



Erfolgsfaktoren der Personalarbeit für interkulturell geprägte ärztliche Belegschaften

Vorschläge für das Personalmanagement im Krankenhaus auf Basis der Ergebnisse einer Befragung unter Ärzten mit interkulturellem Hintergrund · Management Summary

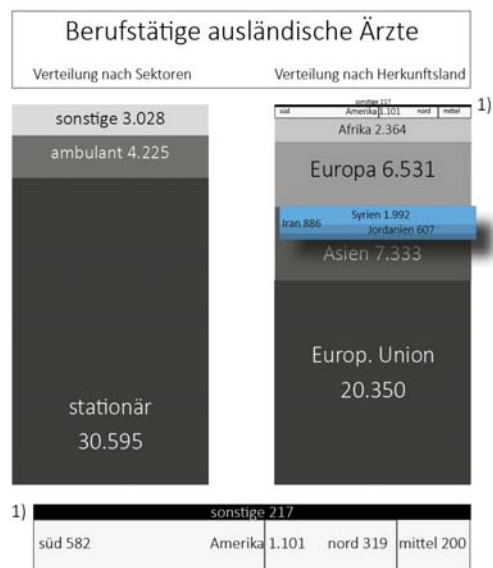
Abstract

Viele Krankenhäuser können ihren ärztlichen Personalbedarf trotz vermehrter Ausschreibungsaktivitäten nicht mehr im Inland decken. Sie greifen verstärkt auf Ressourcen aus dem Ausland zurück und sind mit Herausforderungen konfrontiert, die sich aus dem interkulturellen Setting ärztlicher Teams ergeben. Mit kiaa, einer Befragung unter ausländischen Krankenhausärzten, sollte geklärt werden inwiefern der Erfolg der Personalarbeit vom Ausmaß der kulturell-identitiven Integration der neuen Mitarbeiter abhängt, welche Wechselwirkung zwischen ihrer Integration und der Bereitschaft, sich mit den Zielen und Werten des Arbeitgebers zu identifizieren besteht und welche Ansätze im Personalmanagement vor diesem Hintergrund erfolgversprechend sind.

Many hospitals are increasingly unable to fill vacancies with applicants from within Germany. Hence they are forced to recruit medical personnel from other European countries and beyond and are – as a consequence – confronted with the various problems arising from having intercultural and diverse medical teams. The aim of »kiaa«, a survey among foreign hospital physicians, was to find out the effectiveness of HR-management for those intercultural members of staff and what impact their integration might have on their ability to commit themselves and identify with the values and objectives of their employer.

Ausgangssituation

Die Anzahl ausländischer Ärzte in deutschen Krankenhäusern hat sich in den letzten 10 Jahren nahezu verdoppelt und beträgt nach aktuellen Angaben der Bundesärztekammer knapp 10%. Im Gegensatz zu Ländern wie England, in denen die Arbeitsmigration von Ärzten seit Jahrzehnten fester Bestandteil einer institutionalisierten Einwanderungspolitik ist, ergriff die Bundesregierung relativ spät die Initiative für ein systematisches Auslands-Recruiting. Eine der ersten Aktionen zur Fachkräftesicherung wurde 2011 mit einer Offensive der Bundesregierung und dem Aussetzen der Vorrangprüfung für Hochqualifizierte in die Wege geleitet. Seitdem muss kein Nachweis mehr erbracht werden, dass eine Stelle nicht mit einem inländischen Kandidaten besetzt werden kann. Weitere, bekannte Initiativen sind die Bluecard, eine an bestimmte Qualifikationen und Einkommenshöhen gekoppelte befristete Arbeitserlaubnis die eine Perspektive für ein dauerhaftes Aufenthaltsrecht öffnet, das Portal „make it in Germany“ und, speziell für Ärzte, eine Infoseite des Marburger Bundes, auf der sich Kandidaten umfassend informieren können. Diese ersten Einstiegsinformationen ersetzen



Quelle: Bundesärztekammer Statistik zum 31.12.2015

Abbildung 1: Verteilung berufstätiger Ärzte nach Sektoren u. Herkunftsland

aber nicht die Personalarbeit vor Ort, zumal sich der deutsche Föderalismus mit seinen von Bundesland zu Bundesland unterschiedlichen Zugangsbedingungen und das Krankenhaus als Arbeitgeber mit sehr straffen Organisationsstrukturen eher erschwerend auf den Migrationsprozess auswirken. Entsprechend schwierig ist es für Ärzte, die zunehmend auch aus dem außereuropäischen Ausland kommen, sich an ihrem neuen Arbeitsplatz zu integrieren. Sprachliche Hürden werden dabei meist an erster Stelle genannt. Sie betreffen sowohl die Arzt-Patienten Kommunikation als auch die Verständigung der Kollegen untereinander und können Ursachen für Missverständnisse und Konflikte sein. Aber auch kulturell bedingt unterschiedliche Perspektiven und Erwartungen wirken sich auf die Zusammenarbeit aus und stellen die Arbeitgeber vor Probleme, die

mit rein formalen Maßnahmen wie Erteilung der Approbation oder Arbeitsvertrag nicht gelöst werden und den Erfolg der Personalarbeit gefährden können. Hohe Fluktuationsraten und niedrige Produktivität sind die Folge – zwei der wichtigsten und messbaren Erfolgsfaktoren im Personalmanagement, die nachweislich vom affektiven Commitment abhängen, der Bereitschaft, sich mit den Werten und Zielen des Arbeitgebers zu identifizieren. Ohne ein tiefes Verständnis für die im Krankenhaus übliche Kommunikation und arbeitsspezifischen Kulturstandards ist es jedoch kaum möglich, sich zu „committieren“. Hier muss eine Integrationsleistung erbracht werden, die ohne unterstützende Maßnahmen seitens des HR kaum von den Ärzten selbst bewältigt werden kann, zumal diese oft eine nicht unerhebliche Sprachbarriere überwinden müssen.

Kernproblem und Begründung für den empirischen Forschungsansatz

Um herauszufinden, welcher Interventionsbedarf vor dem Hintergrund der spezifischen Organisationsstrukturen im Krankenhaus seitens des Personalmanagements besteht, und mit welchen Ansätzen der HR-Wertschöpfungsbeitrag auch in interkulturellen Ärzteteams gesichert werden kann, führten die Personalberater von MCM Media Consult in Karlsruhe eine Befragung durch, die explizit die kulturell-identitative Integration der ärztlichen Mitarbeiter mit interkulturellem Hintergrund erfragen sollte. Die Ergebnisse liegen seit Anfang 2017 vor.

Die Entscheidung, mit einer Befragung zunächst das Konstrukt *kulturell/identitive Integration* zu messen, beruhte auf der Erkenntnis, dass das Wissen darüber, auf welchem Integrationslevel sich Mitarbeiter mit interkulturellem Hintergrund befinden eine unabdingbare Voraussetzung dafür ist, weitere Messungen im Bereich Commitment, Motivation und Arbeitsplatzzufriedenheit durchführen zu können. Diese wiederum wirken sich nachweislich direkt auf Fluktuation und Produktivität aus, zwei wichtige Erfolgsfaktoren der Personalarbeit. Ein Arzt, der gemobbt wird, weil er Dinge nicht versteht und sich anders verhält als seine

Kollegen, muss zunächst verstehen, was im kommunikativen Kontext passiert, bevor er sich in gleicher Weise wie seine deutschen Kollegen zu seiner Arbeitszufriedenheit äußern kann. Die Aufgabe der Personalabteilung ist es, herauszufinden mit

Abb. 2: Gegenüberstellung der Maslowschen Bedürfnispyramide und Integrationslevel



welchen Maßnahmen die kulturell bedingten Wahrnehmungsgaps abgebaut werden können. Eine Messung des kulturell/identitiven Integrationsgrads kann hier ein erster Schritt sein.

Kiia – Befragung zur Messung der kulturell-identitiven Integration von Krankenhausärzten

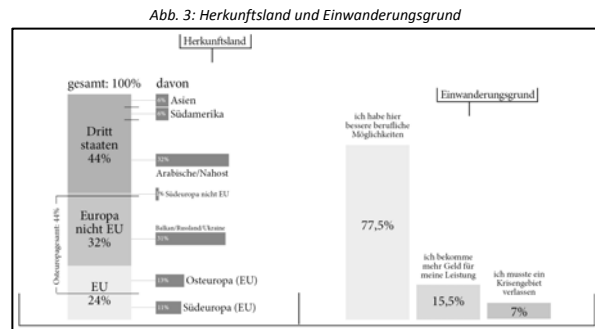
Der Fragebogen enthielt 63 Fragen in 7 Blöcken und war vom 19. Oktober bis zum 17. November 2016 online. Insgesamt nahmen 133 Personen teil, von denen im Verlauf der Befragung 62 Personen oder 46% abbrachen. 60% blieben immerhin bis zum Ende eines wichtigsten Fragebogenteils dabei und hatten 70% der Fragen beantwortet. Die Befragung bezog sich in den ersten drei Fragenblöcken auf die Kommunikation mit dem Team, den Führungskräften und Patienten und stellte so auf einer affektiven Ebene die Interaktion mit den wichtigsten Bezugsgruppen in den Vordergrund. Die Fragen nach diesen „affektiven Integrationsdeterminanten“ sollten zeigen inwiefern sie sich auf die kulturell identitive Integration auswirken, ohne die ein Commitment mit dem Arbeitgeber kaum möglich ist. Weitere Fragen bezogen sich auf die Wahrnehmung des als typisch deutsch geltenden Arbeitsverhaltens wie z.B der Umgang mit Direktheit, Sachorientierung und Trennung von Arbeits- und Privatleben. Des Weiteren wurden die berufliche Sozialisation, Karrierelevel und Ausbildungshintergrund der Befragten sowie die Zusammensetzung der Teams, und ihre Erfahrungen mit interkulturellen Trainings und Sprachförderung mit einbezogen. Abschließend

wurden die Ärzte (m/w) dazu befragt, wie es mit ihrem persönlichen Commitment aussieht, ob sie sich mit den Werten und Zielen ihres Arbeitgebers identifizieren können und welchen Bedarf sie für sich sehen, um sich am Arbeitsplatz voll integrieren zu können.

Bereits in anderen Settings durchgeführte Befragungen im Bereich Arbeitszufriedenheit, Commitment und Motivation, Zielkonstrukten die nachweislich mit dem Fluktuationsgrad und der Produktivität korrelieren, berücksichtigten die Variable Interkulturalität nicht. Dass Interkulturalität aber durchaus einen Einfluss auf Befragungsergebnisse hat, sofern sie die persönliche Involviertheit betreffen, zeigt ein Blick auf Untersuchungen, die den Zusammenhang zwischen kultureller Prägung und unterschiedlicher Wahrnehmung von Arbeitszufriedenheit in kulturellen Kontexten bestätigen. Die Verteilung nach Geschlecht (f:30%, m:70%) entsprach nicht der inländischen Genderverteilung, der Frauenanteil in der Ärzteschaft liegt bei 46% - mit steigender Tendenz. Was die Altersstruktur angeht, so lag das Durchschnittsalter in der Stichprobe mit 32,7 Jahren knapp 10 Jahre unter dem Durchschnittsalter der Krankenhausärzte

insgesamt (41,4; Quelle: BÄK) und sogar mehr als 20 Jahre unter dem der Ärzte im ambulanten Bereich (53,67; Quelle BÄK). Was den Karrierellevel anging, so war der Anteil der Assistenzärzte mit 70% erwartungsgemäß hoch und deckte sich mit der Altersstruktur der Stichprobe. In 2014/2015 lagen an den ersten Stellen Viszeral- und Gefäßchirurgie, Innere Medizin (Kardiologie und Onkologie), Stellt man die Ergebnisse der aktuellen Berichterstattung der Bundesärztekammer gegenüber, so ergibt sich folgendes: 56% der kiia Stichprobe kommt aus Europa (70,6% BÄK); 6% aus Asien (19,6 BÄK), 32% aus Arabischen/Nordafrikanischen Staaten (keine Angabe hierzu bei BÄK), 6% aus (Süd-)amerika (3% BÄK). Signifikant sind die Unterschiede, vorbehaltlich der Aussagekraft der Stichprobe, in der deutlich geringeren Anzahl der Europäischen Kandidaten und der hohen Anzahl derer aus arabischen Staaten, allem voran Syrien und Ägypten. Dies würde die These bestätigen, dass Krisen und Konflikte einen ganz starken Einfluss auf Migrationsbewegungen haben. Überraschend ist auch der große Anteil der aus Drittstaaten kommenden Teilnehmer: dies könnte ein Ergebnis des Wegfalls der Vorrangprüfung sein. Es könnte sich darin aber auch ein Trend dahingehend zeigen, das der Bedarf zukünftig nicht mehr alleine mit Bewerbern aus Europa gedeckt werden kann, weil auch andere Länder vom Fachkräftemangel betroffen sind. Auf die Frage nach

dem Einwanderungsgrund stand der Wunsch nach einer Verbesserung der beruflichen Möglichkeiten mit gut 77% im Vordergrund und bestätigt damit die Erfahrungen mit den



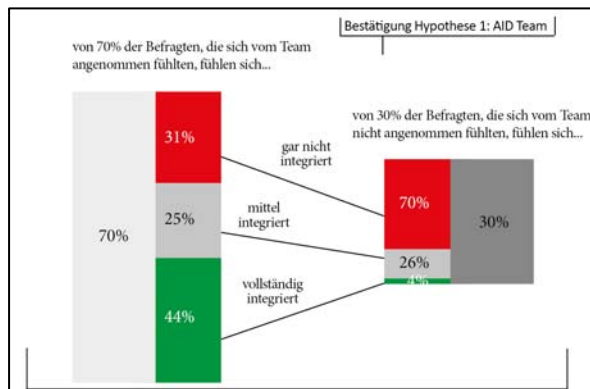
Kandidaten, die in den letzten die Jahren über das Unternehmen der Autorin vermittelt wurden: Die Mehrheit schätzt die medizinische-technische Ausstattung aber auch das zuverlässig strukturierte, gute Karrierechancen bietende Umfeld in Deutschland. Bessere Verdienstmöglichkeiten als Hauptgrund gaben gut 15% an und 7% immerhin gaben zu, dass sie ihr Heimatland nicht freiwillig verlassen haben, sondern sich auf Grund eines Konfliktes dazu gezwungen sahen. Der verhältnismäßig hohe Anteil syrischer Ärzte würde dies erklären.

Befragungsergebnisse zur Kommunikation mit Team, Führungskräften und Patienten

Die Befragung wurde mit der Analysetool Quilik (Iodata) ausgewertet, das es ermöglichte, die Ergebnisse in einen relationalen Zusammenhang zu stellen. So konnte z.B. ermittelt werden, welchen Einfluss Determinanten wie Hilfsbereitschaft im Team, Verständnis seitens der Führungskraft oder auch die Wahrnehmung der typisch deutschen Art zu arbeiten auf die Integration hatten.

Der Einfluss der vom Team gewährten affektiven Integrationsdeterminanten wie Respekt, Wertschätzung und Partizipation, kurz „AID“ genannt, konnte wie folgt bestätigt werden:

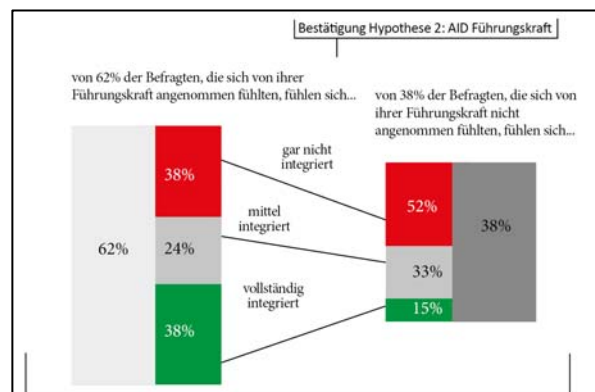
Abb. 4: Affektive Integrationsunterstützung durch das Team



70% fühlten sich vom Team angenommen, 44% davon fühlten sich vollständig integriert und 25% zumindest willkommen. Befragte, die sich nicht vom Team akzeptiert fühlten, fühlten sich zu 70% gar nicht integriert, das sind mehr als doppelt so viele wie in der Vergleichsgruppe. Ein gutes Viertel fühlte sich immerhin willkommen aber nur 4% fühlten sich vollständig integriert, elfmal weniger als in der Gruppe derer, die vom Team Akzeptanz und Wertschätzung erfahren. Damit wäre in der Stichprobe bewiesen, dass die AID des Teams einen sehr hohen Einfluss darauf haben, ob sich jemand integriert fühlt oder nicht, auch wenn in diesem Fall

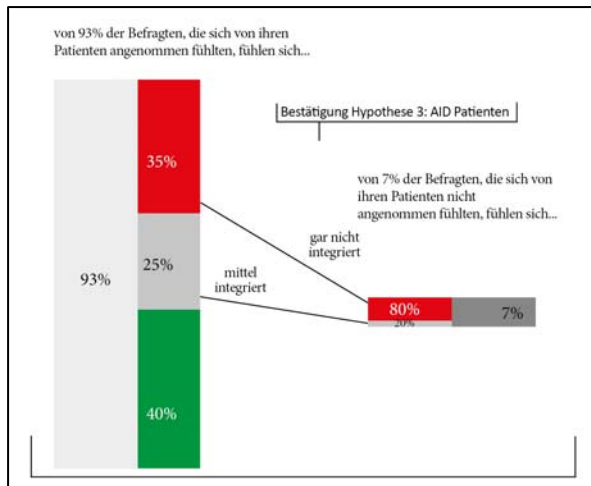
„nur“ 30% sich gar nicht vom Team akzeptiert fühlten. Auch die von der Führungskraft gewährten AID – hier haben die Chefärzte/innen eine Schlüsselrolle - wirkten sich positiv auf die kulturell/identitive Integration aus (Abb.5): Von den knapp zwei Dritteln der Befragten, die sich von ihrer Führungskraft angenommen fühlten – etwas weniger als bei der Bezugsgruppe Team – fühlt sich ein gutes Drittel vollständig integriert, 24% fühlen sich willkommen, so dass man sagen kann: gut die Hälfte fühlt sich relativ gut integriert, wenn die Führungskraft sich auf der affektiven Ebene positiv verhält. Damit ist die Einflussquote hier etwas geringer als bei der Bezugsgruppe „Team“, die mit integrationspositivem Verhalten zu fast 70% dazu beiträgt, dass sich ein ausländischer Mitarbeiter (m/w) integriert fühlt. Von denen, die kein integrationspositives Verhalten seitens der Führungskraft spüren, fühlen sich fast doppelt so viele Befragte gar nicht integriert wie in der Bezugsgruppe; damit ist die Einflussquote auch hier etwas geringer als bei der Teamgruppe: hier fühlten sich deutlich mehr als doppelt so viele nicht integriert, wenn sie vom Team nicht angenommen werden.

Abb. 5: Affektive Integrationsunterstützung durch die Führungskraft



Bei den Patienten zeigte sich ein etwas anderes Bild: Über 90%

fühlen sich von ihren Patienten angenommen und akzeptiert, 65%



dieser Befragten fühlen sich integriert oder zumindest willkommen. Damit lag der positive Einfluss der Bezugsgruppe Patient hier im Mittelfeld zwischen Team (69%) und Führungskraft (62%). Überraschend ist allerdings der extrem hohe negative Einfluss auf das Gefühl integriert zu sein, wenn die Patienten Ablehnung zeigen: er beträgt hier 80%, während sich die Ärzte, die sich von ihrem Team abgelehnt fühlen zu 70% nicht integriert fühlen und bei der Ablehnung durch die Führungskraft nur zu 52%. Ein weiteres Indiz dafür dass die Patienten eine ganz wichtige Bezugsgruppe sind, zumal die 93% der Akzeptanz möglicherweise einem „Patienten-Bias“ geschuldet sein kann. Aussagen in den Kommentarspalten wie „Ich verstehe meine Patienten immer!“ und eine wesentlich größere Toleranz gegenüber Ablehnung oder fremdenfeindlichen Bemerkungen als bei Team und Führungskraft sind ein deutlicher Hinweis darauf.

Abb. 6: Affektive Integrationsunterstützung durch die Patienten

Einfluss der „typisch deutschen“ Arbeitshaltung auf Integration und Commitment

Das, was im Rahmen der interkulturellen Arbeits- und Organisationspsychologie als „typisch deutsch“ bezeichnet wird, kann bei ausländischen Kollegen auf Unverständnis oder sogar Ablehnung stoßen. Ein prägnantes Beispiel ist die strikte Trennung von Privat- und Arbeitsleben oder auch die deutsche „Direktness“, die möglicherweise als harsch oder verletzend empfunden wird. Hier zeigte sich dass mangelnde Übereinstimmung mit den am

Arbeitsplatz gelebten Werten weitaus mehr die Bereitschaft, sich zu committen beeinflusst als das Gefühl, integriert zu sein: knapp zwei Drittel derer, die die am meisten abgelehnten „typisch“ deutschen Verhaltensweisen ebenfalls ablehnten, können sich nicht committen. Die volle Übereinstimmung mit den Werten des Arbeitgebers und damit ein volles affektives Commitment findet sich in dieser Gruppe nur bei 2% der Befragten:

23% der Stichprobe bewertete diese Items eher negativ	Von diesen fühlten sich wie folgt integriert			Von diesen konnten sich wie folgt committen		
	voll	halb	gar nicht	voll	halb	gar nicht
<ul style="list-style-type: none"> Hier konzentriert sich jeder auf seinen Aufgabenbereich und man achtet wenig aufeinander, Hilfe muss man sich holen Die Angst, Fehler zu machen scheint in Deutschland größer zu sein, als der Mut, von den Regeln abweichende Entscheidungen zu treffen Konflikte werden in Deutschland sehr offen, manchmal harsch ausgetragen 						
	33%	25%	42%	2%	37%	61%

Tabelle 1: Einfluss des als negativ wahrgenommenen typisch deutschen Arbeitsverhaltens

Im Gegensatz dazu wurden die untenstehenden Aussagen von der Mehrheit als positiv bewertet. Der Einfluss auf das Gefühl, integriert zu sein ist auch hier vergleichsweise marginal, der Einfluss auf das Commitment dafür um so höher: hier können sich 24% der Befragten voll und ganz committen, (im Gegensatz zu den 2% bei der negativen Bewertung typisch deutscher Arbeitsweise).

Da dem Commitment eine Schlüsselrolle für Fluktuationsrate und Produktivität zukommt, könnte sich eine selbstkritische Prüfung des Arbeitsklimas positiv auf das Commitment der ausländischen Kollegen auswirken – möglicherweise aber auch auf das der deutschen Kollegen.

52% der Stichprobe bewertete diese Items eher positiv	Von diesen fühlten sich wie folgt integriert			Von diesen konnten sich wie folgt committen		
	voll	halb	gar nicht	voll	halb	gar nicht
<ul style="list-style-type: none"> Frauen sind hier mit Männern gleichberechtigt Es gibt sehr viele Regeln. Einige sind sinnvoll, andere behindern die Arbeit Als Ärztin oder Arzt muss ich auch auf Menschen hören, die in der Hierarchie unter mir stehen 						
	38%	27%	35%	24%	38%	38%

Tabelle 2: Einfluss des als positiv wahrgenommenen typisch deutschen Arbeitsverhaltens

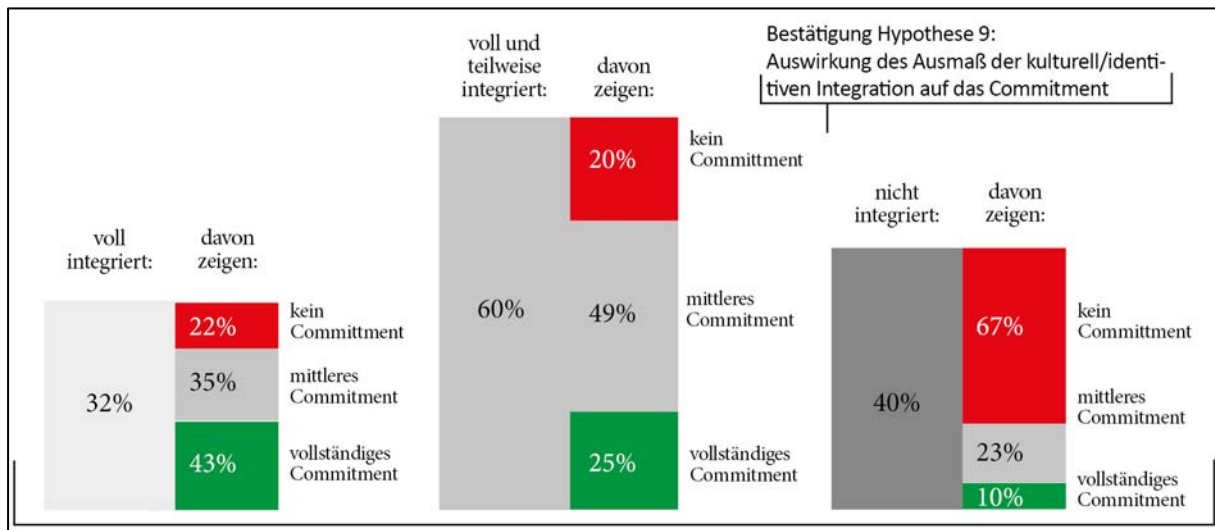


Abb. 7: Auswirkung der kulturell identitiven Integration auf das Commitment

Fazit: Alle quantitativen und qualitativen Auswertungen der Befragung ergaben, dass das Ausmaß der kulturell/identitiven Integration einen erheblichen Einfluss auf die Bereitschaft hat, sich zu committen. In Abb. 7 ist zu sehen, dass Befragte, die sich voll integriert fühlen eine mehr als viermal so hohe Bereitschaft zeigen, sich voll zu committen. Im Umkehrschluss zeigen von denen, die sich nicht integriert fühlen dreimal so viele Befragte keinerlei Bereitschaft sich zu committen im Gegensatz zu denen, die sich vollständig integriert fühlen. Hier besteht die latente Gefahr, dass sich das auf Fluktuation und Produktivität auswirkt und mit entsprechenden Maßnahmen des Personalmanagement gegensteuern müsste.

Handlungsempfehlungen für die Personalabteilung

Trotz eines kurzen Befragungszeitraums von knapp 4 Wochen und einer daraus resultierenden Stichprobengröße von n=71 konnten Ergebnisse erzielt werden, die einerseits mit den in der Praxis beobachteten Problemen interkultureller ärztlicher Teams übereinstimmen und andererseits eine Basis für konkrete Handlungsempfehlungen für das HR liefern. Da die Situation interkultureller Teams von vielen Faktoren abhängt (Größe und Zusammensetzung der Teams, Art der Klinik und Fachrichtungen, Herkunftsland, Alter und Zeitraum des bisherigen Aufenthalts in Deutschland u.a.) sind pauschale Maßnahmen nicht zielführend. Eine Befragung der Mitarbeiter nach dem Muster der „kiia-Befragung“ ist in jedem Fall empfehlenswert, weil sich daran die individuelle Situation vor Ort bestimmen lässt. Der daraus abgeleitete Handlungsbedarf kann dann angepasst werden. Auf die Ausgestaltung einzelner Maßnahmen soll hier nicht näher eingegangen werden weil sich Umfang und Inhalt von Einzelmaßnahmen nach der Situation vor Ort richten.

Die Handlungsempfehlungen, die sich aus der oben beschriebenen kiia-Befragung ergaben lauteten wie folgt:

- V₀ Mitarbeiterbefragungen (z. B. kiia)
- V₁ Teamentwicklung, die Überheblichkeit und ein nicht Ernstnehmen des Erfahrungshintergrundes der ausländischen Kollegen thematisiert (Zielgruppe: Team)
- V₂ Führungskräftetraining, das z.B. Desinteresse, Ausnutzung der Sprachkompetenz, Ablehnung und mangelnde Empathie thematisiert (Zielgruppe: Führungskräfte)
- V₃ Angebot eines vertieften Sprachtrainings, um auch Dialekte besser verstehen zu können – dies wurde auch von 45% als Unterstützungsmaßnahmen gefordert (Zielgruppe: Ärzte mit interkulturellem Hintergrund)
- V₄ Interkulturelle Trainingsmaßnahmen (Zielgruppe: Führungskräfte, Team, HR)
- V₅ Mitarbeiterbindung und Personalentwicklungsmaßnahmen für interkulturelle „Einzelkämpfer“ (Zielgruppe: Ärzte mit interkulturellem Hintergrund)



Anschrift der Verfasserin: Ulrike Röse-Maier
Media Consult Maier + Partner GmbH Karlsruhe
Kaiserstraße 201-203 · 76133 Karlsruhe
+49 (0)721 83 14 7-10
ulrike.maier@mcm-web.de