



ADLER MANAGEMENT
BERLIN-STOCKHOLM

Strategie IK

***Von der Not-OP zum erfolgreichen und nachhaltigen Fachkräfterecruiting in
den stationären und ambulanten Versorgungseinrichtungen des
Brandenburger Gesundheitswesens***

***Ein Vorschlag des Projektteams
„IK - Das Interkulturelle Krankenhaus“
unter Federführung
von Adler Management Berlin***

Autor:

Dipl.-Ing. Marco Bünger

Mai 2015

Einleitung	3
IK national - Analyse	3
IK international - Analyse	5
Strategievorschlagn IK Brandenburg	8
IK I- Willkommenskultur und qualitätsgesicherte Kompetenzentwicklung	9
IK II - Innovationen in Organisation und Kooperation	11
IK III - Vernetzung der Akteure und Öffentlichkeitsarbeit	12
Am Ende...	13

Einleitung

Die Analysen in der Konzeptionsphase Projekts IK¹ und Studien der LASA² sagen für das Gesundheitssystem, speziell die stationären Versorgungsstrukturen im Land Brandenburg einen dramatischen Fachkräftemangel voraus. In den nächsten 5 bis 10 Jahren wird durch Massenabgänge und fehlenden Nachwuchs eine Fachkräftesituation entstehen, die es nahezu unmöglich macht, vorhandene Strukturen und Versorgungsstandards zu erhalten.

Adler Management hat im Rahmen des Projekts IK verschiedene Kliniken³ des Landes Brandenburg interviewt, um sich einen Einblick in die derzeitige Situation zu verschaffen, ohne dabei neue statistische Erhebungen durchzuführen. Zugleich wurde die Situation in den in das Projekt mit eingebundenen Regionen Gävleborg (Schweden) und Birmingham (Großbritannien) analysiert und die Systeme in groben Zügen verglichen. Im Rahmen mehrerer Studienreisen in die Regionen wurden Akteure befragt und Vergleiche getätigt sowie innovative Ansätze begutachtet.

Im Ergebnis dieses gut einjährigen Prozesses entstand in gemeinsamer Arbeit mit dem Projektträger WEQUA, dem Klinikum Niederlausitz und den begleitenden Experten der Strategievorschlag IK, darüber hinaus begleitende Curricula⁴, auf die im weiteren Verlauf verwiesen wird. Das Land Brandenburg braucht dringend einen strategischen Ansatz der Herangehensweise an die Thematik, ebenso aber auch schnelle Schritte in der Umsetzung. Sowohl die Fachkräftesituation als auch die Flüchtlingssituation zwingen die handelnden Akteure quasi dazu.

IK national - Analyse

In den Interviews mit den bereits benannten Kliniken des Landes Brandenburg, bei denen bis auf eine Ausnahme immer die Geschäftsleitungen persönlich mit am Tisch saßen, ergab sich folgendes Bild:

¹ IK - Das interkulturelle Krankenhaus; Projekt mit Förderung des ESF und des MASGF Brandenburg; Projektträger: WEQUA GmbH; Weiterleitungspartner: Adler Management, strategischer Partner: Klinikum Niederlausitz; mitwirkende Experten: Dr. Carsten Jäger, Lutz Eggeling

² noch nicht veröffentlicht

³ Teilnahme nach Anschreiben durch das (damalige) MUGV: Asklepios-Klinik Schwedt/O., Ruppiner Kliniken Neuruppin, Barnimer Kliniken Eberswalde, Brandenburgklinik Wandlitz, Klinikum LDS Lübben, Klinikum Niederlausitz Senftenberg, keine Teilnahme: CTK Cottbus, Bergmann-Klinikum Potsdam

⁴ C1: Interkulturelle Sensibilisierung von Belegschaften Brandenburger Krankenhäuser; EQIK: Einstiegsqualifizierung für Migranten, Zuwanderer, Flüchtlinge vor der Aufnahme einer Tätigkeit im Brandenburger Gesundheitswesen

- I) In allen Kliniken gibt es heute bereits in mehr oder weniger großem Umfang freie Stellen, die nicht besetzt sind und derzeit nicht besetzt werden können. Je nach Trägerschaft der Kliniken wird dies als Problem gesehen bzw. auch ein wenig „gewollt“. Grundsätzlich führt diese Situation in allen Fällen zu einer zusätzlichen Belastung des vorhandenen Personals auf allen Ebenen.
- II) Es lässt sich in etwa im „normalen“ Pendelabstand zu Berlin ein Kreis um die Stadt ziehen, innerhalb dessen es keinen oder keinen nennenswerten Ärztemangel zu verzeichnen gibt, dafür aber um so stärkere Engpässe bei qualifiziertem Alten- und Krankenpflegepersonal. Außerhalb dieses Pendelradius hingegen verkehrt sich die Situation ins Gegenteil: Alten- und Krankenpflegepersonal ist leichter zu akquirieren und auszubilden, da gerade für Frauen häufig Berufsalternativen fehlen; bei Ärzten hingegen herrscht bereits heute ein großer Mangel.
- III) Die Kliniken haben bereits vereinzelt Projekte umgesetzt, um gezielt ausländische Fachkräfte, vorrangig aus dem Baltikum und Südeuropa, anzuwerben, zu qualifizieren und nachfolgend zu beschäftigen (hierbei handelte es sich vorrangig um Alten- und Krankenpflegepersonal, vereinzelt auch um Ärzte). Der nachhaltige Effekt dieser Projekte ist äußerst gering und wird auch in den Häusern kritisch gesehen. Nur etwa 10-20% der angeworbenen Teilnehmer ist heute noch in den Kliniken tätig. Damit lägen die Kosten von Anwerbung und Qualifizierung pro Person im niedrigen sechsstelligen Bereich und damit um ein vielfaches über den Ausbildungskosten etwa im Pflegebereich in Deutschland.
- IV) Besonders in den peripheren Kliniken ist es heute⁵ bereits üblich, Ärzte über Headhunter zu akquirieren und dafür ebenso sechsstellige Budgets per anno zur Verfügung zu stellen. Hier zeigte sich in den Gesprächen ebenso das Problem der nachhaltigen Bindung der angeworbenen Ärzte. Diese gelingt in einigen Häusern immer besser, anderswo gar nicht.
- V) Die schlechten Erfahrungen aus den Punkten III und IV sind auch dem Fakt geschuldet, dass sich keine Klinik bis heute strukturiert mit dem Thema „Interkulturelle Öffnung“ beschäftigt. Thematische Trainings fanden gar nicht statt, einzig im Klinikum Niederlausitz gibt es erfolgsversprechende Ansätze und einen dezidierten Willen der Geschäftsleitung zur Entwicklung einer diesbezüglichen Unternehmenskultur. Andere Kliniken halten dies teilweise sogar für unnötig, und wundern sich zugleich über hohe Fluktuationsraten beim ausländischen Fachpersonal.
- VI) Die Qualifizierung von ausländischem Fachpersonal erfolgt heute (sowohl Sprache als auch Systemkenntnisse) klinikintern, es gibt keine einheitlichen Ansätze, weder von der Methodik noch vom Umfang der Qualifizierung. So kann es sein, dass ein Arzt in Senftenberg an Wochenenden in Kochkursen die deutsche Umgangssprache lernen kann,

⁵ in einigen Kliniken schon seit mehr als einem Jahrzehnt (!)

während ein Pfleger in einer anderen Klinik nach der Arbeitszeit auf eigene Kosten in der Volkshochschule seine Sprachkenntnisse verbessern muss. Einheitliche Standards, qualitätsgesicherte Kompetenzentwicklung im Bereich Gesundheitssystem und Sprache, sind heute nicht vorhanden. Ebenso wenig herrscht eine Transparenz bei der Kompetenzbilanzierung und -wertung.

VII) In den Gesprächen zeigte sich - auch dem vorgenannten Umstand geschuldet - eine vorsichtig offene bis offen positive Einstellung zu übergreifenden Projektansätzen wie etwa der zentralen Qualifizierung und Ausbildung von Fachpersonal aus dem Ausland. Die Idee einer gemeinsamen Grundlagenqualifizierung wurde mehrheitlich positiv aufgenommen.

Die beschriebene Situation wird sich in den nächsten Jahren weiter dramatisch verschlechtern, bedingt durch den Renteneintritt der geburtenstarken Jahrgänge in den nächsten 5-15 Jahren. Dies wird in einigen Kliniken (wieder besonders in der Peripherie) zu dramatischen Umstrukturierungen führen, teilweise gehen „ganze Kliniken“⁶ in den Ruhestand. Bereits heute fehlen in Deutschland etwa 175.000 Ärzte und Pfleger, rund 15% der Stellen in Krankenhäusern sind unbesetzt⁷. In Brandenburg, nicht gerade das konkurrenzkräftigste Bundesland im Bereich qualifizierter und hochqualifizierter Jobs, rechnet man - noch unveröffentlichten Zahlen zufolge - mit jährlich rund 3.000 zu besetzenden Stellen im Bereich der Alten- und Krankenpflege. Diese Bedarfe sind mit herkömmlichen Instrumenten im Land Brandenburg nicht einmal annähernd zu decken. Es lässt sich also auf den Punkt zusammenfassen, dass die Situation im Land im Grunde nicht schlechter sein könnte. **Die heutigen Maßnahmen zur Fachkräftegewinnung im Land Brandenburg können nur als Not-Operation bezeichnet werden.**

Auf der anderen Seite erleben wir im Moment eine Schwemme⁸ an Flüchtlingen aus Krisengebieten, die - im Land angekommen - derzeit Nichts tun (können)⁹. Unter diesen befinden sich lt. Aussage der Ausländerbehörde und nach Erfahrungen aus Schweden vergleichsweise überdurchschnittlich viele medizinisch ausgebildete Fachleute.

IK international - Analyse

⁶ Diese Aussage wurde in einem Interview so getätigt und beschreibt eine Klinik im Randbereich des Landes, wo quasi alle Verantwortungsträger innerhalb weniger Jahre in den Ruhestand gehen.

⁷ Quelle: einschlägige Studie (Berger)

⁸ Die Zahl der Flüchtlinge stieg von 1.800 im Jahr 2012 auf 6.300 im Jahr 2014 und wird für 2015 auf 13.900 prognostiziert (Quelle: rbb-online).

⁹ Im Übrigen reichte selbst diese Flüchtlingsschwemme (bisher) in Gänze nicht aus, um das Fachkräfteproblem allein im Gesundheitswesen zu bewältigen. Dies als kurze Anmerkung zur Einordnung und Dimensionierung des Problems.

Der Vergleich Deutschlands und Brandenburgs mit den im Projekt mitwirkenden Regionen in Schweden und Großbritannien brachte eine Vielzahl von neuen Erkenntnissen und lässt sich wie folgt zusammenfassen:

- I) Großbritannien und Schweden sind beide sehr gut positionierte Wettbewerber im internationalen Fachkräftemarkt mit einer ausgeprägten Einwanderungskultur, wenngleich auf unterschiedlichen Hintergründen¹⁰ basierend. Die ökonomischen Anreize, aber auch die Arbeitsbedingungen, sind in beiden Ländern verglichen mit Deutschland durchaus als besser zu beurteilen, dies gilt insbesondere für Ärzte.
- II) Die öffentliche Hand setzt in Schweden weitaus mehr Geld für die Fachkräftegewinnung ein als in Deutschland¹¹. Land und Provinzen zahlen die Anwerbung von Fachkräften, die sprachliche Ausbildung in den Heimatländern¹² und später in Schweden ebenso wie eine grundlegende Ausbildung über das Gesundheitssystem¹³.
- III) Im Land (Schweden) selbst herrscht eine „öffentliche“ Willkommenskultur. Flüchtlinge müssen (und können sofort) die schwedische Sprache lernen und eine berufliche Ausbildung nachweisen oder erwerben. Dafür können sie aber auch eine unbegrenzte Aufenthaltsgenehmigung erhalten, wenn sie arbeiten gehen. Angeworbene Fachkräfte werden durch ein professionelles Management in den ersten 12 Monaten begleitet. Dieses organisiert ggf. auch den Familiennachzug¹⁴.
- IV) Mit hohem Aufwand wird versucht, insbesondere bei akademisch ausgebildeten Einwanderern und Flüchtlingen ein schnelles „Matching“ mit potentiellen Arbeitgebern zu erreichen, wobei die Messung formeller und informeller Kompetenzen und die qualitätsgesicherte Kompetenzentwicklung eine wesentliche Rolle spielen und entsprechende IT-gestützte Werkzeuge weit entwickelt sind. Problematisch ist hier eher die hohe mittlere Anerkennungsdauer für ärztliche Berufsabschlüsse - sie liegt in Schweden deutlich über dem deutschen Durchschnitt.
- V) In Großbritannien hingegen sind Migranten heute bereits seit 2-3 Generationen im Gesundheitswesen tätig, sodass man von ethnischen Minderheiten sprechen kann. Der

¹⁰ In Großbritannien ist es eher der Commonwealth und die Kolonialgeschichte, während in Schweden die prognostizierten Fachkräfteprobleme und eine große Hilfsbereitschaft gegenüber Flüchtlingen seit ca. einem Vierteljahrhundert für hohe Migranten- und Einwandererzahlen sorgen.

¹¹ wobei hier auch der Kostenträger gleich dem Krankenhausträger ist, was die Motivation für entsprechende Aktivitäten deutlich steigert.

¹² meist etwa halbjährige Kurse bis Niveau B1/B2

¹³ diese dauert im Beispiel der Provinz Gävleborg 6 Monate (tlw. kombiniert mit Sprachkursen)

¹⁴ Dieses Angebot für angeworbene Fachkräfte aus EU-Ländern ist nicht obligatorisch, sondern kann von den Provinzen eingekauft werden.

NHS versucht in den Regionen, die Anteile ethnischer Minderheiten in den Krankenhäusern etwa denen in der lokalen Bevölkerung anzugleichen (in Birmingham waren dies etwa 46%).

- VI) Trotz langer interkultureller Erfahrungen und „Gewöhnungszeit“ zwischen Einheimischen und ethnischen Minderheiten investiert der NHS als staatliche Organisation auch heute noch viel Geld in das Thema Diversity Management, Interkulturelle Sensibilisierung usw.; der Stand der Entwicklung von Inhalten, Methoden und vor allem der umfassende Erfahrungsschatz der Akteure liegt um Ebenen über dem Stand in Deutschland, geschweige denn Brandenburg. Während man hier teilweise die Notwendigkeit interkultureller Kompetenzentwicklung nicht einmal wahrhaben will, denkt man in Großbritannien selbst in 3. Generation nicht daran, diese Themen zu minimieren oder einzustellen.
- VII) Tiefgang und Gehalt der Beschäftigung mit Fragen der Gleichberechtigung zwischen Ethnien und Religionen in einer Region wie Birmingham bekamen wir zu spüren während unseres Aufenthalts im „Black Power Month“¹⁵. Auf Veranstaltungen wird dabei nicht nur die Gleichberechtigung im Beruf, sondern auch die Gleichbehandlung von Erkrankten sehr transparent und kritisch hinterfragt, bei einer gleichzeitig tiefen demokratischen Grundeinstellung der Beteiligten. Daraus lässt sich für die Strategie des Landes ebenfalls einiges ableiten, zählen doch gerade solche Themen zu den schnell beschriebenen, aber in der Praxis häufig unter den Tisch fallenden.

Zusammenfassend fällt vor allem der Zeitvorsprung der Vergleichsländer und -regionen ins Auge und die pragmatische, aber auch tiefgründige Beschäftigung der beteiligten Akteure in Schweden und Großbritannien mit dem Thema - die im Übrigen auch einfacher als in Deutschland zu gestalten ist aufgrund der klareren Anreizmechanismen in den jeweiligen Gesundheitssystemen. Die weiteren Gründe finden sich in folgenden Zahlen:

- I) Bereits seit mehr als 10 Jahren fehlen international Ärzte und Pflegekräfte. Im Jahr 2001 meldete Großbritannien 57.000 offene Stellen, in Irland kamen bereits Anfang diesen Jahrhunderts neu eingestellte Pflegekräfte mehrheitlich aus dem Ausland.
- II) Die EU-Kommission rechnet bis 2020 mit mehr als 200.000 fehlenden Ärzten.
- III) In Schweden werden 2025 mehr als ein Drittel der benötigten Spezialisten fehlen, bereits heute fehlen 5.000 Pflegekräfte pro Jahr...

¹⁵ In diesem benannten Monat beschäftigen sich die Schwarzen mit Ihrer Rolle in Beruf und Gesellschaft, dazu finden verschiedene Konferenzen und Workshops statt. Wir nahmen an einer Konferenz in Birmingham teil, 6 „weiße“ Gäste inmitten von ca. 150 schwarzen Krankenpflegern und -schwestern.

...kurzum, die Situation in Europa ist angespannt und wird sich weiter zuspitzen. Derzeitige Wanderungsbewegungen aus den südlichen Ländern müssen bezüglich ihrer Nachhaltigkeit in jeder Hinsicht¹⁶ hinterfragt werden.

Für das Land Brandenburg lautet der Schluss: In einer Situation, wie sie schlechter kaum sein könnte (vgl. voriges Kapitel), treten wir in einen internationalen Wettbewerb mit klaren Nachteilen und de facto nicht vorhandener interkultureller Kompetenz bzw. Erfahrung in der nachhaltigen Integration von Migranten.

Strategievorschlagn IK Brandenburg

Eine strategische Herangehensweise an - den Versuch - der Lösung des Fachkräfteproblems bzw. seine Linderung für das Brandenburger Gesundheitswesen in den nächsten Jahrzehnten ist zunächst einmal neu (darum wurde das IK-Projekt einst entwickelt) und muss gleichzeitig komplex gedacht werden. Das bedeutet vor allem, dass alle zur Umsetzung der Strategie dienlichen Maßnahmen vernetzt und als System betrachtet werden müssen - die berufliche Integration von Migrantinnen und Migranten funktioniert nicht ohne die gesellschaftliche Unterstützung und die gleichzeitige interkulturelle Öffnung von Gesundheitswesen (und Gesellschaft). Dies wäre aber ebenso zu kurz gedacht, die Fachkräftethematik erfordert darüber hinaus ebenso Veränderungen in der Organisation und im Zusammenspiel stationärer und ambulanter Akteure, die es zu diskutieren, zu erproben und anzuwenden gilt, wenn im Land Brandenburg ein zukunftsfähiges Gesundheitswesen sicher entwickelt werden soll. Auch hier finden sich in den nachfolgenden Punkten Anregungen aus den Vergleichsländern, die über das klassische „Fachkräftesegment“ hinausgehen.

Eine Strategie IK beinhaltet aus Sicht des Autors DREI wesentliche Säulen:

- I) Die Entwicklung einer Willkommenskultur und eines Systems qualitätsgesicherter Kompetenzentwicklung; beide Schwerpunkte lassen sich nicht trennen - das eine bedeutet quasi das andere - und diese Themen sind immer verknüpft zu betrachten.
- II) Die Förderung und Umsetzung von Innovationen in Organisation und Kooperation; hier liegen Potentiale für die Erhöhung der Effizienz des Systems und damit ggf. auch geringere Personalbedarfe bei Erhalt des Versorgungsniveaus in den Regionen, ebenso aber befinden sich hier einige „heilige Kühe“ ...

¹⁶ Es ist zu fragen: 1. was passiert in den Ländern, die verlassen werden? Bricht dort womöglich das Gesundheitssystem zusammen? 2. wie lange bleiben diese „Wanderer“? Die ersten Spanier haben Deutschland bereits wieder Richtung Heimat verlassen.

III) Die Vernetzung der Akteure von Land, Regionen, Kommunen und deren gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit im Sinne der Flankierung des Themas „Willkommenskultur“ - auch als Stärkung des eigenen Wertverständnisses und des Abbaus von Vorurteilen.

Diese Säulen werden flankiert von einem Set an Maßnahmen, die - zunächst als Pilotvorhaben - nach erfolgreicher Erprobung bzw. mit entsprechenden Modifikationen in den nächsten Jahren dazu beitragen können, die Fachkräfteproblematik im Land Brandenburg zu entspannen und das Gesundheitswesen für seine zukünftigen Funktionen abzusichern.

IK I- Willkommenskultur und qualitätsgesicherte Kompetenzentwicklung

Derzeit ist Deutschland von einer wirklichen Willkommenskultur noch entfernt. Vielen engagierten Bürgern und Kommunen, die sich um die Aufnahme von Flüchtlingen bemühen, steht ein Rechts- und Finanzrahmen gegenüber, der es den Flüchtlingen kaum ermöglicht, die deutsche Sprache zu erlernen, eine Tätigkeit auszuüben und so - unabhängig vom Status des Asylverfahrens - mit dafür zu sorgen, dass zunächst einmal die Sozialkassen des Staates nicht über Gebühr belastet werden und andererseits auch die in vielen Bereichen vorhandenen Fachkräftebedarfe ggf. teilweise / temporär gedeckt werden können. Die öffentliche Diskussion um den Umgang mit Flüchtlingen und bekannte Bewegungen haben zusätzlich das Image Deutschlands (vielleicht auch unverdient) verschlechtert.

Das Land Brandenburg könnte - ohne dazu grundsätzliche Änderungen im Bundesrecht abzuwarten - eine eigene „Willkommenskultur“ entwickeln und es Flüchtlingen ermöglichen, schnell mit dem Erlernen der deutschen Sprache, dem Kennenlernen der deutschen Kultur, aber ebenso durch die Validierung formeller und informeller Kompetenzen und ggf. angepasste Weiterbildungseinheiten mit der beruflichen Integration zu beginnen, besonders in den sog. Bottle-Neck-Segmenten mit bereits vorhandenen Fachkräftebedarfen - wie dem Gesundheitswesen. Dies ist m.E. „gelebte“ Willkommenskultur.

Lenkung der Flüchtlingsströme + frühzeitige Kompetenzkartierung Einstiegsqualifizierung & Validierung von Kompetenzen Integrationsbegleitung nach Arbeitsaufnahme

Es bietet sich an, Flüchtlingsströme zu lenken und so Familien von Medizinerinnen, Krankenschwestern, Studierende des Bereichs (zunächst) an einem Ort zusammenzufassen. Das ermöglicht es den Flüchtlingen, neben dem Erlernen der Sprache gemeinsame Grundlagenqualifizierungen zu durchlaufen und durch ein parallel laufendes Matching den optimalen späteren Arbeitsort im stationären oder ambulanten Bereich zu finden. Arbeitstrainings und die kontinuierliche Validierung von formellen und informellen

Kompetenzen sind so zentral zu steuern und gewähren eine hohe Transparenz und Qualität des Prozesses (Pilotprojekt: National Matching B).

Vor dem Einstieg in eine berufliche Tätigkeit empfiehlt sich die Durchführung einer Einstiegsqualifizierung in das Gesundheitswesen. Diese Idee stammt aus Schweden, wo alle Mediziner eine solche, in den Provinzen organisiert und von den klinischen Trainingszentren durchgeführte Qualifizierung durchlaufen (Umfang: ca. 6 Monate). Sie ersetzt keine fachlichen Qualifizierungen bzw. die Anerkennung von Berufsabschlüssen sondern dient allein dem Kennenlernen des deutschen Gesundheitssystems, seiner Normen und Rahmenbedingungen, kultureller Besonderheiten usw. und ist damit (inkl. der Sprachausbildung bis Level C1) die entscheidende Säule eines qualitätsgesicherten Kompetenzentwicklungsprozesses für Einwanderer und Flüchtlinge vor der Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit im Brandenburger Gesundheitswesen (Pilotprojekt: Curriculum EQIK).

Ausgehend von grundlegenden Sprachkenntnissen (B1 oder B2) modellierten wir bei EQIK für verschiedene „Prototypen“ Ausbildungszeiten von 3-9 Monaten bis zur Erreichung einer **qualitätsgesicherten** Grundkompetenz für eine berufliche Tätigkeit.

Ab dem Zeitpunkt der Aufnahme einer Tätigkeit im Brandenburger Gesundheitswesen sollte eine Integrationsbegleitung organisiert sein, die - analog des schwedischen Vorbilds - bis zu ein Jahr lang die Menschen an ihren neuen Arbeitsorten begleitet, sie bei der sozialen Integration unterstützt und ggf. den Familiennachzug organisiert (Pilotprojekt: Integrationsbegleiter international). Sollte ein Flüchtling einen solchen Prozess durchlaufen haben, so befindet er oder sie sich bereits 2-3 Jahre im Land Brandenburg und die Wahrscheinlichkeit des Verbleibs im Land erhöht sich mit Sicherheit signifikant.

Für die Erprobung dieses Teils der Strategie bietet es sich an, in einer Region des Landes zu starten. Die Bedingungen für Modellprojekte sind derzeit im Süden des Landes gegeben, dort existiert, auch durch IK mit bedingt, ein Netzwerk innovativer Akteure mit Bezug zum Thema. Die Idee des Aufbaus eines klinischen Trainingszentrums in Klettwitz - analog schwedischer Vorbilder als nicht-universitäre Weiterbildungseinrichtung - böte in ihrer Umsetzung den perfekten Rahmen. Perspektivisch kann dieses Thema auch auf andere Orte - je nach Umsetzungschancen - erweitert werden.

Interkulturelle Kompetenzentwicklung

Internationalisierung der Ausbildung in Brandenburg

Eine nachhaltige Integration von ausländischen Fachkräften gelingt grundsätzlich nur bei entsprechender Vermittlung interkultureller Kompetenzen bei den Belegschaften der stationären und ambulanten Versorgungseinrichtungen im Land Brandenburg. Hierzu sind Trainings (regelmäßig) in interkulturellen Themenbereichen notwendig. Solche Trainings lassen sich in das Themenfeld Organisationsentwicklung und Unternehmenskultur einordnen und

sollten in allen Kliniken realisiert werden. Die Erfahrungen aus (dem mit mehr Vorkenntnissen ausgestatteten) Großbritannien zeigen das deutlich. Brandenburg startet hier auf einem sehr niedrigen Niveau (Pilotprojekt: Curriculum IKÖ).

Die Anhebung dieses Niveaus kann auch gelingen, in dem die Ausbildung im Bereich der Alten- und Krankenpflege gezielt internationalisiert wird. Austauschprogramme von Auszubildenden (und Lehrkräften) schaffen eine ggf. höhere Attraktivität dieser Berufsfelder, sie nehmen zudem das Unausweichliche vorweg - die Mobilität von Fachkräften auf dem internationalen Arbeitsmarkt. Eine internationalisierte Berufsausbildung generiert jedoch mehr Vorteile: die Teilnehmer erlangen Kompetenz in anderen Sprachen; sie lernen das „Ankommen“ und somit Sensibilität für ausländische Fachkräfte; sie „erproben“ den internationalen Arbeitsmarkt - dies könnte auch zu einer höheren Bindung an die Heimat führen.

IK II - Innovationen in Organisation und Kooperation

In diesem Bereich kommen aus dem Erfahrungshintergrund des Projekts IK nur einige Empfehlungen, was vor allem zwei Gründe hat: Zum einen gibt es bereits eine Reihe von Diskussionen und auch Modellversuchen im Land Brandenburg, zum anderen handelt es sich bei den nachfolgenden Themen um Ansätze, die im Rahmen der Studienreisen (v.a. in Schweden) beobachtet und diskutiert wurden, aber nicht im Kernfokus des Projekts standen. Dieser Bereich muss in einer ganzheitlichen Strategie des Landes weiter ausgebaut werden, dennoch die folgenden Hinweise:

- l) Grundsätzlich ist das Verhältnis ambulanter und stationärer Versorgungsleistungen in Schweden anders geregelt: mehr Gesundheitszentren, weniger Krankenhäuser, eine deutlich geringere Bettendichte, aber eine vergleichbare Zahl von Ärzten und eine höhere Dichte von hochmoderner Diagnostik zeigen ein anderes Bild. Die Schließung von Geburtenkliniken hat sich nicht auf die Zahl der Geburten ausgewirkt, die in Schweden weiterhin deutlich über Deutschland liegt. Dennoch ist das stark auf Effizienz getrimmte System in Schweden in der Diskussion¹⁷, zumindest an einigen Stellen deuten sich Ausbaubewegungen wieder an. Dennoch gilt: Wenn man in Flächenstaaten wie Brandenburg aufgrund der absehbaren weiteren demographischen Entwicklung in Zukunft mit vergleichbaren Strukturen wie in schwedischen Regionen rechnen muss, dann sollte man sich auch die eine oder andere Idee aus diesem Land anschauen und ggf. übernehmen. Nicht mehr zu haltende Strukturen können auch durch intelligente Prozesskopplungen ersetzt werden, ohne das Wohl des Patienten zu vernachlässigen.

¹⁷ obwohl sich die Reformen von vor mittlerweile 20 Jahren nicht auf irgendeinen Gesundheitsindikator ausgewirkt haben. Im Gegenteil: „der Schwede“ an sich ist immer noch gesünder und wird älter als „der Deutsche“.

- II) Eine erhebliche Veränderung ergab sich in Schweden durch die Neuordnung von Kompetenzen und die damit verbundene Entlastung der Ärzte von vielen Tätigkeiten und deren Übernahmen durch (zugegebenermaßen höher ausgebildete) Krankenschwestern. Eine staatliche Liste vom Anfang der 2000er Jahre regelt dies neu und führte zu einer Verbesserung der Arbeitssituation der Ärzteschaft und gleichzeitig geringeren Personalbedarfen in diesem - auch in Schweden - Bottle-Neck-Beruf.
- III) Das Handling von Gesundheitsdaten der Patienten scheint in Schweden auf einem gänzlich anderen Niveau abzulaufen. Komplette digitalisiert seit Jahren, haben hier stationäre wie ambulante Akteure direkten Zugriff. Das ermöglicht schnelle Reaktionen im Notfall, spart aber auch erheblich Zeit bei stationären Aufenthalten. Dies ist einer der Gründe für die deutlich niedrigeren Verweildauern in schwedischen Krankenhäusern und m.E. per se erst einmal nicht dem Wohle des Patienten entgegen stehend. Die Kosten, der Personalaufwand und nicht zuletzt die Zeit für Mehrfachuntersuchungen ein und derselben Sache werden so gegen Null getrieben. In Deutschland hingegen nimmt jeder Arzt seine Blutprobe, und im Krankenhaus angekommen werden die Patienten noch einmal komplett neu gecheckt, liege da schon vor was wolle...

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Beispiele und Denkanstöße aus Schweden vor allem ihren Grund in den direkteren Anreizsystemen (Kostenträger = Eigentümer = Provinz) und einem pragmatischeren Verständnis von Datenschutz haben. Diese Liste ließe sich weiter fortführen und einige der - hervorstechenden - Ideen (Gemeindeschwester, Gesundheitszentrum) haben ja bereits ansatzweise ihren Weg aus Schweden nach Deutschland gefunden.

Es scheint jedoch, dass eine genaue Analyse der internen Abläufe und Prozesse im schwedischen Gesundheitssystem noch eine Reihe an Verbesserungsvorschlägen für das hiesige System hervorbringen könnte, mit entsprechenden Auswirkungen bis hin zur Fachkräftefrage für das Brandenburger Gesundheitswesen.

IK III - Vernetzung der Akteure und Öffentlichkeitsarbeit

Zur Umsetzung und Begleitung der Strategie und der vorgeschlagenen Pilotprojekte bedarf es eines breiten Netzwerks handelnder Akteure ebenso wie einer politischen Unterstützung über Parteigrenzen hinweg. **Das Land Brandenburg könnte sich profilieren als das Bundesland in Deutschland, in dem Flüchtlinge am schnellsten anfangen zu lernen und zu arbeiten.**

Für dieses Ziel bedarf es eines Netzwerks der handelnden Akteure von Landesregierung über Ausländerbehörde bis hin zu den Arbeitsagenturen, Jobcentern, Landkreisen, Kommunen und den - im Falle IK - Kliniken und ambulanten Trägern als Umsetzer und späterer Arbeitgeber.

Diese Akteure müssen auch öffentlich klar und einheitlich auftreten, die vorgeschlagenen Pilotprojekte müssen gut kommuniziert und erste Erfolge klar sichtbar gemacht werden. Probleme und Änderungen in den Abläufen müssen schnell erfolgen, damit sich der Eindruck der (derzeit) zu langsam agierenden politischen und administrativen Akteure mit der Flüchtlingsfrage verflüchtigt und klar wird, dass uns diese Menschen nicht nur willkommen sind als Gäste sondern ggf. auch als integrale, wohl möglich gar wichtige Bestandteile unserer Gesellschaft.

Der gesamte Prozess der Integration, als Pilotprojekt National Matching B zusammengefasst, muss einhergehen mit der Vermittlung von Werten - Menschenrechte, Demokratie, Gleichheit, Toleranz - um nur einiges von dem zu nennen, was die Menschen nicht mehr kennen dürften aus den Regionen, von wo sie flohen. Vieles von dem, was heute die Debatte „anfacht“ (etwa religiöse Unterscheide), verliert an Bedeutung und wird als gesunde Vielfalt wahrnehmbar, wenn die über o.g. Punkte im Grunde Einigkeit besteht.

Beim Punkt IK III gibt es im Gegensatz zu den vorgenannten kaum Spielraum: entweder alle relevanten Akteure sind sich dort einig und demonstrieren dies, oder Brandenburg verliert (weiter) den Anschluss im internationalen Fachkräftemarkt, von den gesellschaftlichen Einbußen einmal ganz abgesehen.

Am Ende...

... kann aus diesem Vorschlag eine Strategie werden, die für das Land Brandenburg Anwendung findet und mit den separat im Detail beschriebenen Maßnahmen dazu führt, dass sich die Fachkräftesituation im Gesundheitswesen entspannt, ggf. teilweise gelöst werden kann und so zugleich eine „Blaupause“ entsteht für andere Branchen, denen Ähnliches droht. Die Vorschläge aus dem Projekt IK entstanden in einer kurzen intensiven Phase der Arbeit mit den hiesigen Akteuren und Partnern in zwei bemerkenswerten Ländern. Diesen Partnern und allen Beteiligten am Projekt sei ebenso wie den politischen und finanziellen Unterstützern Dank gesagt.

M.B.