinnen und Patienten

- Gesamtheit aller präventiven Maßnahmen zur Verhütung und Kontrolle vermeidbarer Infektionen während der klinischen Abläufe - Umsetzungsmaßnahmen innerhalb der Organisation wie etwa Hygienekommission, Qualifikation des Personals, Monitoring, regelmäßige Audits, mikrobiologische Diagnostik - Ausblick auf fachspezifische Anwendungsbereiche von Hygieneregeln (z. B. Fachabteilungen, im Bereich Anästhesie, OP, Intensivmedizin)
Lehr-/Lernmethoden - Seminarform - Lerninseln - Praxisbeispiele - Rollenspiele - Problemorientierte Fallbeispiele - Reflexion persönlicher Ausbildungs- und Berufserfahrungen - Rechercheaufgabe, wer am Arbeitsort die Bereiche Hygiene und Qualitätsmanagement verantwortet und was die Aufgaben sind - Darüberhinausgehende Möglichkeiten: Exkursion in Klinik und Kontaktaufnahme zu Hygienebeauftragtem oder Hygienebeauftragter; Kennenlernen des einrichtungsspezifischen Hygienekonzeptes - Exkursion in Klinik und Kontaktaufnahme zu Qualitätsmanagement
Verwendetes Lehr-/Lernmaterial - Seminarform - Fachliteratur - Power-Point-Präsentation - Handout
Teilnahmevoraussetzungen - Für Internationale Pflegefachpersonen in der Phase der Einarbeitung / vor, während oder nach Abschluss des Berufsanerkennungsverfahrens - Generell für alle neu angestellten Mitarbeitenden geeignet - Entsendung bzw. Beauftragung durch den Arbeitgeber
Modulverwendung - Die Lerneinheit soll die Einbindung des pflegerischen Handelns in einrichtungsbezogene Hygienekonzepte und das Qualitätsmanagement verdeutlichen und konkrete Umsetzungsmöglichkeiten vermitteln - Zur Verbesserung und Qualitätssicherung in der Versorgung von Patientinnen und Patienten

Modul 4: Grundlagen und Modelle einer gelingenden Kommunikation
Dauer 8 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten / eintägig
Angestrebte Lernergebnisse/Kompetenzen - Kommunikation im täglichen Pflegehandeln und als Regelkreis - Verbesserung der Kommunikation mit Patientinnen und Patienten, Angehörigen, Kolleginnen und Kollegen sowie Angehörigen anderer Berufsgruppen - Kennenlernen verschiedener Kommunikationsmodelle (z. B. Schulz von Thun, Wazlawik, Eisbergmodell) - Sensibilisierung im Sprachgebrauch, um damit zusammenhängende Missverständnisse und Kommunikationsbarrieren zu reduzieren - Sensibilisierung für Kommunikationsstörungen (z. B. aufgrund Hörverlust) - im interkulturellen Kontext typ- und situationsgerecht kommunizieren - größere Verhaltenssicherheit im Rahmen von Kommunikation erreichen (z. B. gegenüber Ärztinnen und Ärzten, am Telefon, per E-Mail) - Steigerung der Arbeitszufriedenheit - Vertiefung der Bedeutung und Funktion von Informationsweitergaben - Sprache als Instrument der mündlichen und schriftlichen Informationsweitergabe
Inhalte/Themen - Formen der Kommunikation (verbal, nonverbal) - Kongruenz und Inkongruenz der Nachricht - Kommunikation als Beziehungsgrundlage im Berufsalltag, zu Vorgesetzten, Kolleginnen und Kollegen, Angehörigen sowie Patientinnen und Patienten - Bedeutung für die Behandlungsqualität, für das Arbeitsklima, für die Arbeitszufriedenheit, für das Ansehen der Klinik - Grundlagen für eine gelingende Kommunikation: wertschätzend, klar, wohlwollend, menschenliebend, verstehend, wahrhaftig, fundiert und konstruktiv - Kommunikation als Austausch und Verarbeitung von Informationen - Sensibilisierung für Wahrnehmungsmuster und -mechanismen - Rollenklarheit und Rollenklärung - Kommunikationsmodelle: Sender-Empfänger-Modell, Eisberg-Modell: Sachebene – Beziehungsebene - Reflektieren/Feedback geben und nehmen - Typen spezieller Gesprächssituationen: Vorüberlegungen, Informations-, Anleitungs- und Beratungsgespräche, Kollegiale Beratung, Konfliktgespräche, Partnerzentrierte Gespräche, aktives Zuhören, Themenzentrierte Interaktion (TZI), Supervision, Balint-Gruppe, Feedback
Lehr-/Lernmethoden - Seminarform - Vorstellen verschiedener Kommunikationsmodelle in Kleingruppenarbeit - Praxisbeispiele aus dem Berufsalltag - Rollenspiele
Verwendetes Lehr-/Lernmaterial - Fachliteratur - Power-Point-Präsentation - Fallbeispiele

- Handout
Teilnahmevoraussetzungen - Für Internationale Pflegefachpersonen in der Phase der Einarbeitung / vor, während oder nach Abschluss des Berufsanerkennungsverfahrens - Generell für alle neu angestellten Mitarbeitenden geeignet - Entsendung durch den Arbeitgeber
Modulverwendung - Kommunikation stellt im pflegerischen Handeln eine Schlüsselkompetenz dar, die für eine erfolgreiche Integration in den Berufsalltag von enormer Bedeutung ist - eine auch im Notfall oder Krisensituation auf Zuruf funktionierende adäquate Kommunikation ermöglicht die pflegerisch-medizinische Behandlungsqualität und einen reibungslosen Interaktionsprozess im Pflegeteam, mit anderen Berufsgruppen der Einrichtung, mit Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen

Modul 5: Beschwerdemanagement

Dauer

8 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten / eintägig

Angestrebte Lernergebnisse/Kompetenzen

- Kenntnis der gesetzlichen Vorgaben für den Umgang mit Beschwerden
- Systematische Verbesserung in der Versorgung von Patientinnen und Patienten
- Fehlervermeidungskultur als Teil eines angewandten Qualitätsmanagements
- Beachtung des Fehlermeldesystems
- Verbesserungspotentiale ausschöpfen und Zahl der Beschwerdeanlässe senken
- Verbesserung der Arbeitsatmosphäre in der Einrichtung/verringertes Konfliktpotential
- Akzeptanz für eine Fehlervermeidungskultur als Teil eines angewandten Qualitätsmanagements
- Bereitschaft, eigenes Verhalten im Konfliktfall zu reflektieren
- kulturell bedingte Verhaltensmuster der Beteiligten erkennen, damit respektvoll und lösungsorientiert umgehen
- Bindung der Mitarbeitenden/Eingliederungshilfe
- Größere Verhaltenssicherheit der Pflegefachpersonen
- Steigerung der Arbeitszufriedenheit
- Kennenlernen der einrichtungsbezogenen Prozesspfade des Beschwerdemanagements und der dazugehörigen Dokumentation

Inhalte/Themen

- Umgang mit Beschwerden auf gesetzlicher Grundlage und als persönliche Kompetenz im Umgang mit Patientinnen und Patienten, Angehörigen, Kolleginnen und Kollegen und anderen Berufsgruppen in der Einrichtung

Systematischer Prozessverlauf des Beschwerdemanagements in der Einrichtung:

- Patientenrechtegesetz und Beschwerdemanagement
- Prozessgestaltung zum Umgang mit verschiedenen Beschwerdeformen
- Fehlervermeidungskultur als Teil eines angewandten Qualitätsmanagements
- Fehlermeldesystem (auch überregional für Risikomanagement und Verbesserung der Leitlinien/Rolle des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) – siehe Verknüpfung zu Modul 2) Dokumentation und 3) Qualitätsmanagement)
- Umgang mit Beschwerden (auch) als Imagefaktor/Marketing der Einrichtung
- Kostenkontrolle

Verhaltenshilfen zum individuellen Umgang mit Kritik und Beschwerden:

- Kriterien für Patientenzufriedenheit
- Beschwerden und Kommunikationsmodelle
- Typologie der Beschwerdeführenden
- Emotionale und rationale Gründe für Beschwerden und Kritik
- Beschwerdeformen: persönlich/mündlich, schriftlich, telefonisch
- auf die Beschwerdeformen abgestimmte Reaktionsformen und Lösungsansätze

- Kriterien für eine zeitnahe und adäquate Reaktion - Kulturelle Diversität in der Wahrnehmung von Kritik und Beschwerden - Analyse typischer Konsequenzen von Sprachproblemen und von kulturell bedingten Verhaltensmustern - Umsetzung einer glaubhaften qualitätssichernden Patientenorientierung - Kommunikationsmuster zur sprachlichen Deeskalation - Kritik und Selbstwertgefühl/Strategien zur inneren Abgrenzung - Kritik als Kommunikationschance: Inhalts- und Beziehungsaspekt - Beispiele für negative Reaktionsformen - Grundlegende Verhaltensregeln - Körpersprache (Gestik und Mimik)
Lehr-/Lernmethoden - Seminarform - Praxisbeispiele - Rollenspiele - Gruppenarbeit - Lerninseln
Verwendetes Lehr-/Lernmaterial - Fachliteratur - Power-Point-Präsentation - Fallbeispiele - Handout - Video - Recherche einrichtungsbezogener Prozesspfad Beschwerdemanagement
Teilnahmevoraussetzungen - Für Internationale Pflegefachpersonen in der Phase der Einarbeitung / vor, während oder nach Abschluss des Berufsanerkennungsverfahrens - Generell für alle neu angestellten Mitarbeitenden geeignet - Entsendung durch den Arbeitgeber
Modulverwendung - Das Modul thematisiert den Umgang mit Beschwerden und lehnt sich an die Module 2) Pflegerische & ärztliche Kommunikation, 3) Qualitätsmanagement sowie 8) Konfliktmanagement & Deeskalationstraining an. - Dient dem Kennenlernen des einrichtungsbezogenen Prozessverlaufs und der Zuständigkeiten innerhalb des Beschwerdemanagements

Modul 6: Zeitmanagement und Teamarbeit

Dauer

8 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten / eintägig

Angestrebte Lernergebnisse/Kompetenzen

- Verbesserung der individuellen Arbeitsorganisation und -effizienz
- Effizienzsteigerung in der Zusammenarbeit innerhalb des Pflegeteams und mit Beschäftigten anderer Berufsgruppen
- Steigerung der Arbeitsmotivation und Arbeitszufriedenheit
- Kennenlernen von Prinzipien der Arbeitsorganisation und verschiedener Pflegesysteme

Inhalte/Themen

- Einführung in die Grundbegriffe der Arbeitsorganisation
- Zielfindung/Zielstrategie/Zielformulierung/Umsetzung in Zeitschritten
- Verschiedene Methoden: ALPEN-Methode, Zeitplanbuch, Pareto-Prinzip, ABC-Analyse, Delegation
- Definition des eigenen Zeit- und Stress-Typs
- Zielfindung und persönliche Ressourcen
- Varianten zur Optimierung des Zeitmanagements und Finden von passenden Tools und Methoden zum Selbstmanagement zur Erreichung gesteckter Ziele
- Arbeitsorganisation und Kennenlernen verschiedener Pflegesysteme (Vor- und Nachteile)
- Primary Nursing: Patientenorientierte Versorgung und mögliche Auswirkungen
- Arbeitsteilung im Pflegeteam/Überschneidungen/Koordinationsprobleme
- Zusammenarbeit mit leitenden und weisungsbefugten Pflegefachpersonen
- Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten

Zusammenarbeit mit dem Pflegeteam:

- Kollegiales Verhalten bei gleichzeitiger professioneller Distanz
- Wertschätzender Umgang und Respekt im Miteinander
- Potenziale der Teammitglieder nutzen
- Ergebnisorientierte Aufgabenstellung und Delegation je nach Qualifikation

Erkennen sogenannter Zeitdiebe und Lösungsideen:

- Reflexion verschiedener Pflegesysteme
- effektive und effiziente Übergaben/Meetings/Besprechungen
- effiziente Bearbeitung von Telefonaten, Post und E-Mail
- Effiziente Informationsbeschaffung und Informationsweitergabe

Lehr-/Lernmethoden

- Seminarform
- Praxisbeispiele
- Erstellen eines strukturierten Zeitplans
- Identifizierung von zeitbeanspruchenden Handlungen in der Praxis
- Rollenspiele
- Exkursion in verschiedene Pflegesystembereiche (z. B. Funktions-, Einzel-, Bereichs- oder Patientenorientierte Pflege)

Verwendetes Lehr-/Lernmaterial - Fachliteratur - Power-Point-Präsentation - Fallbeispiele - Handout
Teilnahmevoraussetzungen - Für Internationale Pflegefachpersonen in der Phase der Einarbeitung / vor, während oder nach Abschluss des Berufsanerkennungsverfahrens - Generell für alle neu angestellten Mitarbeitenden geeignet - Entsendung durch den Arbeitgeber
Modulverwendung - Das Modul soll dafür sensibilisieren und darüber aufklären, wie unter Pflegepersonalmangel, die Arbeitsorganisation dennoch effizient und effektiv im Rahmen zeitlicher Ressourcen bewältigt werden kann. - In Anlehnung an das Kennenlernen verschiedener Pflegesysteme und deren Verantwortungsbereiche wird über das Primary Nursing die Orientierung an einem partizipativen (mitwirkenden) Menschenbild thematisiert, welches die Pflegeempfängerin bzw. den Pflegeempfänger als selbstbestimmten und selbstverantwortlich handelnden Menschen, unter Berücksichtigung von dessen Ressourcen in den Pflegeprozess einbezieht.

Modul 7: Ethik und Pflege
Dauer 8 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten / eintägig
Angestrebte Lernergebnisse/Kompetenzen - Lernen zentrale Begriffe der Ethik kennen - Reflektieren Werte, Normen, Gewissen unter Verantwortung und einem verantwortlichen Handeln in der Pflege - Lernen Berufskodizes und ethische Prinzipien für die Pflegepraxis kennen - lernen ethische Entscheidungsfindungen zu treffen - lernen Methoden ethischer Entscheidungsfindungen kennen - reflektieren persönliche ethische Entscheidungen im interkulturellen Kontext
Inhalte/Themen - Zentrale Begriffe der Ethik (z. B. Werte, Unterscheidung allgemeine und konkrete Normen, Gewissen, Moral, Moralprinzip) - Formen der Ethik - Pflegeethik im Kontext von Interkulturalität - Berufskodizes - Verantwortung und verantwortliches Handeln in der Pflege - Wertekonflikte und Wertehaltung - Ethische Prinzipien für die Pflegepraxis - Stufenpläne ethischer Entscheidungsfindungen - Modell für die ethische Reflexion - Ethische Fallbesprechung (z. B. Nimwegener Methode)
Lehr-/Lernmethoden - Seminarform - Reflexion des persönlichen Wertesystems - Erarbeitung eines Stufenplans bei der Suche nach einer verantwortlichen Problemlösung für eine ethische Entscheidungsfindung - Ethische Fallbesprechungen, auch im interkulturellen Kontext - Rollenspiele
Verwendetes Lehr-/Lernmaterial - Fachliteratur - Power-Point-Präsentation - Problemorientierte Fallbeispiele - Handout
Teilnahmevoraussetzungen - Für Internationale Pflegefachpersonen in der Phase der Einarbeitung / vor, während oder nach Abschluss des Berufsanerkennungsverfahrens - Generell für alle neu angestellten Mitarbeitenden geeignet - Entsendung durch den Arbeitgeber
Modulverwendung - Das Modul soll internationale Pflegefachpersonen und etablierte Beschäftigte für ethische Entscheidungsfindungen im interkulturellen Kontext sensibilisieren. In Anlehnung an Berufskodizes sollen Verantwortung und verantwortliches Handeln in der Pflege unter ethischen Gesichtspunkten reflektiert werden sowie die eigenen zugrundeliegenden Wertesysteme identifiziert werden.

Modul 8: Konfliktmanagement und Deeskalationstraining
Dauer 8 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten / eintägig
Angestrebte Lernergebnisse/Kompetenzen - Angespannte Situationen erkennen - Aktive Deeskalations-Strategien erlernen - Situativ orientierte Umsetzung - Größere Verhaltenssicherheit der Pflegefachpersonen - Steigerung der Arbeitszufriedenheit

Inhalte/Themen
- Strategien und Methoden des Konfliktmanagements
- Deeskalation im Krankenhaus: von verbaler Aggression bis zu tätlichen Übergriffen
- Häufigste Formen in den Bereichen Anmeldung, Patientenverwaltung, Sekretariaten, Telefonzentrale, Funktionseinheiten, bettenführende Stationen
- Emotionales Spannungspotential bei den Mitarbeitenden unter Zeitdruck und der ständigen Konfrontation mit Krisen, Notfällen, Leid, Tod, Verantwortung und bürokratischen Anforderungen
- Neurologisches und sozialpsychologisches Basiswissen über Aggression und typische Reaktionen unter Stress:
  - Krisensituationen von Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen gegenüber Ängsten, Schmerzen, Hilflosigkeit und Fremdbestimmtheit
  - Aggressive Gegenimpulse, wenn pflegerisches und ärztliches Handeln als übergriffige Gewalt erlebt werden (insbesondere bei Demenzerkrankungen und Auswirkungen von Alkohol und Drogen)
- Reflexion des eigenen Verhaltens im direkten Kontakt zu Patientinnen und Patienten
- Reflexion von kultureller Diversität und deren Auswirkungen im Krankenhausalltag
- Kommunikationsformel und Regeln der Kommunikation
- Vorboten eskalierender Gespräche
- Präventive Herangehensweise zur Vermeidung von Eskalation
- Mentale Techniken zur emotionalen Selbstkontrolle und Stärkung der Selbstsicherheit in Konfliktsituationen
- Fragetechniken
- Fallbeispiele und Simulationen

Lehr-/Lernmethoden - Seminarform - fallorientierte Übungen und Diskussion - Simulatives Praxistraining anhand der Praxisbeispiele der Teilnehmenden - Rollenspiele
Verwendetes Lehr-/Lernmaterial - Fachliteratur - Power-Point-Präsentation - Fallbeispiele - Handout

Teilnahmevoraussetzungen - Für Internationale Pflegefachpersonen in der Phase der Einarbeitung / vor, während oder nach Abschluss des Berufsanerkennungsverfahrens - Generell für alle neu angestellten Mitarbeitenden geeignet - Entsendung durch den Arbeitgeber
Modulverwendung - Dieses Modul schließt inhaltlich an die Module 4) Grundlagen & Modelle einer gelingenden Kommunikation und 5) Beschwerdemanagement an. - Das Modul dient dem Erkennen von physischen und psychischen Gewaltspiralen sowie dem Erlernen von Vermeidungsstrategien im Umgang mit Konflikten.

Anhang B: Modultemplates zur Schulung von Ärztinnen und Ärzten

Modul 1: Grundlagen des deutschen Gesundheitswesens

Dauer
8 Unterrichtseinheiten à 45 Min. / eintägig

Angestrebte Lernergebnisse/Kompetenzen
- Erwerb grundlegenden Systemwissens
- Sachgerechte Einbettung des ärztlichen Handelns in die Funktionsmechanismen des deutschen Gesundheitswesens
- Vermeidung budgetschädlichen Verhaltens
- Konfliktpotential reduzieren
- Arbeitseffizienz steigern
- Bindung von Mitarbeitenden/Eingliederungshilfe
- Größere Verhaltenssicherheit der Ärztinnen und Ärzte
- Steigerung der Arbeitszufriedenheit

Inhalte/Themen
- Aufbau des Gesundheitssystems
- Rechtsgrundlagen
- Überblick über Träger und Kernleistungen der Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung
- Wirkungszusammenhänge
- Prävention, betriebliches Gesundheitsmanagement, Rehabilitation
- private vs. gesetzliche Krankenversicherung/Finanzierung u. Leistungsangebot/Regel- und Mehrleistungen/Wechselwirkung mit der gesetzlichen Unfallversicherung
- Einbettung der medizinischen Versorgungsstrukturen (Subsidiaritätsprinzip)
- Struktur der ärztlichen Selbstverwaltung
- Pflegeversicherung: Pflegegrade, Betreuungskosten
- Gesetzliche Regelungen zur Prävention
- Ärztin/Arzt und Wiedereingliederungsmanagement/BGM
- Arbeitsschutz/Betriebsmedizin/Arbeitssicherheit/medizinische Versorgung im System der BG
- Stationäre Versorgung vs. niedergelassener Bereich: Abgrenzung und Verknüpfung, Klinikmarketing, Patientenmanagement
- Einweisung, Patienten- und Entlassungsmanagement (Rollenverteilung, Elemente, Procedere)
- Patientenbeispiele
- Kosten- und Zuständigkeitsverteilung
- Berufsgenossenschaften, Haftpflichtfälle
- Einordnung qua Anamnese/systematische Anwendung des Formularwesens/Verknüpfung mit der Finanzierung der medizinischen Versorgung
- Formularbeispiele und ihre Anwendung in der Patientenversorgung und -zuordnung/Patientenbeispiele

- Verzahnung ambulant-stationär/neue Organisationsformen im Zusammenschluss von Leistungsanbietenden, z. B. Medizinische Versorgungszentren (MVZ)/integrierte Versorgung/Rolle der Krankenhäuser in der ambulanten Versorgung

Lehr-/Lernmethoden
Vortrag, Umsetzung in Praxisbeispielen

Verwendetes Lehr-/Lernmaterial
PowerPoint-Präsentation, Handout

Teilnahmevoraussetzungen
- Ausländische Ärztinnen und Ärzte in relativ
- jungem Beschäftigungsverhältnis in der Klinik (in eingeschränkter Berufserlaubnis oder mit frisch erworbener Approbation/Arbeitsvertrag oder längerfristige Hospitation)
- Entsendung durch den Arbeitgeber

Modulverwendung
Die Inhalte von Modul 1 vermitteln unabdingbare Grundlagen für die in Modul 2 bis 8 vermittelten Kompetenzen.

Modul 2: Ärztliche und Pflegerische Dokumentation

Dauer

8 Unterrichtseinheiten à 45 Min. / eintägig

Angestrebte Lernergebnisse/Kompetenzen

- Erwerb grundlegenden Systemwissens
- Prozessregeln und -abläufe sowie systematisches Vorgehen erlernen
- Verständnis für die Verknüpfung der verschiedenen Dokumentationsbereiche
- Budgetwirksamkeit der Dokumentation erkennen
- Rechtliche Regelungen erkennen und anwenden
- Risikopotential für die Einrichtung und sich selbst reduzieren
- insbesondere aber: Patientensicherheit und Behandlungsqualität erhöhen
- Arbeitseffizienz steigern
- Mechanismen der Dokumentationsvorgänge als angewandtes Qualitätsmanagement erkennen und umsetzen
- Bindung der Mitarbeitenden/Eingliederungshilfe
- Größere Verhaltenssicherheit der Ärztinnen und Ärzte
- Steigerung der Arbeitszufriedenheit

Inhalte (Themen)

- Systematik der Dokumentation im Krankenhaus und Sensibilisierung für die Prozessketten mit ihrem multifunktionalen Nutzen
- Rechtsgrundlagen: Qualitätsmanagement, Haftungsrecht, Vorgaben der Kostenträger, wissenschaftliche Auswertungen, Abrechnungsregeln
- systematische Dokumentation aus medizinischer Sicht
- Qualitätssicherung für die Behandlungsqualität
- Zusammenspiel pflegerischer und ärztlicher Dokumentation
- Datenschutz und (elektronische) Krankenakte/Auskunftsrechte – Auskunftspflichten
- Formulare und Hilfsmittel (z. B. Klassifikationssysteme, Grouper)
- Dokumentation und Abrechnungssystem in der Klinik
- Verschlüsselungssysteme: ICD-10, OPS (Operationen und Prozedurenschlüssel)
- Sinn und Grenzen von Kürzel Systemen/abteilungsspezifischer Sprachgebrauch vs. übliche und verbreitete Abkürzungen (z. B. EKG, HB, diverse Laborwerte)
- Reflektierte Verwendung von (fachbereichsspezifischen) Scores, Indizes und Klassifikationen
- Erfassung von Laborergebnissen, Bildgebenden Verfahren, sonstige Untersuchungsergebnisse, wie Endoskopien, EKG etc.
- OP-Berichte
- Kommunikationsstile und deren Einordnung
- Bedeutung der nutzerorientierten Dokumentation (und darauf basierender Kommunikation)
- Spezialfall: Konsile, Überweisungen
- Spezialfall: D-Bericht, Zwischenbericht, Nachschaubericht

- Spezialfall: ärztliche Gutachten/hier auch Verknüpfung mit haftungsrechtlichen und sozialversicherungsrechtlichen Kategorien sowie Besonderheiten des berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens
- Spezialfall: Patienteninformation (Stichwort: Einsichtsrecht in die Patientenakte)
- Spezialfall: Arztbrief (basierend auf Dokumentation/Patientenakte)

Lehr-/Lernmethoden

Vortrag, Umsetzung in Praxisbeispielen, Kalkulationsmuster

Verwendetes Lehr-/Lernmaterial

PowerPoint-Präsentation, Formularsätze, Handout

Teilnahmevoraussetzungen

- Ausländische Ärztinnen und Ärzte in relativ jungem Beschäftigungsverhältnis in der Klinik (in eingeschränkter Berufserlaubnis oder mit frisch erworbener Approbation/Arbeitsvertrag oder längerfristige Hospitation)
- Entsendung durch den Arbeitgeber

Modulverwendung

Es geht bei diesem Modul nicht darum, sich in unterschiedliche, womöglich einrichtungsspezifische Softwareprogramme zur Digitalisierung der Dokumentation – mit ihren Vor- und Nachteilen und ihren technischen Besonderheiten einzuarbeiten. Vielmehr muss deutlich gemacht werden, welche Auswirkungen korrekte und umfassende ärztliche und pflegerische Dokumentation für die Behandlungsqualität, das Klinikbudget und die Zusammenarbeit zwischen den Kolleginnen und Kollegen/den Abteilungen sowie mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten hat (Prozess- und Behandlungsqualität) und inwieweit rechtliche Vorschriften hierfür zu beachten sind: Dokumentation nicht als „Zeitfresser“, sondern als Arbeitshilfe.

Modul 3: Qualitätsmanagement im Krankenhaus

Dauer

8 Unterrichtseinheiten à 45 Min. / eintägig

Angestrebte Lernergebnisse/Kompetenzen

- Vermittlung eines weiteren Funktionszusammenhangs im Gesamtsystem Krankenhaus
- Erkennen von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten
- Kenntnis der rechtlichen Vorgaben und ihrer Dimension (u. a. auch Bezug zu Haftungsrecht, Budgetwirksamkeit und Patientensicherheit)
- Risikopotential erkennen/minimieren
- Umsetzung von Qualitätsvorgaben in der individuellen Patientenbehandlung sowie Beachtung der vorgegebenen Kriterien bei den Prozessabläufen
- Mitarbeiterbindung/Eingliederungshilfe
- Größere Verhaltenssicherheit der Ärztinnen und Ärzte
- Steigerung der Arbeitszufriedenheit

Inhalte (Themen)

- Rechtsgrundlagen (SGB V, Ärztliche Berufsordnung, Leitlinien, QM-Richtlinien des GBA
- Qualitätsbegriff im Gesundheitswesen: Versorgungsqualität/Betreuungsqualität/Pflegequalität/Behandlungsqualität
- Systematisierung: von der Qualitätskontrolle zum Qualitätsmanagement (QM)
- Entwicklung QM, QM-Systeme und Modelle, PDCA-Zyklus (Plan-Do-Check-Act)
- Zertifizierungsverfahren
- Schwerpunkt: KTQ (Kooperation, Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen)
- Klinisches Risikomanagement: Methoden und Instrumente
- Strukturqualität/Prozessqualität/Ergebnisqualität in der klinischen Praxis
- Frühzeitiges Erkennen und systematisches Analysieren von Risiken
- Relevanz für das ärztliche Arbeitsfeld in Forschung und Patientenversorgung/Fehlerkultur/Verbesserung von Schnittstellen und Prozessabläufen
- CIRS – Critical Incident Reporting System
- Datensammlungen, Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen, Beschwerdemanagement
- Praxismanagement anhand klinischer Pfade von Patientinnen und Patienten
- Praxisbeispiele
- Exkurs Krankenhaushygiene: Gesamtheit aller präventiven Maßnahmen zur Verhütung und Kontrolle vermeidbarer Infektionen während der klinischen Abläufe
- Umsetzungsmaßnahmen innerhalb der Organisation wie etwa Hygienekommissionen, Qualifikation des Personals, Monitoring, regelmäßige Audits, mikrobiologische Diagnostik

- Ausblick auf fachspezifische Anwendungsbereiche von Hygieneregeln (wie u. a. im Bereich Anästhesie, OP, Intensivmedizin aber auch im Stationsbetrieb)

Lehr-/Lernmethoden
Vortrag, Umsetzung in Praxisbeispielen

Verwendetes Lehr-/Lernmaterial
PowerPoint-Präsentation, Handout

Teilnahmevoraussetzungen
- Ausländische Ärztinnen und Ärzte in rel. jungem Beschäftigungsverhältnis in der Klinik (in eingeschränkter Berufserlaubnis oder mit frisch erworbener Approbation/Arbeitsvertrag oder längerfristige Hospitation)
- Entsendung durch den Arbeitgeber

Modulverwendung
Die Lerneinheit dient dazu, die Einbindung des ärztlichen Handelns in der Klinik in ein angewandtes Qualitätsmanagement zu verdeutlichen und konkrete Umsetzungshinweise zu vermitteln.

Modul 4: Grundlagen der Kommunikation/Interne Kommunikation

Dauer
8 Unterrichtseinheiten à 45 Min. / eintägig

Angestrebte Lernergebnisse/Kompetenzen
- Verbesserung der Kommunikation mit Patientinnen und Patienten, Angehörigen, Kolleginnen und Kollegen sowie Angehörigen anderer Berufsgruppen
- typ- und situationsgerecht sowie kultursensibel kommunizieren können
- Bindung der Mitarbeitenden/Eingliederungshilfe
- Größere Verhaltenssicherheit der Ärztinnen und Ärzte
- Steigerung der Arbeitszufriedenheit

Inhalte (Themen)
- Bedeutung für die Behandlungsqualität, für das Arbeitsklima, für das Ansehen der Klinik, für die Zusammenarbeit mit dem niedergelassenen Bereich, für die Arbeitszufriedenheit
- Grundlagen für eine gelingende Kommunikation
- Kommunikation als Austausch und Verarbeitung von Informationen
- Sensibilisierung für Wahrnehmungsmuster und -mechanismen
- Rollenklarheit und Rollenklärung
- Kommunikationsmodelle
- Sender-Empfänger-Modell
- Eisberg-Modell: Sachebene – Beziehungsebene
- Feedback geben und nehmen
- Praxisbeispiele aus dem Klinikalltag

Lehr-/Lernmethoden
Vortrag, Umsetzung in Praxisbeispielen, Video, Rollenspiele

Verwendetes Lehr-/Lernmaterial
PowerPoint-Präsentation, Handout

Teilnahmevoraussetzungen
- Ausländische Ärztinnen und Ärzte in relativ jungem Beschäftigungsverhältnis in der Klinik (in eingeschränkter Berufserlaubnis oder mit frisch erworbener Approbation/Arbeitsvertrag oder längerfristige Hospitation)
- Entsendung durch den Arbeitgeber

Modulverwendung
Bei den in diesem Modul vermittelten Inhalten handelt es sich um Schlüsselkompetenzen, die für eine erfolgreiche Integration in den Klinikalltag von grundlegender Bedeutung sind; komplikationslose und adäquate Kommunikation ermöglicht die gebotene Behandlungsqualität und den reibungslosen, erfolgreichen Interaktionsprozess mit den anderen Berufsgruppen der Einrichtung.

Modul 5: Kommunikation mit Patientinnen bzw. Patienten und Angehörigen/Beschwerdemanagement

Dauer
8 Unterrichtseinheiten à 45 Min. / eintägig

Angestrebte Lernergebnisse/Kompetenzen

- Kenntnis der gesetzlichen Vorgaben für den Umgang mit Beschwerden
- Systematische Verbesserung der Patientenversorgung
- Fehlervermeidungskultur als Teil eines angewandten Qualitätsmanagements
- Beachtung des Fehlermeldesystems
- Verbesserungspotentiale ausschöpfen und Zahl der Beschwerdeanlässe senken
- Verbesserung der Arbeitsatmosphäre in der Einrichtung/verringertes Konfliktpotential
- Akzeptanz für eine Fehlervermeidungskultur als Teil eines angewandten Qualitätsmanagements
- Bereitschaft, eigenes Verhalten im Konfliktfall zu reflektieren
- kulturell bedingte Verhaltensmuster der Beteiligten erkennen, damit respektvoll und lösungsorientiert umgehen
- Bindung der Mitarbeitenden/Eingliederungshilfe
- Größere Verhaltenssicherheit der Ärztinnen und Ärzte
- Steigerung der Arbeitszufriedenheit

Inhalte (Themen)

Umgang mit Beschwerden als Teil des gesetzlich vorgegebenen Pflichtenkanons im Krankenhaus und als persönliche Kompetenz im Umgang mit Patientinnen und Patienten, Angehörigen, Kolleginnen und Kollegen, Pflegenden und anderen Beschäftigten in der Einrichtung:

Systematisches Beschwerde*management* im Krankenhaus:

- Patientenrechtegesetz und Beschwerdemanagement
- Prozessgestaltung zum Umgang mit den verschiedenen Beschwerdeformen
- Fehlervermeidungskultur als Teil eines angewandten Qualitätsmanagements
- Fehlermeldesystem (auch überregional für Risikomanagement und Verbesserung der Leitlinien/Rolle des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) – siehe Verknüpfung zum Modul Dokumentation und QM im Krankenhaus)
- Umgang mit Beschwerden (auch) als Imagefaktor/Marketing
- Kostenkontrolle

Verhaltenshilfen zum *individuellen* Umgang mit Kritik und Beschwerden:

- Kriterien für Patientenzufriedenheit
- Beschwerden und Kommunikationsmodelle
- Typologie der Beschwerdeführer
- Emotionale und rationale Gründe für Beschwerden und Kritik

- Beschwerdeformen: persönlich mündlich, schriftlich, telefonisch
- auf die Beschwerdeformen abgestimmte Reaktionsformen und Lösungsansätze
- Kriterien für eine zeitnahe und adäquate Reaktion
- Kulturelle Diversität in der Wahrnehmung von Kritik und Beschwerden
- Analyse typischer Konsequenzen von Sprachproblemen und von kulturell bedingten Verhaltensmustern
- Umsetzung einer glaubhaften Patientenorientierung
- Kommunikationsmuster zur sprachlichen Deeskalation
- Kritik und Selbstwertgefühl/Strategien zur inneren Abgrenzung
- Kritik als Kommunikationschance: Inhalts- und Beziehungsaspekt
- Beispiele für negative Reaktionsformen
- Grundlegende Verhaltensregeln
- Körpersprache

Lehr-/Lernmethoden

Vortrag, Umsetzung in Praxisbeispielen, Rollenspiele/Gruppenarbeit

Verwendetes Lehr-/Lernmaterial

PowerPoint-Präsentation, Schauspielpatientinnen und Schauspielpatienten, Video, Handout

Teilnahmevoraussetzungen

- Ausländische Ärztinnen und Ärzte in relativ jungem Beschäftigungsverhältnis in der Klinik (in eingeschränkter Berufserlaubnis oder mit frisch erworbener Approbation/Arbeitsvertrag oder längerfristige Hospitation)
- Entsendung durch den Arbeitgeber

Modulverwendung

Das Modul *Umgang mit Beschwerden im Krankenhaus* baut direkt auf dem Modul *Kommunikation – Grundlagen* auf und ist komplementär zu den Modulen *Dokumentation* und *QM im Krankenhaus* sowie zum Thema *Arzthaftungsrecht.*

Modul 6: Selbst- und Zeitmanagement/Führen ohne Personalverantwortung

Dauer

8 Unterrichtseinheiten à 45 Min. / eintägig

Angestrebte Lernergebnisse/Kompetenzen

- Verbesserung der individuellen Arbeitsorganisation und -effizienz
- Effizienzsteigerung in der Zusammenarbeit der Beschäftigten im Krankenhaus
- Steigerung der Arbeitsmotivation
- Bindung der Mitarbeitenden/Eingliederungshilfe
- Größere Verhaltenssicherheit der Ärztinnen und Ärzte
- Steigerung der Arbeitszufriedenheit

Inhalte (Themen)

Zeit- und Selbstmanagement

- Einführung in die Grundbegriffe der Arbeitsorganisation
- Zielfindung/Zielstrategie/Zielformulierung/Umsetzung in Zeitschritten
- Verschiedene Methoden: ALPEN-Methode, Zeitplanbuch, Pareto-Prinzip, ABC-Analyse, Eisenhower-Prinzip, Delegation
- Definition des eigenen Zeit- und Stress-Typs
- Zielfindung und persönliche Ressourcen
- Varianten zur Optimierung des Zeitmanagements und Finden von passenden Tools und Methoden zum Selbstmanagement zur Erreichung gesteckter Ziele
- Erkennen sogenannter Zeitdiebe und Lösungsideen:
  - effektive und effiziente Meetings/Besprechungen
  - Bearbeitung von Post und E-Mail
  - Rationelles Telefonieren
  - Effiziente Vorbereitung von Vorträgen/Informationsbeschaffung
  - Praxistransfer im Krankenhaus

Führen ohne Personalverantwortung

- Arbeitsteilung im Krankenhaus
- Entscheidungsverantwortung/Hierarchie durch Funktionszuschreibung in den Anerkennungsberufen - mit und ohne Personalverantwortung
- Motivation von Teammitgliedern im Rahmen rein fachlicher Weisungsbefugnis
- Klassische Sandwich-Position: angemessenes Verhalten zwischen CA/OA und Teammitgliedern ohne Disziplinarfunktion
- Zusammenarbeit mit den (leitenden) Pflegekräften
- Zusammenarbeit mit dem Stationsteam durch:
  - kollegiales Verhalten bei gleichzeitiger professioneller Distanz
  - wertschätzender Umgang mit ärztlichen Kolleginnen und Kollegen, Pflegenden und anderen Berufsgruppen der Einrichtung
  - klare Formulierungen
  - Reflexion des Kommunikationsstils mit Blick auf kulturelle Diversität
  - Ruhe und Gelassenheit im Umgang mit Widerständen
  - Potenziale der Teammitglieder nutzen

- motivierende und konstruktive Gesprächsführung
- ergebnisorientierte Aufgabenstellung und Delegation im Rahmen des Zulässigen
- Erarbeitung von Do`s und Don’ts im Arbeitsumfeld Klinik

Lehr-/Lernmethoden

Vortrag, Umsetzung in Praxisbeispielen, Rollenspiele

Verwendetes Lehr-/Lernmaterial

PowerPoint-Präsentation, Rollenspiele, Handout

Teilnahmevoraussetzungen

- Ausländische Ärztinnen und Ärzte in relativ jungem Beschäftigungsverhältnis in der Klinik (in eingeschränkter Berufserlaubnis oder mit frisch erworbener Approbation/Arbeitsvertrag oder längerfristige Hospitation)
- Entsendung durch den Arbeitgeber

Modulverwendung

Das Modul baut auf den Inhalten der beiden Kommunikationsmodule auf und steht – soweit es um Führung ohne Personalverantwortung geht – in Bezug zu den haftungsrechtlichen Vorschriften, um die es u. a. in Modul 7 geht.

Modul 7: Grundbegriffe des Arztrechts

Dauer

8 Unterrichtseinheiten à 45 Min. / eintägig

Angestrebte Lernergebnisse/Kompetenzen

- Erwerb von grundlegendem Systemwissen
- Erlernen von Grundbegriffen des Arzthaftungsrechts
- Umsetzung medizinrechtlicher Vorschriften im ärztlichen Alltag
- Einsatz von medizinrechtlichen Vorgaben im klinischen Risikomanagement
- Bindung der Mitarbeitenden/Eingliederungshilfe
- Größere Verhaltenssicherheit der Ärztinnen und Ärzte
- Steigerung der Arbeitszufriedenheit

Inhalte (Themen)

- Regelungsbereiche des Arztrechts: Zivilrecht/Sozialversicherungsrecht/Krankenhausrecht/Berufsrecht/Strafrecht
- Themenschwerpunkte:
  - Pflichten der Ärztin bzw. des Arztes aus Behandlungsübernahme und Behandlungsvertrag
  - ärztliche Dokumentationspflicht
  - ärztliche Informations- und Aufklärungspflicht
  - Konsequenzen bei Verletzung der Aufklärungspflichten
  - Pflichten der Patientin bzw. des Patienten aus dem Arztvertrag
  - Ärztliche Schweigepflicht
  - Auskunftsrechte (Patientinnen und Patienten, Angehörige, Kostenträger, MDK etc.)
  - Datenschutz, Datenübermittlung
  - Rechtsfragen in der Notaufnahme
  - Umgang mit gewalttätigen und psychisch veränderten Patientinnen und Patienten
  - Umgang mit fremdsprachlichen und religiös besonderen Patientinnen und Patienten
  - Betreuungsrecht: insbesondere die Fixierung von Patientinnen und Patienten
  - Patientenverfügung

Lehr-/Lernmethoden

PowerPoint-Präsentation, Musterfälle, Handout

Verwendetes Lehr-/Lernmaterial

Vortrag, Umsetzung in Praxisbeispielen

Teilnahmevoraussetzungen

- Ausländische Ärztinnen und Ärzte in relativ jungem Beschäftigungsverhältnis in der Klinik (in eingeschränkter Berufserlaubnis oder mit frisch erworbener Approbation/Arbeitsvertrag oder längerfristige Hospitation)
- Entsendung durch den Arbeitgeber

Modulverwendung

Das Arztrecht, hier insbesondere die Grundbegriffe des Arzthaftungsrechts, gibt den Rahmen für das Modul Dokumentation, Kommunikation mit Patientinnen und Patienten und Angehörigen sowie Beschwerdemanagement.

Modul 8: Deeskalationstraining/Klinikspezifische Simulationen

Dauer

8 Unterrichtseinheiten à 45 Min. / eintägig

Angestrebte Lernergebnisse/Kompetenzen

- Angespannte Situationen erkennen
- Aktive Deeskalations-Strategien erlernen
- Situativ orientierte Umsetzung
- Bindung der Mitarbeitenden/Eingliederungshilfe
- Größere Verhaltenssicherheit der Ärztinnen und Ärzte
- Steigerung der Arbeitszufriedenheit

Inhalte (Themen)

Deeskalation im Krankenhausalltag

- Eskalation von Gewalt im Krankenhausalltag: Zahlen/Daten/Fakten – von verbaler Aggression bis zu tätlichen Übergriffen
- Häufigste Formen in den Bereichen Anmeldung, Patientenverwaltung, Sekretariaten, Telefonzentrale, Funktionseinheiten, bettenführende Stationen
- Emotionales Spannungspotential bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unter Zeitdruck und in der ständigen Konfrontation mit Leid, Tod, Verantwortung, bürokratischen Aufgaben
- Neurobiologisches sowie neuro- und sozialpsychologisches Basiswissen über Aggression und typische Reaktionen unter Stress:
  - Krisensituationen von Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen gegenüber Ängsten, Schmerzen, Hilflosigkeit und Fremdbestimmtheit
  - Aggressive Gegenimpulse, wenn ärztliches und pflegerisches Handeln als übergriffige Gewalt erlebt werden (insbesondere bei Demenzerkrankungen und Auswirkungen von Alkohol und sonstigen Drogen)
- Reflexion des eigenen Verhaltens im direkten Patientenkontakt
- Reflexion von kultureller Diversität und deren Auswirkungen im Krankenhausalltag
- Kommunikationsformel und Regeln der Kommunikation
- Vorboten eskalierender Gespräche
- Präventive Tricks zur Vermeidung von Eskalation
- Mentale Techniken zur emotionalen Selbstkontrolle und Stärkung der Selbstsicherheit in Konfliktsituationen
- Fragetechniken
- Musterfälle/klinikspezifische Simulationen

Lehr-/Lernmethoden

Vortrag, Umsetzung in Praxisbeispielen, Rollenspiele

Verwendetes Lehr-/Lernmaterial

PowerPoint-Präsentation, Handout

Teilnahmevoraussetzungen

- Ausländische Ärztinnen und Ärzte in relativ jungem Beschäftigungsverhältnis in der Klinik (in eingeschränkter Berufserlaubnis oder mit frisch erworbener Approbation/Arbeitsvertrag oder längerfristige Hospitation)
- Entsendung durch den Arbeitgeber

Modulverwendung

Der Teil Deeskalationstraining gründet teilweise auf den im Modul *Kommunikations-Grundlagen* und *Beschwerdemanagement* vermittelten Inhalten. In den Musterfällen geht es darum, exemplarisch die Verknüpfung bzw. Vernetzung der in den verschiedenen Modulen vermittelten Inhalte aufzuzeigen.

MODELL PROJEKT
INGE
INTEGRATION IM GESUNDHEITSWESEN