GQMG

Gesellschaft für Qualitätsmanagement
in der Gesundheitsversorgung e. V.

Sprachkompetenz von ausländischen Pflegefachpersonen – eine Schlüsselqualifikation

Fundierte Deutschkenntnisse als Voraussetzung für eine erfolgreiche Integration und sichere Patientenversorgung

GQMG-POSITIONSPAPIER

Version 2.0 – April 2020

Sprachkompetenz von ausländischen[1] Pflegefachpersonen – eine Schlüsselqualifikation

Fundierte Deutschkenntnisse als Voraussetzung für eine erfolgreiche Integration und sichere Patientenversorgung

Version 2.0

Zusammenfassung

Das Thema Pflege gewinnt in Deutschland zunehmend an Relevanz. Mit der demografischen Entwicklung wächst der Pflegebedarf und die Nachfrage an Pflegefachpersonal steigt. Um dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken, werden vermehrt Pflegefachkräfte aus dem Ausland angeworben. Die Bundesregierung orientiert sich dabei am Verhaltenskodex der WHO (WHO 2010), um Probleme für die Herkunftsländer zu vermeiden. Voraussetzung dafür, dass die soziale und berufliche Integration gelingt, ist das Beherrschen der deutschen Sprache.

Derzeit sind die Anforderungen an das Sprachniveau für ausländische Pflegefachpersonen, die in Deutschland in der Pflege arbeiten möchten, bundeslandspezifisch unterschiedlich geregelt. In manchen Bundesländern reicht für die Berufsanerkennung das Sprachniveau B1 gemäß Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmen (GER), in anderen Bundesländern wird dagegen B2 gefordert. Bereits heute erleben wir, dass die vorgelegten Sprachzertifikate nicht immer das halten was sie versprechen, nämlich fundierte Deutschkenntnisse. Die tatsächliche Sprachkompetenz entspricht häufig nicht dem bescheinigten Niveau.

Erfahrungen aus der Praxis zeigen aber auch, dass selbst das Sprachniveau B2 für eine fachlich adäquate und sichere Patientenversorgung in Gesundheitseinrichtungen mit (hoch-)komplexen Versorgungssituationen nicht hinreichend ist. Gerade in der Pflege ist die Kommunikation mit pflegedürftigen Menschen und deren Angehörigen sowie mit allen, am Versorgungsprozess beteiligten Professionen eine elementare fachliche Kompetenz, ohne die professionelle Pflege nicht darstellbar ist.

Der hohe Bedarf an Pflegefachpersonen gibt jedoch Anlass zur Sorge, dass es mehr um Quantität als um Qualität geht. Die Anforderungen an die Sprachkompetenz werden eher abgesenkt, um die Anwerbung und Berufsanerkennung ausländischer Pflegefachpersonen schneller zu realisieren. Aufgrund der prekären Lage auf dem Arbeitsmarkt in Deutschland ist die Rekrutierung ausländischer Pflegefachpersonen zu einem attraktiven Geschäftsmodell für Vermittler geworden.

Die GQMG hingegen legt den Fokus auf die Qualität. Sie hält daher sogar das höhere Sprachniveau C 1 (GER) als Zugangsvoraussetzung zur Erlangung der Berufsanerkennung und zur Ausübung einer verantwortungsvollen beruflichen Tätigkeit in der Pflege für notwendig. Auch Kenntnisse in medizinischen und pflegerischen Fachtermini müssen vorausgesetzt und im Rahmen des Anerkennungsverfahrens geprüft werden. Ein standardisierter Prozess sowie einheitliche Prüfverfahren sind notwendig, um die Zuverlässigkeit der Zertifikate und der Sprachniveaus sicherzustellen. Eine zuverlässige Sprachverwendung im beruflichen Alltag braucht, neben der Theorie, auch die Festigung des Erlernten im beruflichen Kon-

[1] In der Konzertierten Aktion Pflege (KAP) wird die Begrifflichkeit „ausländische Pflegekraft" verwendet (www.bmas.de, 11.03.2020, 21:37 Uhr)

text und in der Praxis. Dazu braucht es eine kontinuierliche Begleitung durch Praxisanleiter sowie einer systematischen Reflexion. Nur so kann eine sichere Patientenversorgung, entsprechend den in Deutschland vorausgesetzten und fachlich gebotenen (Qualitäts-)Standards gewährleistet werden.

Ist-Situation

Der Einsatz von ausländischen Pflegefachpersonen hat enorm zugenommen. Im Jahr 2018 wurden etwa 153.800 zugewanderte Pflegekräfte in Deutschland beschäftigt. Das ist ein Anstieg von fast 50 % seit dem Jahr 2013 (vgl. Mediendienst Integration 2019, Pütz et al. 2019). Deutschland liegt mit 7,9 % im Vergleich zu anderen OECD Ländern (5,9 %) im oberen Bereich der Beschäftigung ausländischer Pflegefachpersonen (vgl. OECD 2019, OECD/EU 2018). Ohne ausländische Pflegefachpersonen ist es schon heute kaum noch möglich, den Bedarf an Pflegefachpersonen zu decken. Auch zukünftig soll dem Fachkräftemangel in der Pflege mit Pflegenden aus dem Ausland entgegengewirkt werden, wie aktuelle Kooperationsverhandlungen des Bundesgesundheitsministeriums zeigen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2018). Neben den pflegefachlichen Aspekten ist die Sprache eine der wichtigsten Voraussetzungen für eine professionelle Berufsausübung. Erfahrungen aus der Integration ausländischer Pflegefachpersonen in das häusliche Umfeld zeigen, dass mit zunehmender Sprachkompetenz die Kosten für das Personal steigen. Sprache gilt hier als Schlüsselkompetenz. Diese Erfahrungswerte werden jedoch für die Festsetzung des Sprachniveaus nicht genutzt. Der überwiegende Anteil an zugewanderten Pflegefachpersonen kann nur unzureichende Deutschkenntnisse vorweisen. Je nach Bundesland werden unterschiedliche Sprachlevel vorausgesetzt (vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung 2019), so dass die tatsächliche Sprachkompetenz von ausländischen Pflegefachpersonen eine große Varianz aufweist. Der Arbeitsmarkteintritt wurde zudem, § 18 der Beschäftigungsverordnung entsprechend, erleichtert (vgl. Pütz et al. 2019).

Nach Eintreffen in Deutschland werden die zugewanderten Pflegefachpersonen in den pflegerischen Einrichtungen wegen des Fachkräftemangels meist unmittelbar mit den komplexen Aufgaben der deutschen Fachpflege konfrontiert. Dies erfolgt häufig ungeachtet der bis dahin erreichten Sprachniveaus, der kulturellen Unterschiede, der verschiedenen Ausbildungssysteme sowie des fehlenden Wissens über Rechte und Pflichten von in Deutschland beschäftigten Pflegefachpersonen. Studien zeigen eine damit einhergehende Belastung. So führen eine ungewohnte Pflegepraxis, Unsicherheiten in der Rolle als Pflegefachperson und beim Treffen von Entscheidungen bei den zugewanderten Pflegefachpersonen zu arbeitsbedingtem Stress (vgl. Viken et al. 2018). Als besonders schwierig werden das Telefonieren sowie mündliche und telefonische Anordnungen, z.B. der Medikation, beschrieben (vgl. Viken et al. 2018).

Herausforderungen beschreiben ausländische Pflegefachpersonen und Arbeitsgeber insbesondere in der Unterscheidung professioneller Tätigkeiten (vgl. Pütz et al. 2019). Während in Südeuropa Pflegefachpersonen eher koordinierende Aufgaben im Managementbereich übernehmen, sind Pflegefachpersonen in Deutsch-

land auch für körperbezogene Tätigkeiten (welche in Südeuropa eher von Angehörigen oder Hilfskräften übernommen werden) verantwortlich (vgl. Pütz et al. 2019). Sie berichten über Schwierigkeiten in der Alltagsprache und der pflegerisch-medizinischen Fachsprache, aber auch die Interpretation der Körpersprache sei eine Heraus- forderung. Den zugewanderten Pflegefachpersonen fehlt das Vertrauen in die Sprachfähigkeit, was zu Unsicherheit führt. Dazu erzeugen Sprach- und Kommunikationsbarrieren emotionalen Stress, Frustration und Verlegenheit, verhindern das Schließen von Freundschaften und können zur Isolation und Einsamkeit führen (vgl. Moyce et al. 2016). All dies führt am Ende dazu, dass internationale Pflegefachpersonen nicht ihrer Ausbildung entsprechende Aufgaben übertragen bekommen, sondern eher einfachere und wenig qualifizierte Tätigkeiten ausüben. Die Folge ist ein „De-Skilling" und Unterforderung, was wiederum zu Unzufriedenheit bei den zugewanderten Pflegefachpersonen führt (vgl. Moyce et al. 2016) .

Arbeitgeber erkennen zunehmend, dass die tatsächliche Sprachkompetenz von ausländischen Pflegefachkräften nicht dem in der Praxis notwendigen Niveau entspricht. Es reicht nicht aus, um pflegebedürftige Menschen sicher und eigenständig zu versorgen. Für die erfolgreiche Integration wird jedoch Sprache als Schlüsselkompetenz angesehen. Daher werden in den Einrichtungen große Anstrengungen unternommen, um die sprachlichen Defizite auszugleichen und weiterzuentwickeln.

Doch nicht nur das Sprachniveau und die Kenntnisse der pflegerischen und medizinischen Fachtermini sowie der einrichtungsbezogenen Begrifflichkeiten und Abkürzungen sind für den Pflegealltag und die Berufspraxis entscheidend, sondern auch die Kenntnis des deutschen Gesundheitssystems. Dies schließt Wissen um das deutsche Kranken- und Pflegeversicherungssystem, Gesetze, Rechte und Pflichten von Pflegefachpersonen und pflegebedürftigen Menschen genauso ein wie das Wissen um Multidisziplinarität und interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie kulturellen Aspekten, wie soziales Verhalten, Werte und Normen. Kompetenzen werden im Laufe des Lebens erlernt und durch Sozialisation geprägt. Beispielsweise gilt Konfliktfähigkeit in Deutschland als eine anerkannte Schlüsselkompetenz – in vielen asiatischen Ländern gilt es jedoch eher als unhöfliches Verhalten. Unkenntnis des Systems sowie unzureichende Sprachkompetenz führen im Arbeitsalltag immer wieder zu kritischen Situationen, wie Berichte aus der Praxis zeigen. Im Rahmen von CIRS-Meldungen in Kliniken werden z. B. häufig Defizite in der Kommunikation beschrieben. Unzureichende bzw. mangelnde Kommunikation ist per se schon risikobehaftet, auch bei Pflegefachpersonen mit guten Deutschkenntnissen. Mangelnde Deutschkenntnisse erhöhen das Risiko um ein Vielfaches.

Die Herausforderungen an eine gelungene Integration sind sowohl für die pflegerischen Einrichtungen als auch für die ausländischen Pflegefachpersonen enorm. Besonders hohe Anforderungen werden dabei an die Pflegeteams gestellt. Aufgrund der engen Arbeitstaktung in der Pflege und der mangelnden deutschen Sprachkenntnisse sind ausländische Pflegefachpersonen oft nicht voll einsetzbar und werden von den hiesigen Pflegefachpersonen als zusätzliche Last empfunden (vgl. Pütz et al. 2019; Lincke et al. 2018). Dadurch ent-

stehen Konflikte, die zeitnah gelöst werden müssen. Ansonsten besteht die Gefahr, dass die zugewanderten Pflegefachpersonen nicht bleiben, sondern in ihre Herkunftsländer zurückgehen (Tagesspiegel 2019). Der Druck ist demnach auf beiden Seiten groß, denn ausländische Pflegefachpersonen suchen Sicherheit und ein ihrer Ausbildung entsprechendes Betätigungsfeld. Die einheimischen Pflegefachpersonen dagegen benötigen dringend mehr Kollegen und Kolleginnen, die fachlich und sprachlich qualifiziert sind.

Die Bedeutung der Sprachkompetenz in der Pflege

Neben der verantwortlichen Ausübung des Berufes ist das Erlernen und Vertiefen eines professionellen Sprachverständnisses zweifellos eine besondere Herausforderung. Ein Zeitfenster von sechs Monaten zum Erlernen der deutschen Sprache, mit dem viele Vermittler werben, reicht nicht aus um von 0 auf ein B2 Sprachniveau (GER) zu kommen (vgl. Moyce et al. 2016).

Studien zeigen, dass Sprache die Kernkompetenz ist, um Patientensicherheit zu gewährleisten (vgl. Schrappe 2018). Kommunikation wird als Sicherheitsbarriere beschrieben (vgl. Long et al. 2011), die Kompetenz dazu wird jedoch im Pflegealltag stillschweigend als selbstverständlich vorausgesetzt – ist es aber nicht. Die berufsbezogene Kommunikation mit alten, kranken und/oder hilfsbedürftigen Menschen stellt besondere Anforderungen an die Pflege. Sprache, Worte sowie Mimik und Gestik habe eine unmittelbare, oftmals emotionale Wirkung. Die Heterogenität der Menschen verlangt zudem den sicheren Umgang mit regionalen Sprachvariationen, Spracheigentümlichkeiten sowie Sprachvarietäten von sozialen Gruppen. Kommunikation ist aus sich heraus wenig planbar.

Die Tätigkeitsfelder von Pflegefachpersonen sind äußerst vielseitig. Einsätze erfolgen in der Akutversorgung, in der Langzeitversorgung, in der Ambulanten Pflege oder beispielsweise im Hospiz. Jedes Setting erfordert ein spezifisches und angepasstes Vorgehen. Eine personen- und sachgerechte, lückenlose Informationsweitergabe (Sprechen und Verstehen) und sorgfältige Dokumentation (Schreiben und Leseverständnis) gehören zweifelsohne dazu.

Pflegehandlungen sind vielschichtig, facettenreich und bedienen sich international differenzierter Vorgaben und Pflegemodellen (vgl. Neumann-Ponesch 2017). Der Arbeitsalltag ist geprägt von Kommunikation, die auf interprofessioneller und sozialer Ebene stattfindet. Neben der körperbezogenen Pflege und der Behandlungspflege gehören die Krankenbeobachtung, das Begleiten, Fördern, Unterstützen, Beraten, Informieren, Schulen, Trösten und Ermutigen von pflegebedürftigen Menschen sowie deren Angehörigen zur Kernaufgabe professioneller Pflege. Pflegehandlungen greifen in den engsten und intimsten Schutzbereich der pflegebedürftigen Menschen ein. Keine andere Berufsgruppe ist „so nah“ am Patienten wie die Pflege. Damit dies möglich ist, braucht es eine vertrauensvolle Beziehung zwischen den pflegebedürftigen Menschen und der Pflegeperson. Beziehungsaufbau erfolgt dabei über die verschiedenen Ebenen der Kommunikation.

Zentrale Kommunikationsformen-/ebenen sind Brünner (2005) zufolge:

- Wissen
  (informieren, erklären und aufklären)
- Handeln
  (instruieren, anleiten, beraten und motivieren)
- Fühlen
  (Bearbeitung von Gefühlen und Einstellungen, emotionale Unterstützung)

Sprache und Kommunikation stellen die Basis pflegerischen Handelns dar (vgl. Abt-Zegelin/Schnell 2005). Fundierte Deutschkenntnisse und eine adäquate fachliche Sprachkompetenz sind daher sowohl für eine professionelle und sichere als auch für eine menschliche Pflege unabdingbar. Dies gilt bereits für die Zeit in der Anerkennungsphase, in der die Gleichwertigkeit der Ausbildung für die ausländische Pflegefachperson beurteilt werden soll. Kommunikation als Kernelement pflegerischer Praxis ist daher unumgänglich. Der Arbeitseinsatz von Pflegefachpersonen mit unzureichenden Sprachkompetenzen ist aus diesem Grund problematisch. Kommunikation findet auch in Metaphern oder durch Sprachhemmungen (z.B. Aphasien) statt und es können falsche Schlüsse aus dem Gesagten gezogen werden. Solche Missverständnisse und/oder wenn aufgrund von unzureichenden Sprachkenntnissen, nicht kommuniziert wird, können zu schwerwiegenden unerwünschten Ereignissen führen. Diese Gefahr besteht besonders an Schnittstellen, in Notallsituationen oder bei Übergaben. Die Folgen können für den pflegebedürftigen Menschen und seine Angehörigen sowie für die Pflegefachperson traumatisierend sein (vgl. Scott et al. 2009). Diese Situationen können auch dann entstehen, wenn Mitarbeitende sich nicht eingestehen, dass sie etwas nicht oder nur unzureichend verstanden haben. Die Eigenverantwortung der Mitarbeitenden ist daher ein weiterer Aspekt für Patientensicherheit und bildet die Grundlage einer intakten Zusammenarbeit mit der pflegebedürftigen Person und den Kollegen. Internationale Pflegefachpersonen, die sich in der Sprachqualifizierung befinden, müssen sich für die Arbeit verantwortlich fühlen – „sich arbeitsfähig fühlen" – im Sinne der Remonstration. Sprache als gemeinsame Kommunikationsbasis ist für die professionelle Beziehungsgestaltung zwischen Pflegefachperson und pflegebedürftigem Menschen von besonderer Bedeutung. Sprachliche Unsicherheiten können bei Pflegebedürftigen zur Verunsicherung und zu Zweifeln an der Kompetenz der Pflegefachperson führen und damit dem Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung entgegenwirken. Dies wirkt sich in der Folge negativ auf die Patientenzufriedenheit aus (vgl. Germack et al., 2015, 2017, Marenko et al. 2016).

Gesetzliche Grundlagen für das Anerkennungsverfahren

Die EU-Anerkennungsrichtlinie 2005/36/EG, die im Jahr 2005 in Kraft getreten ist, sieht vor, dass sogenannte reglementierte Berufsabschlüsse der Gesundheitsberufe grundsätzlich als gleichwertig von den EU-Mitgliedsstaaten anerkannt werden. Das Anerkennungsgesetz des Bundes gibt Fachkräften aus dem Ausland das Recht, dass ihr Berufsabschluss auf Gleichwertigkeit mit dem deutschem Referenzberuf überprüft wird.

Für die Gleichwertigkeitsprüfung sind nach dem Berufsqualifikationsfeststellungsgesetz (BQFG) bei Gesundheitsberufen in der Regel die Kammern zuständig. Wenn, wie bei der Gesundheits- und Krankenpflege, keine Bundes-(Pflege-)Kammern existieren, bestimmt das Bundesland die zuständige Stelle. Pflegefachkräfte mit Drittstaatsqualifikationen müssen ein individuelles Anerkennungsverfahren durchlaufen, um die Gleichwertigkeit ihrer Ausbildung nachzuweisen (vgl. Pütz et al. 2019; Erbe et al. 2014). Diese Anpassungsmaßnahme dauert in der Regel sechs bis elf Monate und schließt mit einer Kenntnisprüfung ab. Im Rahmen des Anerkennungsverfahrens gibt es für die Pflege Empfehlungen der einzelnen Bundesländer für die erforderliche Sprachkompetenz (vgl. Klein 2016). Im Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmen (GER) sind die Sprachniveaus in sechs Stufen von A1 bis C2 gegliedert. Für die Berufszulassung fordern die zuständigen Landesbehörden den Nachweis von Sprachkenntnissen auf dem Niveau B1 oder B2 (vgl. Erbe et al. 2014). Wie aus der Abbildung 1 hervorgeht, geht es in dem Sprachniveau B1 darum, „Hauptpunkte“ eines Gespräches folgen zu können, „wenn klare Standardsprache verwendet wird“ (GER 2018). Pflegebedürftige Menschen äußern sich allerdings nicht immer in „Standardsprache“. Bei B2 erhöht sich der Anspruch von „Hauptpunkten“ in „Hauptinhalte“ Eine sprachkompetente Person auf C1 Niveau dagegen „Kann ein breites Spektrum anspruchsvoller, längerer Texte verstehen und auch implizite Bedeutungen erfassen. [...] Kann die Sprache im gesellschaftlichen und beruflichen Leben oder in Ausbildung und Studium wirksam und flexibel gebrauchen“ (GER 2018, vgl. Abbildung 1). Für die Anforderungen und fachlichen Heraus-

A1 – Anfänger
Kann vertraute, alltägliche Ausdrücke und ganz einfache Sätze verstehen und verwenden, die auf die Befriedigung konkreter Bedürfnisse zielen. Kann sich und andere vorstellen und anderen Leuten Fragen zu ihrer Person stellen – z. B. wo sie wohnen, was für Leute sie kennen oder was für Dinge sie haben – und kann auf Fragen dieser Art Antwort geben. Kann sich auf einfache Art verständigen, wenn die Gesprächspartnerinnen oder Gesprächspartner langsam und deutlich sprechen und bereit sind zu helfen.

A2 – Grundlegende Kenntnisse
Kann Sätze und häufig gebrauchte Ausdrücke verstehen, die mit Bereichen von ganz unmittelbarer Bedeutung zusammenhängen (z. B. Informationen zur Person und zur Familie, Einkaufen, Arbeit, nähere Umgebung). Kann sich in einfachen, routinemäßigen Situationen verständigen, in denen es um einen einfachen und direkten Austausch von Informationen über vertraute und geläufige Dinge geht. Kann mit einfachen Mitteln die eigene Herkunft und Ausbildung, die direkte Umgebung und Dinge im Zusammenhang mit unmittelbaren Bedürfnissen beschreiben.

B1 – Fortgeschrittene Sprachverwendung
Kann die Hauptpunkte verstehen, wenn klare Standardsprache verwendet wird und wenn es um vertraute Dinge aus Arbeit, Schule, Freizeit usw. geht. Kann die meisten Situationen bewältigen, denen man auf Reisen im Sprachgebiet begegnet. Kann sich einfach und zusammenhängend über vertraute Themen und persönliche Interessengebiete äußern. Kann über Erfahrungen und Ereignisse berichten, Träume, Hoffnungen und Ziele beschreiben und zu Plänen und Ansichten kurze Begründungen oder Erklärungen geben.

B2 – Selbständige Sprachverwendung
Kann die Hauptinhalte komplexer Texte zu konkreten und abstrakten Themen verstehen; versteht im eigenen Spezialgebiet auch Fachdiskussionen. Kann sich so spontan und fließend verständigen, dass ein normales Gespräch mit Muttersprachlern ohne größere Anstrengung auf beiden Seiten gut möglich ist. Kann sich zu einem breiten Themenspektrum klar und detailliert ausdrücken, einen Standpunkt zu einer aktuellen Frage erläutern und die Vor- und Nachteile verschiedener Möglichkeiten angeben.

C1 – Fachkundige Sprachkenntnisse
Kann ein breites Spektrum anspruchsvoller, längerer Texte verstehen und auch implizite Bedeutungen erfassen. Kann sich spontan und fließend ausdrücken, ohne öfter deutlich erkennbar nach Worten suchen zu müssen. Kann die Sprache im gesellschaftlichen und beruflichen Leben oder in Ausbildung und Studium wirksam und flexibel gebrauchen. Kann sich klar, strukturiert und ausführlich zu komplexen Sachverhalten äußern und dabei verschiedene Mittel zur Textverknüpfung angemessen verwenden.

C2 – Annähernd muttersprachliche Kenntnisse
Kann praktisch alles, was er/sie liest oder hört, mühelos verstehen. Kann Informationen aus verschiedenen schriftlichen und mündlichen Quellen zusammenfassen und dabei Begründungen und Erklärungen in einer zusammenhängenden Darstellung wiedergeben. Kann sich spontan, sehr flüssig und genau ausdrücken und auch bei komplexeren Sachverhalten feinere Bedeutungsnuancen deutlich machen.

Abbildung 1: Die Niveaustufen des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens für Sprachen GER

Quelle: Gemeinsamer Europäischer Referenzrahmen für Sprachen (GER). Zugriff unter: http://www.europaeischer-referenzrahmen.de/ Abruf 07.12.2018

forderungen in der Pflege scheint ein hohes Sprachniveau daher notwendig und unumgänglich.

Sprachschulen in Deutschland, Europa und auch im außereuropäischen Ausland bestätigen in der Regel die Sprachkompetenz durch ein Zertifikat. Der Wert eines Sprachzertifikates bemisst sich nach den Qualitätsstandards, die bei der Entwicklung, Durchführung und Auswertung des Sprachtests angelegt werden. Die Bundesländer verlangen nicht zwingend eine Akkreditierung der Institutionen. Grundsätzlich kann jeder in Deutschland eine Sprachschule gründen, denn anders als im staatlichen Schulwesen gibt es kein bundesstaatliches Schulmonopol. Auch der Zeitpunkt des Nachweises differiert. So kommt es vor, dass ausländische Pflegefachpersonen im Heimatland das Sprachzertifikat B1 bzw. B2 erhalten haben, aber wegen des fehlenden Visums erst Monate später ausreisen dürfen. Während der Wartezeit und ohne fortlaufenden Sprachunterricht geht die erworbene Kompetenz wieder verloren. Das führt unter anderem zu dem Anreiz für die Vermittler, aber auch für die ausländischen Pflegefachpersonen, die Berufsanerkennung in Bundesländern mit niedrigem Anforderungsniveau zu erwerben (vgl. Allgemeine Zeitung 2018). (Bundes-)Einheitliche Regelungen sowie standardisierte Vorgaben sind daher zwingend notwendig, um die Qualität zu sichern und primär ökonomisch motivierten Interessen entgegenzuwirken.

Daher fordern wir:

1. Die Anerkennung von international erworbenen Bildungsabschlüssen muss nach (bundes-) einheitlichen Kriterien erfolgen.
2. Zur Berufsanerkennung als Pflegefachperson ist das Sprachniveau C1 gemäß des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmen (GER) erforderlich.
3. Im Rahmen des Anerkennungsverfahrens müssen die pflegerischen und medizinischen Fachtermini geprüft und in die Bewertung der Sprachkompetenz aufgenommen werden.
4. Für die Sprachkompetenzprüfung ist ein einheitliches und standardisiertes Verfahren zu entwickeln und anzuwenden.
5. Die Prüfung der Sprachkompetenz ist auf die Pflegekammern zu übertragen. In Bundesländern, wo noch keine Pflegekammer existiert soll das Land dafür eine zentrale Stelle einrichten.
6. Sprachschulen müssen eine Zertifizierung bzw. Akkreditierung nachweisen.
7. Die Einschätzung der berufsspezifischen Sprachkompetenz im Rahmen des Anerkennungsverfahrens muss durch qualifizierte Praxisanleiter erfolgen.
8. Für die Begleitung während der Anerkennungsphase in der jeweiligen pflegerischen Einrichtung sind qualifizierte Praxisanleiter freizustellen.
9. Arbeitgeber müssen sprachliche Qualifizierungsangebote bereitstellen, um die sprachliche Qualifikation der internationalen Pflegefachpersonen weiter zu entwickeln und langfristig zu sichern.

10. Zur Bindung von zugewanderten Pflegefachpersonen müssen Arbeitgeber spezifische, auf den Beruf und das soziale Umfeld ausgerichtete, Integrationskonzepte entwickeln.
11. Internationale Pflegefachpersonen müssen im deutschen Gesundheitssystem fortgebildet werden.
12. Bereitstellung finanzieller Mittel für eine wissenschaftliche und praxisbezogene Forschung im Hinblick auf effektive Maßnahmen zu Rekrutierungs- und Bindungsaspekten sowie zu den Auswirkungen auf die pflegebedürftigen Menschen und Outcomes seitens der Politik.
13. Einsatz von strukturierten Arbeitshilfen wie z.B. SBAR (Holtel et al. 2015) für eine zielgerichtete Kommunikation.

Fazit und Ausblick

Die Anzahl von im Ausland ausgebildeten Pflegefachpersonen wird aufgrund des bereits heute bestehenden Fachkräftemangels in der Pflege auch in Zukunft weiter steigen. In der Praxis werden die ausländischen Pflegefachpersonen häufig bereits im Anerkennungsverfahren als Arbeitskraft eingesetzt und unmittelbar nach Erhalt der Anerkennung voll auf dem Stellenplan angerechnet. Zu diesem Zeitpunkt sind sie sprachlich noch nicht ausreichend in der Lage, sich differenziert auszudrücken. Einheimische Pflegefachpersonen übernehmen im Team dann oft die gesamte Verantwortung für die Patientenversorgung und fühlen sich dadurch zusätzlich belastet bzw. überfordert. Durch das Umsetzen der Empfehlungen, insbesondere eines höheren Sprachniveaus, verbessern sich die Vorrausetzungen für die Integration von ausländischen Pflegefachpersonen. Dies wiederum kann zu einer Absenkung der Belastung und zu einer höheren Mitarbeiterzufriedenheit führen.

Neben den Herausforderungen ist die Zuwanderung von internationalen Pflegefachpersonen aber auch eine Chance um Veränderungen in der tradierten Pflege in Deutschland anzustoßen und voranzutreiben. Wir lernen über das Aufgabenfeld der professionellen Pflege in anderen Ländern, auf welcher Ausbildung/Studium deren Kompetenzen und erweiterte Verantwortung basieren und dass damit ein anderes berufliches Selbstverständnis und auch Selbstbewusstsein einher geht. Unterschiedliche kulturelle Kompetenzen im Team kommen auch der Vielfalt der pflegebedürftigen Menschen zugute. Als eine wichtige Maßnahme der „Konzertierten Aktion Pflege“ (KAP) hat im Februar 2020 die „Zentrale Servicestelle zur Berufsanerkennung“ (ZSBA) in Bonn ihre Arbeit aufgenommen, um Pflegefachpersonen aus dem Ausland dabei zu unterstützen, in Deutschland beruflich Fuß zu fassen (PM 019/2020, BMG 17.02.2020). Die Gesundheitseinrichtungen sollten sich gut vernetzen, um sich über ihre Erfahrungen auszutauschen. Um die Bedeutung einer ausreichenden Sprachkompetenz für die Leistungsfähigkeit von qualifizierten Pflegefachkräften auf die Patientensicherheit und für eine evidenzbasierte Gesundheitsversorgung aufzuzeigen, sind sowohl quantitative als auch qualitative Daten erforderlich (vgl. EFN 2015). Pflegebedürftige Menschen haben ein Anrecht auf eine qualitativ hochwertige und sichere Versorgung und die Beschäftigten auf angemessene und gesunde Arbeitsbedingungen. Die WHO hat alle Länder aufgerufen im Jahr 2020 in „Pflege und Hebammen zu investieren, denn „Nurses and midwives are the backbone of every healthy system“ (vgl. WHO 2020).

Literatur

Abt-Zegelin, A./ Schnell, M. W. (2005): Sprache und Pflege als Thema der Pflegewissenschaft. Huber: Bern.

Brünner, G. (2005): Gespräche zwischen Pflegenden und PatientInnen aus linguistischer Sicht. In: A. Abt-Zegelin, M.W. Schnell (Hrsg.): Sprache und Pflege. Huber: Bern, 61-66.

Bundesministerium für Bildung und Forschung (2014): Die Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen und die Pflege Erfahrungen – Herausforderungen – Weiterentwicklung, [online] http://deutschespflegeforum.de/fileadmin/redakteure/pdf/neu_20141210_DtPflegeForum-Maier_Anerkenung__2_.pdf [16.03.2019].

Bundesministerium für Bildung und Forschung (2019): Anerkennung in Deutschland: Gesundheits- und Krankenpfleger, [online] https://www.anerkennung-in-deutschland.de/tools/berater/de/berater/result [16.03.2019].

Bundesministerium für Bildung und Forschung (2020): Beratung für Berufsanerkennung ausländischer Fachkräfte wird verbessert, [online] https://www.bmbf.de/de/beratung-fuer-berufsanerkennung-auslaendischer-fachkraefte-wird-verbessert-10931.html [09.03.2020].

Bundesministerium für Gesundheit (2018): Pflegekräfte aus dem Ausland, [online] https://www.bundesge-sundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2018/november/pflegekraefte-aus-dem-ausland.html [11.03.2019].

Erbe, J., Böse, C., Lüdemann, S. et al. (2014): Bericht zum Anerkennungsgesetz 2014. Bundesministerium für Bildung und Forschung: Berlin.

GER Gemeinsamer Europäischer Referenzrahmen für Sprachen, [online] http://www.europaeischer-referenzrahmen.de/einstufungstest.php [10.03.2019].

Klein, W. (2016): Ausländische Pflegekräfte: Qualitätssicherung durch zuverlässige Sprachprüfungen. In: Pflegezeitschrift, Jg. 69, Heft 5. Springer Verlag: Berlin.

Lincke, H./ Nienhaus, A./ Schablon, A./ Ulosoy, N./ Wirth,T. (2018): Psychosoziale Belastungen und Beanspruchungen in der Altenpflege: Vergleich zwischen Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. Springer Verlag: Berlin. 1-9.

Long, S./ Arora, S./ Moorthy, K./ Sevdalis, N./ Vincent, C. (2011): Qualities and attributes of a safe practionier: identification of safety skills in healthcare. BMJ Quality & Safety, 6:483-90.

Mazurenko, O. / Menachemi, N. (2016): Use of foreign-educated nurses and patient satisfaction in U.S. hospitals, in: Health Care Manage Rev, 2016, 41(4), 306-315.

Mediendienst Integration (2019): Zugewanderte Ärzte und Pflegekräfte in Deutschland, [online] https://mediendienst-integration.de/artikel/zugewanderte-aerzte-und-pflegekraefte-in-deutschland.html [09.03.2020].

Millich, N. (2020): Servicestelle zur Berufsanerkennung nimmt Arbeit auf, [online] https://www.bibliomed-pflege.de/alle-news/detailansicht/39959-servicestelle-zur-berufsanerkennung-nimmt-arbeit-auf/?utm_source=CleverReach&utm_medium=email&utm_campaign=BibPflege_20200228&utm_content=Mailing_11826550 [09.03.2020].

Neumann-Ponesch, S. (2017): Wichtige Theoretikerinnen und ihre Theorien – eine Kurzdarstellung. In: S. Neumann-Ponesch (Hrsg): Modelle und Theorien in der Pflege. Österreich: Facultas. 104-124.

OECD (2019): Health at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, [online] https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en [09.03.2020].

OECD (2020): StatHealth Care Resources: Hospital beds; Nurse-to-bed ration (FTE), [online]https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30183 (Stand: 2020-02-08) [08.02.2020].

OECD/EU (2018):, Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in EU Cycle, OECD Publishing, Paris. https://doi.org/10.1787/halth_glanceeur-2018-en.

Holtel, M. / Pilz, S. / Pivernetz, K. / Poimann, H. / Rode, S. (2015): SBAR als Toll zur fokussierten Kommunikation, Köln: GQMG e.V. [online]https://www.gqmg.de/Dokumente/ag_komm_qm_rm/Arbeitshilfe_bessere_Kommunikation_02_SBAR.pdf [09.03.2020].

Pütz, R. / Kontos, M. / Larsen, C. / Rand, S. / Rukonen-Engler, M. (2019): Betriebliche Integration von Pflegefachkräften aus dem Ausland, Studie der Hans-Böckler-Stiftung, [online]https://www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_416.pdf [01.03.2020].

Schrappe, M. (2018): APS – Weißbuch Patientensicherheit. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: Berlin.

Scott, S.D./ Hirschinger, L.E./ Cox, K.R. (2009): The natural history of recovery for the healthcare provider “second victim” after adverse patient events. BMJ Quality & Safety, 18:325-330.

Tagesspiegel (01.03.2019, 18:23): Zuwanderung Zahl der ausländischen Pflegekräfte steigt

The European Federation of Nurses Associations (EFN): EFN Position Paper – Oktober 2015, Deutsche Übersetzung von Johanna Knüppel, DBfK Bundesverband e. V.

World Health Organization (2010): WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personal, [online] http://www.who.int/hrh/migration/code/code_en.pdf [28.08.2018].

World Health Organization (2020): Year of the Nurse and the Midwife 2020, [online] https://www.who.int/news-room/campaigns/year-of-the-nurse-and-the-midwife-2020 [09.03.2020].

GQMG –POSITIONSPAPIER

Sprachkompetenz von ausländischen Pflegefachpersonen – eine Schlüsselqualifikation

Verfasser des Positionspapiers

GQMG-Arbeitsgruppe Pflege und Qualität
Vivienne Thomas (Leitung AG)
Armin Hauss (Stv. Leitung AG)
Vera Lux (Stv. Vorsitzende GQMG)

unter der Mitarbeit von:
Sebastian Thomas
Laura Duckek
Daniela Schliffer
Alexandra Müller-Helm
Gabriele Schneider
Hermann Hemsing
Frank Neugebauer

Beschluss des GQMG-Vorstands
vom 24. April 2020

GQMG
Gesellschaft für Qualitätsmanagement
in der Gesundheitsversorgung e. V.

Geschäftsstelle
Industriestraße 154
D-50996 Köln

Telefon +49 (2236) 9696188
Fax +49 (223) 9696189

E-Mail info@gqmg.de
Internet www.gqmg.de

Die GQMG ist eine seit 1993 bestehende Gesellschaft mit Sitz in Düsseldorf und Geschäftsstelle in Köln mit mehr als 500 Mitgliedern aus allen Berufen und Bereichen im Gesundheitswesen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz und einem breiten Themenspektrum rund um Qualität und Management in der Gesundheitsversorgung.

Ihre Zielsetzungen sind die...

...Entwicklung und Bewertung von Konzepten, Methoden und Instrumenten des Qualitäts- und klinischen Risikomanagements,

...Positionsbestimmung zu Qualitätsfragen im gesundheitspolitischen Umfeld,

...Unterstützung bei der Implementierung und praktischen Umsetzung in den Einrichtungen des Gesundheitswesens,

...Kooperation mit Fachgesellschaften und Institutionen auf nationaler und internationaler Ebene,

...Anregung wissenschaftlicher Vorhaben und Verbreitung von Forschungs- und Entwicklungsergebnissen.

! HINWEIS: Aus Gründen der vereinfachten Lesbarkeit wird bei Personenbezügen die männliche Form gewählt, welche selbstverständlich die weibliche einschließt: Frauen und Männer sind in gleicher Weise einbezogen.