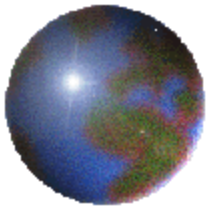

# All different? All equal?

## Interkulturelles Personal-management in der Altenpflege

Ein Workshop mit

DGKP Christian Luksch

# Zahl der professionellen Pflegekräfte in Österreich (2010)

**Gesamt ca 72.000,** davon

- ca 42.000 in Krankenhäusern
- ca 15.000 in der Hauskrankenpflege (inkl. Freiberufliche)
- ca 13.500 in stationärer Langzeitpflege (Altenheime)
- ca 1.500 in der Forschung und Lehre

# Bedarf an professionellen Pflegekräften in Österreich (2010)

**Gesamt: 80.000**, davon

- ca 40.000 in Krankenhäusern
- ca 20.000 in der Hauskrankenpflege
- ca 18.500 in der stationären Langzeitpflege
- ca 1.500 in der Forschung und Lehre

**Fehlende Arbeitskräfte: 8.000**,

davon 5.000 Diplomkräfte

und so gut wie ausschließlich in der Altenpflege

# Anteil der Pflegekräfte mit Migrationshintergrund (2010)

**Bundesdurchschnitt: 24%**

- Südösterreich (Steiermark und Kärnten):
  - 5% im Kernland bis 40% in grenznahen Gebieten
- Westösterreich (Vorarlberg, Tirol, Salzburg):
  - 7% im Kernland bis 50% in grenznahen Gebieten
- Ostösterreich (OÖ, NÖ und Burgenland):
  - 15% im Kernland bis 70% in grenznahen Gebieten
- Wien:

  bis zu 90%

# Anteil der Pflegekräfte mit nicht-deutscher Umgangssprache (2010)

**Bundesdurchschnitt: 18%**

- Westösterreich: 2 – 5%
- Südösterreich: 5 – 15%
- Ostösterreich: 15 – 60%
- Wien: bis zu 75%

  (VertreterInnen der 2. Migrationsgeneration werden hier aufgrund ihrer Sozialisation der deutschen Umgangssprache zugerechnet)

# Anteil der nicht-österreichischen Pflegekräfte nach ihrer Herkunft

- Tschechien und Slowakei: 33%
- Deutschland und Schweiz: 22%
- Ungarn und Polen 14%
- Philippinen, Indien, Ostasien: 11%
- Slowenien, Serbien, Kroatien: 9%
- Russland, Bulgarien, Rumänien: 7%
- Andere Herkunftsländer: 4%

# Migrationsgründe

**Pull – Faktoren:**

= Attraktivität des Einwanderungslandes

1. Höheres Lohnniveau
2. Grosses Marktangebot
3. Bessere Lebens- und Arbeitsbedingungen
4. Politische Situation

**Push – Faktoren:**

= Mangelnde Attraktivität des Herkunftslandes

1. Politische Situation
2. Schlechte Lebens- und Arbeitsbedingungen
3. Niedriges Lohnniveau
4. Geringes Marktangebot

# Pull-Faktoren

- Sehr hohe Wirkung auf die osteuropäischen Staaten und die Balkanländer in den 1990er Jahren (nach der Wende)
- Zunehmend weniger Wirkung in den letzten zehn Jahren (nach den EU-Beitritten)

  Ursachen:
  - Wachsendes Lohnniveau in den Beitrittstaaten
  - Restriktive Einwanderungsbedingungen
  - Hohe Anforderungen am Arbeitsmarkt

# Push-Faktoren

- Hohe Wirkung in Staaten mit repressiven Regierungen oder wirtschaftlich dauerhaft prekären Situationen (auch innerhalb der EU)
- Weiterhin steigende Wirkung vor allen im mittleren Osten, im afro-arabischen Raum sowie in Russland, Bulgarien und Rumänien

➢ Es ist davon auszugehen, dass diese Push-Faktoren langfristig eine mächtigere Wirkung haben, als die Einwanderungsrestriktionen der reicheren Länder!

# Push- & Pull-Faktoren und Integrationsbereitschaft

- Push-Faktoren erhöhen generell die Integrationsbereitschaft von MigrantInnen – auch unter restriktiven Bedingungen
- Hingegen erhöhen auch starke Pull-Faktoren die Integrationsbereitschaft von MigrantInnen nur, wenn die Einwanderungsbedingungen (politisch und sozial) nicht restriktiv sind

➢ Benötigte Fachkräfte immigrieren aber fast ausschließlich aufgrund von Pull-Faktoren!

# Exkurs: Integration versus Assimilation

- **Integration=** Einbeziehung „Anderer" in eine bestehende Gruppe unter Beibehaltung deren Eigenheiten (Sprache, Bräuche, Kultur)
- **Assimilation=** Ein völliges Aufgehen der „Anderen" in der Gruppe unter Verlust ihrer bisherigen Eigenheiten (Sprache, Bräuche)

➢ Der Maßstab der Integration ist nicht eine Frage der Bereitschaft der „Anderen" so zu werden „wie alle" sondern in erster Linie eine Frage der bestehenden Gruppe, „die Anderen" so wie sie sind anzunehmen!

# Berufspolitische Conclusio

- Attraktivierung bestehender Pull-Faktoren für immigrationswillige Pflegefachkräfte
- Geriatrische Grundausbildung für den gehobenen Dienst („4. Diplom“) nach bundesdeutschen Vorbild
- Novellierung und Vereinheitlichung der Nostrifikation von Pflegeausbildungen
- Arbeitserlaubnis und Ausbildungen in Pflege-berufen für AsylwerberInnen

# Unternehmenspolitische Conclusio

- Der derzeitige Mangel an inländischen Pflegekräften am Arbeitsmarkt wird sich in absehbarer Zeit nicht ändern, der hohe Anteil von MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund wird bestehen bleiben.
- Die Sicherung der Qualität der Altenpflege steht und fällt daher mit einem gezielten, **interkulturellen Personalmanagement** mit Schwerpunkt auf fachliche Entwicklung der einzelnen ArbeitnehmerInnen.

# Personalmanagement

Unter Personalmanagement (HRM) wird jener Bereich der Betriebsführung verstanden, der sich mit der Bereitstellung sowie dem gezielten Einsatz von MitarbeiterInnen beschäftigt. Hierzu gehören u.a.:

- Personalplanung
- Personal-Recruiting
- Personal-Controlling
- Personalentwicklung
- Personal Führung

# Exkurs: Personalmanagement in der Altenpflege Österreichs

- 65% der Altenpflegeorganisationen besitzen kein dezidiertes Personalmanagement

  Die damit verbundenen Prozesse werden meist an Verwaltungsangestellte oder PDL überantwortet

  90% der mit diesen Prozessen betrauten Menschen sehen sich dazu nicht ausreichend ausgebildet
- 80% der Altenpflegeorganisationen besitzen keine konkreten Konzepte zur Personalentwicklung
- In nur 5% aller Altenpflegeorganisationen finden sich Diversity-Komponenten im Personalmanagement

# Personalplanung

= Jener Teil der Unternehmensplanung, der den zukünftigen Personalbedarf ermittelt. Wichtige Parameter in der Altenpflege dazu sind:

- Unternehmensentwicklung
- Demographische Bevölkerungsentwicklung
- Zu erwartende Veränderungen in der Belegschaft

**Ziel** der Personalplanung ist (zunächst) die Deckung des **quantitativen** Personalbedarfs.

Den **qualitativen** Bedarf zu decken, ist Aufgabe der Personalentwicklung

# Probleme der Personalplanung in der Altenpflege

**Quantitative Probleme**

- Bundesweiter Pflegekräftemangel
- Unzureichende Personalberechnungssysteme

**Qualitative Probleme**

- Die Ausbildungsinhalte genügen in weiten Teilen nicht den Praxisanforderungen der Altenpflege
- Die Unternehmungsentwicklung hinkt in den meisten Fällen der Bevölkerungsentwicklung hinterher, Personalentwicklung findet nur selten statt

# Lösungsversuche der Personalplanungsprobleme

**Quantitativ**

- Attraktivierung des Berufes durch Akademisierung (nicht relevant für die Altenpflegepraxis)
- Fachkräftebeschaffung durch AMS-Maßnahmen (nicht effizient durch hohe Austrittsquoten)
- Fachkräftebeschaffung durch Zuwanderung (nicht effektiv durch restriktive Bedingungen)

**Qualitativ**

Meist überhaupt nicht und wenn, dann unstrukturiert und nicht ausreichend an der Praxis orientiert

# Personalentwicklung

= jener Teil der Betriebsführung, der sich mit der gezielten Schaffung, Sicherung und Kontrolle von benötigten Kompetenzen der MitarbeiterInnen (Einzelpersonen und Teams) beschäftigt.

Sie umfasst dabei unterschiedliche Maßnahmen von Recruiting, Beurteilung, Förderung, Motivierung, Coaching, Training, Weiterbildung und Controlling

Personalentwicklung sitzt damit an der Nahtstelle von Organisationsentwicklung, Qualitätssicherung und Personalmanagement im allgemeinen

# Personalentwicklung als Pflegeplan

1. **Informationssammlung**:

   Welche Kompetenzen benötigt die Organisation um ihren Auftrag zu erfüllen, welche davon sind bereits in der Belegschaft und bei wem konkret vorhanden?

2. **Problembestimmung**:

   Welche Kompetenzen fehlen wem und in welchen Ausmaß und welche Risiken sind damit verbunden?

3. **Zielbestimmung**:

   Welche Kompetenzen müssen bei wem in welchem Ausmaß und bis wann vorhanden sein?

# Personalentwicklung als Pflegeplan

4. **Maßnahmenplanung:**

   Welche konkreten Maßnahmen müssen wann, wo und wodurch bei wem und in welchen Ausmaß gesetzt werden um die fehlenden Kompetenzen zu erlangen und rechtfertigen die damit verbundenen Kosten den zu erwartenden Nutzen?

5. **Kontrolle:**

   Wurden die Kompetenzen in der geplanten Zeit erreicht und wenn nicht, warum nicht? Sind neue Ziele zu setzen, neue Kompetenzen zu entwickeln?

# Exkurs: Was sind eigentlich Kompetenzen?

Der Begriff **Kompetenz** beschreibt Bereitschaft, Möglichkeit und Fähigkeit, ein Problem zu lösen.

Er unterscheidet sich vom Begriff der **Qualifikation** dadurch, dass letztere nur die Fähigkeit als solches beschreibt, aber tatsächliche Umstände der aktuellen Praxis vor Ort nicht berücksichtigt.

So kann beispielsweise bei (Nostrifikations-)Prüfungen alleine lediglich der Qualifikationsgrad festgestellt werden, die tatsächliche Kompetenz (i. o. a. Sinne) ist aber erst später in der alltäglichen Praxis zu sehen

# Klassisches Kompetenzmodell

Generell werden folgende Kompetenzen unterschieden:

1. **Fachlich-inhaltliche Kompetenzen** (Know what)
   = z. B. bestimmte Pflegetechniken zu *kennen*
2. **Fachlich-methodische Kompetenzen** (Know how)
   = z. B. bestimmte Pflegetechniken anwenden *können*
3. **Soziale Kompetenzen** (Know who)
   = z. B. im Team oder mit Angehörigen zu arbeiten
4. **Selbstkompetenzen** (Know you)
   = z. B. Zeitmanagement oder Abgrenzung

# Modifiziertes Kompetenzmodell

Diese vier Kompetenzbereiche werden im Bereich der Pflege- und Sozialberufe um folgende drei erweitert:

1. **Kommunikative Kompetenzen**

   Verstehen und sich verständlich machen, sowohl mündlich und als auch schriftlich

2. **Juristische Kompetenzen**

   v. a. Berufsrecht (GuKG, HeimAufG, UbG, ÄrzteG) aber auch Arbeits- und Haftungsrecht

3. **Führungskompetenzen**

   v.a. für leitende Fachkräfte aber auch DGKP, mit anleitende und kontrollierende Funktionen

# Allgemeine Probleme *von* migrierten Pflegekräfte (1. Generation)

- **Heimweh:** 96%
  - Je weiter weg das Herkunftsland desto mehr
- **Mangelnde Sprachkenntnisse:** 78%
  - Besonders bei Philippinen und InderInnen
- **Fremdheit (Kulturschock):** 62%
  - Bei fast allen außer Deutschen
- **Akzeptiert zu werden:** 36%
- **Fremdenfeindlichkeit:** 11%

# Allgemeine Probleme *mit* migrierten Pflegekräften (1. Generation)

- **Mangelnde Sprachkenntnisse:** 74%
  - v.a. mit Menschen aus Philippinen und Indien
- **Mangelnde Anpassungsfähigkeit:** 28%
- **Mangelnde Kritikfähigkeit:** 26%
- **Soziale Segregation:** 31%
  - v.a. mit Menschen aus dem ostasiatischen Raum
- **Fremdheit:** 12%
  - v. a. mit Menschen aus dem afro-arabischen Raum

# Kompetenzprobleme immigrierter Pflegekräfte

(Selbsteinschätzung : Fremdeinschätzung)

- Fachlich-inhaltlich: 29% : 19%
- Fachlich-methodisch: 33% : 46%
- Soziale Kompetenz: 14% : 18%
- Selbstkompetenz: 23% : 36%
- Führungskompetenz: 78% : 59%
- Juristische Kompetenz: 84% : 90%
- Kommunikative Kompetenz: 61% : 84%

# Inhaltliche Fachkompetenz im Vergleich

Beurteilung im Schulnotensystem (Durchschnittswerte) von 25 im Ausland ausgebildeten mit 25 in Österreich ausgebildeten DGKPs durch Multiple Choice Test

| | |
|---|---|
| Krankheitslehre: | 1,4 : 2,2 |
| Pharmakologie: | 2,8 : 3,4 |
| Pflegeprozess : | 3,0 : 1,6 |
| Pflegekonzepte: | 3,5 : 2,8 |
| Pflegerische Beratung: | 4,2 : 3,7 |
| Interdisziplinäres Arbeiten: | 2,3 : 2,5 |

# Methodische Fachkompetenz im Vergleich

Beurteilung im Schulnotensystem (Durchschnittswerte) von 25 im Ausland ausgebildeten mit 25 in Österreich ausgebildeten DGKPs durch syst. Pflegevisiten

| | |
|---|---|
| Eigenverantwortlicher Bereich: | 3,1 : 2,5 |
| Mitverantwortlicher Bereich: | 1,4 : 1,9 |
| Interdisziplinärer Bereich: | 2,8 : 3,0 |
| Pflegebeziehungsgestaltung: | 2,4 : 2,4 |
| Einbeziehung von Angehörigen: | 3,6 : 3,3 |
| Pflegeplanung und Evaluierung: | 4,2 : 3,6 |

# Kommunikative Kompetenz im Vergleich

Beurteilung von 25 immigrierten DGKPs (ohne Deutsche) mit 25 inländischen DGKPs durch internationalen Sprachtest (Mindestwert A1, Höchstwert: D2)

| | |
|---|---|
| Verbale Verständigung: | B2 : D1 |
| Verbales Verständnis: | A2 : C2 |
| Schriftliche Verständigung: | A2 : C1 |
| Schriftliches Verständnis: | A1 : C2 |
| Nonverbale Verständigung: | D1 : C1 |
| Nonverbales Verständnis: | C2 : C2 |

# PE-Maßnahmen für immigrierte Pflegekräfte „in the Job“

- Maximaler Anteil immigrierter Pflegekräfte der ersten Generation pro Station von 50% -1
- Aufnahmebedingungen:
  - Deutschkenntnisse mindestens Label B1
  - Kenntnisse Pflegeprozess - mind. Note 3

  (Wird in eigenen Aufnahmetests festgestellt)
- Probemonat mit anschließendem befristeten Dienstverhältnis von 6 Monaten
  - Mentoring durch KollegIn gleicher Muttersprache

# PE-Maßnahmen für immigrierte Pflegekräfte „through the Job“

**Fachkompetenz inhaltlich**

- Ziele:
  - Allgemeine Fachkenntnisse der Geriatrie und Altenpflege (österreichisches Ausbildungsniveau)
  - Kenntnisse des vor Ort praktizierten Pflegemodells sowie der gängigsten Pflegekonzepte
- Maßnahmen:
  - Laufende Fortbildungen innerhalb der Dienstzeit und vom Arbeitgeber bezahlt

# PE-Maßnahmen für immigrierte Pflegekräfte „through the Job“

**Fachkompetenz methodisch**

- Ziele:
  - Beherrschen des Pflegeprozesses (mind. Note 2,5 innerhalb des befristeten Dienstverhältnisses)
  - Beherrschen des vor Ort praktizierten Pflege-dokumentationssystem
- Maßnahmen:
  - Laufende Fortbildungen innerhalb der Dienstzeit und vom Arbeitgeber bezahlt

# PE-Maßnahmen für immigrierte Pflegekräfte „through the Job“

**Kommunikative Kompetenz**

- Ziel:
  - Deutschkenntnisse mindestens Label B2 innerhalb des befristeten Dienstverhältnisses und Label C1 innerhalb des ersten Arbeitsjahres
- Maßnahmen:
  - Angebot: Tätigkeitsspezifisches Sprachtraining durch eigene Trainerin/ Coachin; vom Arbeitgeber bezahlt, aber in der Freizeit des/der MitarbeiterIn
  - Keine gleichzeitigen Nachtdienste mit KollegInnen gleicher Muttersprache

# PE-Maßnahmen für immigrierte Pflegekräfte „through the Job“

**Soziale Kompetenz**

- Ziel: Integration in das Team
  - Kriterien: Zufriedenheitslabel über 66%
  - Feststellung: 360° - Feedback und MOG
- Maßnahmen:
  - Einsatz als Bezugspflegekraft ab Ende des Probemonats
  - Mentoring während des befristeten Dienst-verhältnisses
  - Angebot von Supervision und Teamcoaching

# PE-Maßnahmen für immigrierte Pflegekräfte „through the Job“

**Selbstkompetenz**

- Ziel: Gesundheitsförderung
  - Krankenstandsrate unter 2 Wochen pro Jahr
  - Feststellung: 360° - Feedback und MOG
- Maßnahmen:
  - Angebote von innerbetrieblichen gesundheits-fördernden Maßnahmen wie Rückenschule, Entspannungstrainings, Gratis-Impfungen,
  - Angebote von Supervision und Teamcoaching

# Personalplanung neu: „Qualität vor Quantität“

- Große Schnitzel sind nicht automatisch gute Schnitzel!
- Ein guter Beruf ist nicht automatisch auch ein guter Job – daher: Mehr Energie in attraktive Arbeitsplätze als in akademische Ausbildungen
- Eine hohe Pflegestufe ist nicht automatisch auch ein höherer Zeitaufwand in der Pflege – daher: Weg von den Pflegestufen als Basis zur Personalberechnung
- Eine Pflegeorganisation mit vielen MitarbeiterInnen ist nicht automatisch eine gute Pflegeorganisation – daher: Mehr Personalentwicklung als Recruiting

# Qualitätsorientierte Personalplanung mit immigrierten Pflegekräften

- Ein nostrifiziertes („*zu unserem gemachtes*“) Diplom macht eine immigrierte Pflegekraft nicht automatisch auch zu „*unserer*"Mitarbeiterin/Kollegin/Schwester

**Zusätzlich notwendige Maßnahmen:**

- Unterstützung bei der Adaptierung vorhandener Fachkompetenzen an den tatsächlichen Bedarf
- Unterstützung beim Erwerb von kommunikativen, juristischen, sozialen und Selbst-Kompetenzen
- Unterstützung bei der Integration in Team, Kommune und Gesellschaft