

Wie die Migration von Pflegekräften mit im Ausland erworbener Berufsqualifikation die Pflegeberufe in Deutschland verändert

Wechselwirkungen zwischen den Berufsauffassungen
von Zugezogenen und der kollektiven Rollenzuschreibung
der Pflegeberufe

Natalie Hubenthal



Natalie Hubenthal

**Wie die Migration von Pflegekräften
mit im Ausland erworbener Berufsqualifikation
die Pflegeberufe in Deutschland verändert**

Wechselwirkungen zwischen den Berufsauffassungen
von Zugezogenen und der kollektiven Rollenzuschreibung
der Pflegeberufe

Die vorliegende Arbeit wurde vom Fachbereich Wirtschaftswissenschaften der Universität Kassel als Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades einer Doktorin der Philosophie (Dr. phil.) angenommen.

Gutachter: Prof. Dr. Ute Clement, Universität Kassel
Prof. Dr. Henny Annette Grewe, Hochschule Fulda

Tag der mündlichen Prüfung: 25. Mai 2021



Diese Veröffentlichung – ausgenommen Zitate und anderweitig gekennzeichnete Teile – ist unter der Creative-Commons-Lizenz Namensnennung - Weitergabe unter gleichen Bedingungen 4.0 International (CC BY-SA 4.0: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.de>) lizenziert.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

Zugl.: Kassel, Univ., Diss. 2021
ISBN 978-3-7376-0996-8
DOI: <https://doi.org/doi:10.17170/kobra-202110264953>

© 2021, kassel university press, Kassel
<https://kup.uni-kassel.de>

Druck und Verarbeitung: Print Management Logistik Service, Kassel
Printed in Germany

Danksagung

Die vorliegende Dissertation entstand während meiner Tätigkeit als Projektmitarbeiterin der Promotionsplattform *Gesundheitsberufe im globalen Wandel* der Universität Kassel und der Hochschule Fulda. Mein Interesse am Themenfeld Pflege und Migration entdeckte ich bereits zuvor durch das gelegentliche Aufeinandertreffen mit zugezogenen Pflegekräften während meiner Tätigkeit als Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin. Ich habe diese Treffen als bereichernd erlebt und konnte dadurch meinen Blick auf die Pflege in Deutschland erweitern.

Die Möglichkeit, den Blickwinkel der Zugezogenen durch Forschung einnehmen zu können und ihnen mit meiner Studie eine Stimme zu geben, dies hat mich während der Zeit des Promovierens angetrieben. Daher möchte ich an erster Stelle den Pflegekräften mit ausländischen Berufsqualifikationen meinen Dank aussprechen, ohne deren Bereitschaft für die Interviews, die Studie nicht möglich gewesen wäre. Danke, dass mir die Zeit für meine vielen Fragen geschenkt wurde! Ich hatte die Möglichkeit, Einblicke in mir bislang unbekannte und unglaublich beeindruckende Lebenswege zu erhalten. Danke für eure Geschichten und vor allem für euer Vertrauen! Ich denke gerne an unsere Treffen zurück!

Ein besonderes Dankeschön geht auch an meine Betreuerin, Frau Prof. Dr. Ute Clement. Danke, für Ihre motivierende Art, die Inspiration und Ihren fachlichen Rat! Durch Ihre nicht nachlassende Unterstützung gelang es mir immer wieder, neue Arbeitspakete zu schnüren und anzugehen. Vielen Dank für das Erstgutachten meiner Arbeit. Frau Prof. Dr. Henny Grewe, danke für das Zweitgutachten.

Auch möchte ich Frau Dr. Juliane Dieterich einen Absatz widmen. Ihr oblag die Koordination der Promotionsplattform und ihre Begeisterung für das Thema hat immer wieder neu auf mich abgefärbt und mich durch die Promotionszeit getragen. Danke Juliane, dass du mir die Zeit eine so wundervolle Büronachbarin warst. Pia, Claudia, Katrin, Manuela und Serhat, letzteres gilt natürlich auch für euch.

Zwei weitere tolle Frauen möchte ich nicht unerwähnt lassen: Marit Zimmermann und Prof. Dr. Sandra Bachmann. Ihr seid ganz bedeutend für meinen wissenschaftlichen Weg, denn durch euch habe ich mein Interesse für wissenschaftliches Arbeiten und pflegerelevante Forschung entdeckt.

Nicht zuletzt möchte ich mich bei meiner Familie bedanken, die während der Zeit des Promovierens sogar noch gewachsen ist! Ihr habt mir Raum und Zeit für meine Forschung ermöglicht und an mich geglaubt. Danke für alles! Nils, vor allem danke ich dir dafür, dass du immer da warst und mir den Rücken freigehalten hast. Danke, dass du die besonderen letzten Jahre mit mir gemeinsam gegangen bist und danke für deine Liebe! Apropos Liebe: Lina, Kim

Charlotte, Janina und Meike, euch erwähne ich aus gutem Grund direkt nach meiner Familie.
Danke für eure Freundschaft und die Online Überraschungsparty nach meiner Disputation!

N. Hubenthal

Zusammenfassung

Angesichts des steigenden Anteils migrierender Pflegekräfte mit im Ausland erworbener Berufsqualifikation im deutschen Pflegewesen gewinnt deren Eingliederung in die Pflegeberufe zunehmend an Bedeutung. Auch wenn Anpassungsleistungen für Zuziehende, wie bspw. Anerkennungskurse oder Einarbeitungszeiten, eine Integration in bestehende Verhältnisse zum Ziel haben, kann doch davon ausgegangen werden, dass durch die zuvor im Ausland erworbenen Berufsauffassungen verschiedene berufliche Rollenzuschreibungen in Deutschland in Frage gestellt werden. Folgende Forschungsfragen soll die Studie beantworten:

- Welche Erfahrungen machen migrierte Pflegekräfte mit im Ausland erworbener Berufsqualifikation in der Auseinandersetzung mit dem deutschen Berufs- und Rollenverständnis?
- Wie beschreiben und bewerten sie notwendige Anpassungsleistungen bzw. ihren Beitrag zur Mitgestaltung ihrer beruflichen Rolle?

Das Erkenntnisinteresse erfordert ein induktives, qualitatives Forschungsdesign. Es werden problemzentrierte Interviews mit zugezogenen Pflegekräften geführt, welche mit der interpretativen phänomenologischen Analyse ausgewertet werden. Da der Blickwinkel des migrierten Pflegepersonals eingenommen wird, liefern die Befunde Erkenntnisse aus Sicht der Zugezogenen: Den migrierten Pflegekräften fällt es schwer, sich in der Arbeitsorganisation in Deutschland zurechtzufinden, da die an sie herangetragenen Handlungserwartungen kaum den Arbeitsschwerpunkten der Herkunftsländer ähneln. Daher können die Zugezogenen nur selten auf ihre vorhandenen Wissensbestände zurückgreifen. Jedoch gelangen migrierte Pflegende, die in der Altenpflege tätig sind, tendenziell eher in Positionen, in denen sie vergleichsweise mehr Verantwortung übernehmen als zugezogene Pflegekräfte im klinischen Versorgungsbereich. Ihre Positionen enthalten eher die Möglichkeit, Gestaltungsspielräume für Eigenleistungen bzgl. der Ausgestaltung der beruflichen Rolle zu finden. Da die Studienteilnehmenden, die zum Zeitpunkt der Befragung in Kliniken arbeiten, seltener von diesen Freiräumen berichten, ist anzunehmen, dass die Kompetenzen sowie die Rollenvorstellungen der Befragten aus dem klinischen Versorgungsbereich im Arbeitsalltag vergleichsweise seltener Verwendung finden als in der Altenpflege. Wenn jedoch migrierende Pflegende mehr als einen *quick fix* für den Fachkräftenotstand darstellen sollen, dann gilt es die Zuziehenden mit ihren in den Herkunftsländern gesammelten Arbeitserfahrungen, ihrem Wissen und ihren Kompetenzen ressourcenorientiert und wertschätzend in den Beruf einzugliedern.

Abstract

The German nursing sector is experiencing an increasing proportion of migrant nursing staff having acquired professional qualifications abroad. Their integration into the nursing professions is becoming increasingly important. Even if adaptation services for recently immigrated professionals, such as recognition courses or introduction periods, are aimed at integration into existing conditions, it can be assumed that various occupational role assignments in Germany are called into question as a result of the professional views previously acquired abroad. The study is intended to answer the following research questions:

- What experiences do migrant nurses with professional qualifications acquired abroad have in dealing with the German understanding of profession and roles?
- How do they describe and evaluate necessary adaptation efforts or their contribution to shaping their professional role?

The interest in knowledge requires an inductive, qualitative research design. Problem-centred interviews are conducted with immigrated nursing staff, which are evaluated using the interpretative phenomenological analysis. As the perspective of the immigrated nursing staff is taken, the findings provide insights from the perspective of the newcomers: The immigrated nurses face difficulties with finding their way around the organization of work in Germany as the expected actions hardly resemble the work priorities formerly known from their country of origin. Therefore, the newcomers can only rarely fall back on their existing knowledge. However, immigrated nurses who work in geriatric care tend to find themselves in positions in which they assume comparatively more responsibility than immigrated professionals in the clinical care sector. Their positions are more likely to provide scope for personal contributions to the organization of their professional role. As the study participants who work in hospitals at the time of the survey report less often on this freedom, it can be assumed that the skills and role expectations of the respondents from the clinical care sector are used comparatively less in everyday work than in elderly care. If, however, immigrating nurses are to represent more than a quick fix for the shortage of skilled workers, then the immigrants with their work experience, knowledge and skills gained in their countries of origin must be integrated into the profession in a resource-oriented and appreciative manner.

Inhaltsverzeichnis

Danksagung.....	III
Zusammenfassung.....	V
Abstract.....	VII
Inhaltsverzeichnis.....	IX
Abbildungsverzeichnis.....	XIII
Tabellenverzeichnis.....	XV
Abkürzungsverzeichnis.....	XVII
1 Einleitung.....	1
2 Arbeitsmigration von Pflegekräften mit im Ausland erworbener Berufsqualifikation in die Pflegeberufe in Deutschland.....	5
2.1 Der Pflegeberuf im Wandel	5
2.2 Juristische Voraussetzungen für eine Arbeitsmigration in einen Pflegeberuf	8
2.3 Aktuelle Statistiken zum Beschäftigungsstand von internationalen Pflegekräften	11
2.4 Aktuelle Projekte zur Gewinnung von internationalen Pflegenden	14
2.5 Bedeutung der Migration für die zugezogenen Pflegenden	16
3 Migrierte Pflegekräfte mit im Ausland erworbener Berufsqualifikation in den Pflegeberufen des Ankunftslands – ein Überblick über den aktuellen Erkenntnisstand.....	19
3.1 Methodisches Verfahren der Literaturrecherche	19
3.1.1 Fragen an die Literatur.....	20
3.1.2 Recherche	21
3.2 Ergebnisse der Literaturrecherche	23
3.2.1 Rekrutierungserfahrungen von Pflegeeinrichtungen	24
3.2.2 Einblicke in den Anerkennungsprozess	26
3.2.3 Zusammenhang zwischen Qualitätsaspekten und dem Einsatz von internationalen Pflegenden	29
3.2.4 Erkenntnisse zu nachhaltiger, erfolgreicher Integration in den Pflegeberuf	30
3.2.5 Wahrnehmung und Bedeutung von Interkulturalität im Pflegeteam	34
3.2.6 Erfahrungen von migrierten Pflegekräften im Ankunftsland.....	35
3.3 Schlussfolgerungen angesichts des skizzierten pflegewissenschaftlichen Erkenntnisstands.....	39
4 Migrierte Pflegekräfte mit im Ausland erworbener Berufsqualifikation in den Betrieben des Ankunftslands - Theoretischer Bezugsrahmen.....	43
4.1 Annäherung an den Forschungsgegenstand: Pflegenden im Spannungsfeld verschieden organisierter Handlungserwartungen.....	43
4.1.1 Betriebliche Arbeitsorganisation: Pflegearbeit in Kliniken und Pflegeheimen	45
4.1.2 Berufliche Arbeitsorganisation: Pflegeberufe als formalisierte Berufskonstrukte.....	48

4.1.3	Arbeitsorganisation in Pflegeteams.....	50
4.2	Zentrale Definitionen und deren Anwendung in der vorliegenden Arbeit.....	52
4.2.1	Zum Rollenbegriff	53
4.2.2	Berufliches Selbstverständnis	54
4.3	Theoretische Verortung: Rollenverhandlung in Arbeitsgruppen	55
4.3.1	Theoriegerüst: Dualismus der soziologischen Rollentheorie	56
4.3.1.1	Struktur-funktionalistischer Rollenansatz	56
4.3.1.2	Symbol- interaktionistischer Rollenansatz.....	57
4.3.2	Verbindung der dualistischen Ansätze: Aushandlungsprozesse von beruflichen Rollen	59
4.4	Schlussfolgerungen angesichts des skizzierten theoretischen Bezugsrahmens	61
5	Forschungsfragen und Zielformulierung der Studie.....	63
6	Methodisches Verfahren	67
6.1	Forschungsdesign als methodologische Rahmung.....	67
6.1.1	Qualitatives Forschungsparadigma	67
6.2	Datenerhebung	69
6.2.1	Vorbereitung der Datenerhebung.....	69
6.2.1.1	Auswahl des problemzentrierten Interviews als Erhebungsinstrument..	69
6.2.1.2	Vorbereitung des problemzentrierten Interviews	72
6.2.1.3	Entwicklung des Interviewleitfadens	74
6.2.2	Gewinnung der Studienteilnehmenden	77
6.2.2.1	Ein- und Ausschlusskriterien der Teilnehmenden	77
6.2.2.2	Organisation und Gestaltung des Feldzugangs	79
6.2.2.3	Ethische Überlegungen und Datenschutzbestimmungen.....	83
6.2.3	Durchführung der Datenerhebung und Datenbestand.....	87
6.3	Datenaufbereitung und -analyse.....	88
6.3.1	Transkriptionsregelsystem	88
6.3.2	Auswertung der Interviews.....	89
6.3.2.1	Auswahl der Datenanalysemethode	90
6.3.2.2	Wissenschaftstheoretischer Hintergrund der interpretativen phänomenologischen Analyse	92
6.3.2.3	Beschreibung des Verfahrens der interpretativen phänomenologischen Analyse	93
6.3.2.4	Anwendung der interpretativen phänomenologischen Analyse	96
7	Ergebnisse	101
7.1	Beschreibung der Interviewteilnehmenden	101
7.1.1	Fallbeschreibung Interview 1	101
7.1.2	Fallbeschreibung Interview 2	102
7.1.3	Fallbeschreibung Interview 3	103
7.1.4	Fallbeschreibung Interview 4	105
7.1.5	Fallbeschreibung Interview 5	106
7.1.6	Fallbeschreibung Interview 6	107

7.1.7 Fallbeschreibung Interview 7	108
7.1.8 Fallbeschreibung Interview 8	109
7.1.9 Zusammenfassende Übersicht über die Teilnehmenden	110
7.2 Erfahrungswelten der zugezogenen Pflegekräfte – Befunde der Studie	111
7.2.1 Erfahrungen und Anforderungen des Arbeitsalltags in Deutschland – Hauptthema 1	113
7.2.1.1 Erfahrungen der klinischen pflegerischen Versorgung: Sichtweisen auf die Pflege in Deutschland	113
7.2.1.2 Erfahrungen in der klinischen pflegerischen Versorgung: Aufgabenkomplexe und Rollenzuschreibungen	121
7.2.1.3 Erfahrungen des Altenpflegesettings: Sichtweisen auf die Pflege in Deutschland	125
7.2.1.4 Erfahrungen des Altenpflegesettings: Aufgabenkomplexe und Rollenzuschreibungen	133
7.2.1.5 Zusammenfassende Reflexion der Erfahrungen in den verschiedenen Pflegebereichen	136
7.2.2 Auseinandersetzung mit den Rollenzuschreibungen und wechselseitige Reaktionen auf die adressierten Handlungserwartungen – Hauptthema 2	138
7.2.2.1 Positionierungen gegenüber den Rollenzuschreibungen	139
7.2.2.2 Zusammenfassende Reflexion der Positionierungen	146
7.2.2.3 Wechselseitige Reaktionen auf die Rollenzuschreibungen der zugezogenen Pflegekräfte und der Arbeitsgruppen	149
7.2.2.4 Zusammenfassende Reflexion über die Reaktionen sowie die vorläufigen Ergebnisse des Rollendefinitionsprozesses	161
7.3 Zwischenfazit und Beantwortung der Forschungsfragen	164
8 Diskussion: Chancen und Herausforderungen sowie der Einfluss von Migration und international qualifizierten Pflegekräften auf das Pflegewesen in Deutschland	171
8.1 Vertane Chancen und ungenutzte Potentiale	172
8.2 Management der betrieblichen Integration von migrierten Pflegekräften	180
9 Kritische Würdigung	189
10 Fazit	193
11 Literaturverzeichnis	197
Anhang	211

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Fachkräftemangel in Pflegeberufen in Deutschland (eigene Darstellung in Anlehnung an Bundesagentur für Arbeit, 2017)	6
Abbildung 2: Anzahl der Pflegekräfte mit eigener Migrationserfahrung und nach Arbeitsmigration im Vergleich zur Gesamtwirtschaft (eigene Darstellung in Anlehnung an Afentakis & Maier, 2014).....	12
Abbildung 3: Anzahl der Pflegekräfte mit ausländischer Staatsbürgerschaft nach Staatsangehörigkeit (eigene Darstellung in Anlehnung an Braeseke & Bonin, 2016).....	14
Abbildung 4: Flussdiagramm über den Ein- und Ausschluss identifizierter Publikationen.....	23
Abbildung 5: Erwartungen an eine Pflegekraft innerhalb der Arbeitsorganisation (eigene Darstellung in Anlehnung an Voges, 2002, S. 162).....	44
Abbildung 6: Erwartungen an das Rollenverhalten (eigene Darstellung in Anlehnung an Voges, 2002, S. 164).....	54
Abbildung 7: Rollendefinitionsprozess aus der Perspektive der LMX-Forschung (eigene Darstellung in Anlehnung an Graen & Scandura 1987, S. 180, zitiert nach Steinmann, Schreyögg & Koch 2013, S. 630).....	60
Abbildung 8: Dialogische Beantwortung der Forschungsfrage durch das PZI (eigene Darstellung in Anlehnung an Witzel & Reiter, 2012, S. 18)	71
Abbildung 9: Stufenschema zur Organisation des Feldzugangs.....	81
Abbildung 10: Übersicht über die sechs Bearbeitungsschritte der IPA	94
Abbildung 11: Ausschnitt des Codebaums; Bsp. für ein Themencluster	98
Abbildung 12: Von der Kategorie zum übergeordneten Hauptthemenkomplex.....	99

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Suchbegriffe der Recherchestrategie.....	22
Tabelle 2:	Ein- und Ausschlusskriterien für die Studienteilnehmenden.....	79
Tabelle 3:	Aufbau einer Analysetabelle (eigene Darstellung in Anlehnung an Ritschl & Stamm, 2016, S. 80).....	95
Tabelle 4:	Beispiel der Datenauswertung, Schritt 2; Interviewexzerpt I1	97
Tabelle 5:	Beispiele für Codes, Subcodes und In-vivo-Codes; Interviewexzerpte I3.....	98
Tabelle 6:	Soziodemografische Daten der Interviewteilnehmenden	111
Tabelle 7:	Übersicht über Hauptthemenkomplexe, Themen und Subthemen	112
Tabelle 8:	Positionierungen der Interviewteilnehmenden gegenüber den an sie adressierten Rollenzuschreibungen innerhalb ihrer Versorgungseinrichtungen	147
Tabelle 9:	Reaktionen auf wechselseitige Rollenzuschreibungen innerhalb der Arbeitsgruppen	161
Tabelle 10:	Gütekriterien qualitativer Forschung (eigene Darstellung in Anlehnung an Steinke, 2013, S. 323ff)	189

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AG	Arbeitsgemeinschaft
AP	Altenpflegefachkraft
APHK	Altenpflegehilfskraft
AZR	Ausländerzentralregister
bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
CEF	Common European Framework (Europäischer Referenzrahmen)
DDR	Deutsche Demokratische Republik
d. h.	das heißt
EU	Europäische Union
evtl.	eventuell
Förderprogramm IQ	Förderprogramm Integration durch Qualifizierung
FSJ	Freiwilliges Soziales Jahr
ggf.	gegebenenfalls
GIZ	Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit
Hrsg.	Herausgeber/in
IBB	Institut für Berufsbildung (der Universität Kassel)
i. d. R.	in der Regel
inhaltl.	inhaltlich/e/r
insb.	insbesondere
interpret.	interpretativ/e/r
IPA	interpretative phänomenologische Analyse
IT	Information Technology (Informationstechnik)
IQ-Netzwerk	Integration durch Qualifizierung
KAP	Konzertierte Aktion Pflege (KAP)
KIKA	Fernsehsender von ARD und ZDF für Kinder und Jugendliche
lat.	lateinisch
LMX	Leader-Member-Exchange
max.	maximal

MAXQDA	Produktname einer Software für Mixed-Methods und qualitative Datenanalysen
MD	Moral Distress
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
min.	mindestens
N. H.	Natalie Hubenthal
NRW	Nordrhein-Westfalen
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung)
o. g.	oben genannte/n
PHK	Pflegehilfskraft
PKMS	Pflegekomplexmaßnahmen-Score
PZI	problemzentriertes Interview
s.	siehe
S.	Seite
sog.	sogenannte/n
sprachbez.	sprachbezogen/e/r
u.	unter
ü.	über
u. a.	unter anderem
UK	Vereinigtes Königreich Großbritannien und Nordirland
USA	Vereinigte Staaten von Amerika
usw.	und so weiter
vs.	versus
WHO	Weltgesundheitsorganisation
ZAV	Zentrale Auslands- und Fachvermittlung
z. B.	zum Beispiel
zw.	zwischen

1 Einleitung

Migration (lat. migrare = wandern) meint in dieser Untersuchung den transnationalen, also den Ländergrenzen überschreitenden Wechsel des Lebens- und Erwerbsmittelpunkts. Wie beim Wandern durch Fußabdrücke in der Landschaft hinterlassen auch Migrantinnen und Migranten¹ Spuren in der Gesellschaft. Anders ausgedrückt, in Bezug auf das erkenntnisleitende Interesse der Arbeit besteht die Möglichkeit, dass migrierende Pflegekräfte durch ihre im Ausland erworbenen berufsbezogenen Wissensbestände die Pflegeberufe in Deutschland mitprägen können. Dies bringt für das Pflegewesen der Aufnahmegesellschaft sowohl Chancen als auch Herausforderungen mit sich. Die vorliegende Studie möchte diesbezüglich zu einem Perspektivwechsel anregen: Der Fokus soll nicht bei problembehafteten Integrationsprozessen in den Arbeitsmarkt liegen, sondern wird auf die entstehenden Möglichkeiten einer Erweiterung des Blickfeldes bzgl. der Weiterentwicklung der Pflegeberufe gerichtet. Durch diesen Ansatz liegt der Studie eine postmigrantische Ausrichtung, also ein Verständnis von Gesellschaft zugrunde, das Migration nicht zum Sonderfall sondern zur gesellschaftlichen Normalität erklärt (vgl. hierzu u. a. Foroutan, Karakayali & Spielhaus, 2018, S. 9).

Obwohl in den vergangenen Jahren Migration in Deutschland ein wiederkehrend kontrovers diskutiertes Thema in zahlreichen öffentlichen Debatten war und medial überwiegend Fluchtmigration in den Blickwinkel der öffentlichen Aufmerksamkeit gerückt wurde, gestaltet sich Zuwanderung vielfältiger. Vor allem junge Menschen streben längere Aufenthalte an und versuchen Zugang zum Arbeitsmarkt zu finden (Hanewinkel & Oltmer, 2017). Solche Migrationsbewegungen existieren global, sodass gegenwärtig kaum eine Weltregion von dieser Entwicklung unberührt geblieben ist. Auch in der Bundesrepublik Deutschland sind Menschen aus unterschiedlichsten Herkunftsländern zu einem elementaren Teil der Gesellschaft geworden. Dies geht aus verschiedenen quantitativen Analysen hervor: Nach aktuellen Zahlen des Statistischen Bundesamts (2020) waren zum Jahresende 2019 insgesamt 11,2 Millionen Migrierte mit ausländischer Staatsbürgerschaft und mit aktuellem Aufenthalt in Deutschland im Ausländerzentralregister (AZR) registriert. Dass es sich dabei nicht nur um ein gegenwärtiges Schlaglicht handelt, wird u. a. dadurch deutlich, dass 2019 die durchschnittliche Verweildauer dieser Gruppe bei 15,3 Jahren Aufenthalt in Deutschland lag. Rund 43 % der im AZR registrierten Personen stammten aus einem Mitgliedstaat der Europäischen Union (EU). Weitere Herkunftsländer werden zu den sog. Drittstaaten gezählt. Dass sich zurzeit viele Agierende in Deutschland darum bemühen, Migrierenden den Zugang zum Arbeitsmarkt zu erleichtern und so Arbeitskräfte für die Zukunft zu gewinnen, zeigt sich auch durch die Analyse

¹ Wird in dieser Studie auf Migrierende verwiesen, dann ist die Personengruppe der Zugewanderten mit eigener Migrationserfahrung gemeint. Falls nicht Migrierende gemeint sind, die zum Zweck einer Erwerbstätigkeit nach Deutschland gezogen sind, dann wird dies nachfolgend explizit deutlich gemacht.

der Migrationsmotive der Neuhinzuziehenden. Die Aufnahme bzw. Suche einer Beschäftigung wurde von Zugewanderten als das zweitmeist genannte Motiv (19 %) für eine Migration nach Deutschland angegeben und stellt somit einen relevanten Zuwanderungsgrund dar. Die Arbeitsmigration lag damit laut Statistisches Bundesamt (2019) nur hinter den familiären Anlässen (48 %) und war zusätzlich häufiger Hauptmotiv als bspw. Flucht und Asyl (15 %).

Diese hohe Rate von Erwerbsmigration als Zuwanderungsmotiv spiegelt sich auch in den Pflegeberufen wider. Beispielsweise wurden 2016 erstmals die meisten Neuanträge (7'080 Anträge) auf berufliche Anerkennung der im Ausland erworbenen Berufsqualifikation in den Pflegeberufen gestellt (Bundesinstitut für Berufsbildung & Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2017). Diese Entwicklung geht auch mit dem Abbau von Zugangsbarrieren einher: Seitdem 2013 durch die Reform der Beschäftigungsverordnung die Zuwanderung in Ausbildungsberufe erleichtert wurde, nahm die Migration in die Pflegeberufe stetig zu (Bundesagentur für Arbeit, 2019). Den Zahlen des Mikrozensus nach arbeiten in den Pflegeberufen in Deutschland insgesamt ca. 7,6 % Arbeitsmigrantinnen und Arbeitsmigranten (Afentakis & Maier, 2014).

Trotz dieser Reformen und Entwicklungen gilt für die Pflegeberufe, dass sich die Nachfrage nach qualifiziertem Personal infolge der demografischen und gesellschaftlichen Veränderungen weiterhin stark erhöhen wird. Dies unterstreicht die Notwendigkeit, zusätzlich zu unterschiedlichsten inländischen Maßnahmen zur Sicherung des Fachkräftebedarfs weiterhin auch Pflegekräfte aus dem Ausland zu gewinnen und in die Pflege in Deutschland einzugliedern (vgl. hierzu u. a. Braeseke & Bonin, 2016, S. 259). Dadurch resultiert auch Verantwortung für die Zuziehenden. Entsprechend gilt es, neben der Gewinnung von im Ausland ausgebildetem Pflegepersonal die Zugezogenen durch einen wertschätzenden Umgang auch im Beruf zu halten. Daher stellen sich u. a. die Fragen, welche Erfahrungen die migrierten Pflegekräfte in den Pflegeberufen in Deutschland sammeln, wie sie die gültigen Rollenbilder des berufsförmig organisierten, formalen Arbeitsmarkts erleben, welche Handlungserwartungen an sie gerichtet werden, wie diese zu ihren Berufs- und Pflegeverständnissen passen und wie sie ihre Beschäftigungssituationen in den Kliniken und Pflegeeinrichtungen bewerten. Entlang dieser Fragestellungen kennzeichnet sich das Erkenntnisinteresse der vorliegenden Arbeit. Zudem umreißen die Fragen die identifizierte Forschungslücke, für deren Schließung die vorliegende Studie einen Beitrag zu leisten versucht. Eine Konkretisierung der forschungsleitenden Fragestellungen erfolgt in Kapitel 5. Obwohl die Erfahrungswelten der zuziehenden Pflegekräfte im deutschen Pflegewesen kaum untersucht sind, ist dennoch anzunehmen, dass wissenschaftliche Erkenntnisse über die Sichtweisen der Migrierten dazu beitragen können, den Zuziehenden das Zurechtfinden im Beruf und die Eingewöhnung in die Arbeitsgruppen der Stationen und Wohnbereiche des Pflegewesens zu erleichtern.

Da bislang kaum valide Daten über die Gruppe der migrierenden Pflegekräfte mit im Ausland erworbenen Berufsqualifikationen zur Verfügung stehen und nur wenige empirische Erkenntnisse über ihre Sichtweisen und Erfahrungen in der Pflege in Deutschland vorliegen, bedarf es zu diesem Themenfeld der Grundlagenforschung. Entsprechend trägt die hier vorgestellte Studie dazu bei, erste Einsichten in die Perspektiven der Zielgruppe zu generieren. Die Erforschung der Erfahrungswelten der Zuziehenden im Pflegewesen in Deutschland sowie die Chancen, welche Zuwanderung beinhalten kann, stellen den Untersuchungsgegenstand und das zentrale Anliegen der vorliegenden Studie dar. Die Erkenntnisse können u. a. eine Basis für zu treffenden Entscheidungen hinsichtlich der gegenwärtigen Entwicklung der Pflegeberufe und auch im Hinblick auf längst anstehende Reformen im Gesundheitswesen darstellen.

Die Arbeit wurde wie folgt konzipiert: In Kapitel 2 wird für die Studie breitgefächertes und relevantes Hintergrundwissen über die Migration in einen Pflegeberuf nach Deutschland dargestellt, um in die Thematik und in die Studie einzuführen. Ergänzt werden diese Informationen in Kapitel 3 durch eine explorative Literaturanalyse. Diese ermittelt den aktuellen internationalen Forschungsstand und grenzt das forschungsleitende Interesse der Untersuchung weiter ein. Kapitel 4 dient der theoretischen Verortung und der Darstellung des theoretischen Bezugsrahmens der Studie. Die Untersuchung gewinnt in diesem Kapitel an theoretischer Fundierung und es wird sich dem zentralen Untersuchungsgegenstand weiter angenähert. In Kapitel 5 werden die Erkenntnisse aus Literatur und Theorie zusammengeführt und darauf aufbauend werden die forschungsleitenden Fragestellungen der Untersuchung formuliert. Anschließend erfolgt in Kapitel 6 die Darstellung, Erläuterung und Begründung der methodischen Überlegungen sowie des Forschungsdesigns. In Kapitel 7 werden die Ergebnisse der eigenen Untersuchung als Kernstück der Arbeit präsentiert. Die zwei identifizierten zentralen Phänomene der Studie lauten: *Erfahrungen und Anforderungen des Arbeitsalltags in Deutschland* und *Auseinandersetzung mit den Rollenzuschreibungen und wechselseitige Reaktionen auf die adressierten Handlungserwartungen*. Anschließend werden die zentralen Befunde in Kapitel 8 diskutiert und in den aktuellen wissenschaftlichen Diskurs eingeordnet. Kapitel 9 würdigt die Arbeit kritisch. Diese schließt in Kapitel 10 mit einem Fazit, welches die theoretische und praktische Relevanz der Forschungsbefunde beurteilt und ausblickend Anschlussmöglichkeiten erörtert.

2 Arbeitsmigration von Pflegekräften mit im Ausland erworbener Berufsqualifikation in die Pflegeberufe in Deutschland

Eine Migration umfasst für Migrantinnen und Migranten nicht nur einen grenzüberschreitenden Wohnortwechsel; sie bedeutet für die Zuziehenden ebenso, dass sie im Ankunftsland, in dem andere Strukturen, andere Gesetze und andere kulturelle Gepflogenheiten als im Herkunftsland gelten können, einen Neustart versuchen und dort Aufnahme und Zugehörigkeit finden müssen (Glodny, 2008; Han, 2016). Die Migrierenden geben durch die Migration ihre vertrauten sozialen Rollen und die gesellschaftlichen Partizipationsbezüge des Herkunftslands auf und müssen diese im Ankunftsland wiedererlangen (Han, 2016; Weiß, 2013). Arbeit und Beruf bieten den Zuziehenden eine entscheidende Möglichkeit auf gesellschaftliche Teilhabe und Integration in die Aufnahmegesellschaft. Begleitung und Unterstützung haben deswegen bei der Eingliederung in den erlernten Beruf eine besondere Tragweite und stellen eine zentrale arbeitsmarktpolitische Herausforderung sowie eine gesellschafts- und bildungspolitische Aufgabe dar (Granato, Münk & Weiß, 2011; Herwig, 2017; Pierenkemper & Körbel, 2017).

Quantitative Analysen der Beschäftigungszahlen der Pflegeberufe zeigen, dass zunehmend Pflegekräfte mit im Ausland erworbener Berufsqualifikation nach Deutschland migrieren und in die Pflegeberufe einmünden (Afentakis & Maier, 2014; Bundesinstitut für Berufsbildung & Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2017). Dass diese Entwicklung nicht allein mit der Europäisierung oder der Globalisierung erklärbar ist, zeigen von der Gesundheitspolitik angestoßene und geförderte Personalprojekte, mit welchen Pflegekräfte aus dem Ausland angeworben und für den Einsatz im Pflegewesen in Deutschland rekrutiert werden (Bundesagentur für Arbeit, 2019; Schmidt, 2012). Mittels dieser Aktionen sollen dem Pflegefachkräftemangel Maßnahmen entgegengesetzt werden (Bundesministerium für Gesundheit, 2019a). Diese Hintergründe werden in dem vorliegenden Kapitel neben aktuellen statistischen Daten sowie den Gegebenheiten und Umständen, welche migrierte Pflegekräfte mit im Ausland erworbener Berufsqualifikation in Deutschland betreffen, beleuchtet. Die nachfolgende Gliederung des Kapitels dient der schrittweisen Näherung an den Forschungsgegenstand der vorliegenden Arbeit.

2.1 Der Pflegeberuf im Wandel

Im Vergleich zu anderen Wirtschaftssektoren ist das Pflegewesen durch die demografische Entwicklung einer besonderen Dynamik unterworfen (Fenchel, 2012; Slotala, 2016). Die Umwandlung der Alterspyramide zu einem Alterspizilz verbildlicht, dass der demografische Wandel nicht nur durch Überalterung, sondern auch durch „Unterjüngung“ (Lehr, 2013, S. 1) der Gesellschaft gekennzeichnet ist (Giese, 2011). Die Bevölkerungsalterung und der steigende Anteil an Menschen mit chronischen und multimorbiden Krankheitszuständen, die pflegerische

Unterstützung benötigen, bei gleichzeitiger Abnahme von familiärer Pflege sorgen für einen erheblichen Mehrbedarf an professionellen Pflegeleistungen (u. a. Bundesagentur für Arbeit, 2017; Habermann & Stagge, 2015; Kuhlmeier & Winter, 2000; Stremlau & Bartels, 2012). Für einen Großteil der aktuell tätigen Belegschaft in pflegerischen Einrichtungen steht aufgrund des bevorstehenden Rentenalters der altersbedingte Berufsausstieg bevor. Bereits im Jahr 2009 war etwa ein Viertel der Beschäftigten (26 %) älter als 50 Jahre. Die geburtenschwächeren Jahrgänge bedingen zudem, dass die Anzahl der Schulabgänger und somit auch potentielle Bewerberzahlen sinken. Hinzu kommt, dass es gemessen am pflegerischen Bedarf deutlich zu wenige Interessenten für die Ausbildung in einem Pflegeberuf gibt (Görres, Stöver, Bomball & Adrian, 2015). Gemäß der quantitativen Befragung von Schülerinnen und Schülern zwischen 14 und 18 Jahren des Zentrums für Qualität in der Pflege hielten nur 6 % der Befragten es „für sehr wahrscheinlich, dass sie einen Beruf aus den Bereichen Kinderkrankenpflege, allgemeine Krankenpflege oder Altenpflege ergreifen werden“ (Eggert, Schnapp & Sulmann, 2019, S. 14). Noch weniger Interesse an einem der Berufe zeigte die Gruppe der Befragten, die ein (Fach-)Abitur anstrebten.

Diese Ausführungen legen den deutlichen Fachkräfteengpass in den Pflegeberufen in Deutschland dar, wobei der seit langem prognostizierte Fachkräftenotstand vielerorts und in fast allen pflegerischen Bereichen bereits eingetreten ist (Bundesagentur für Arbeit, 2017; Slotala, 2016; Stremlau & Bartels, 2012). Die nachfolgende Abbildung 1 geht auf eine Statistik der Bundesagentur für Arbeit (2017) zurück und kennzeichnet gelb die Bundesländer, in denen es im Juni 2017 Anzeichen für Fachkräfteengpässe gab, und markiert rot die Gebiete des Bundesgebiets, in denen die Personalproblematik 2017 bereits vorherrschte.

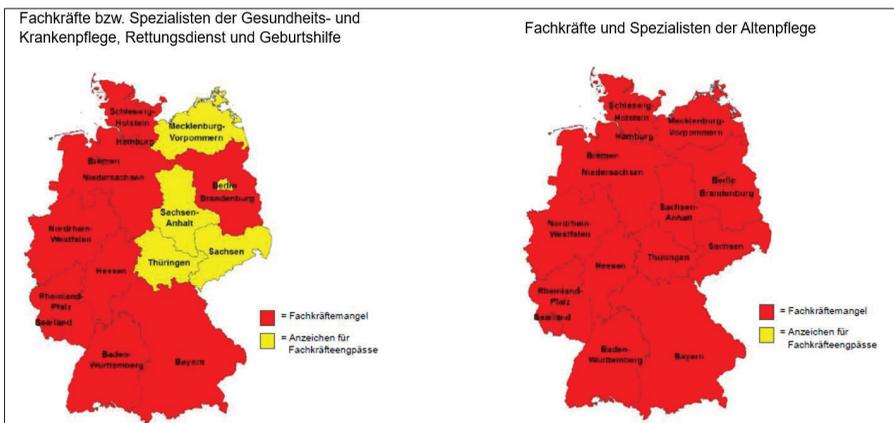


Abbildung 1: Fachkräftemangel in Pflegeberufen in Deutschland (eigene Darstellung in Anlehnung an Bundesagentur für Arbeit, 2017)

Übereinstimmend kommen verschiedene Bedarfsanalysen zu Entwicklungsprognosen des Pflegepersonals zu dem Ergebnis, dass sich die Nachfrage nach Personal mittelfristig durch die demografischen und gesellschaftlichen Veränderungen weiterhin stark erhöhen wird. Bereits im April 2018 berichtete das Bundesgesundheitsministerium von etwa 36'000 unbesetzten Stellen in der Pflege (in der Altenpflege fehlen demnach rund 15'000 Fachkräfte sowie 8'500 Hilfskräfte und in der Krankenpflege gab es 11'000 offene Fachkräftestellen und 1'500 unbesetzte Positionen für Pflegehilfskräfte) und berief sich dabei auf die Fachkräfteengpassanalyse der Bundesagentur für Arbeit (Bundesagentur für Arbeit, 2017). Den Prognosen des Statistischen Bundesamts nach sollen bereits im Jahr 2025 rund 152'000 Beschäftigte in der Pflege fehlen (Afentakis & Maier, 2014). Zusätzlich wird bis 2050 mit einem Anstieg an Pflegebedürftigen von derzeit 2,5 auf 4,7 Millionen Menschen gerechnet (Bonin, Braeseke & Ganserer, 2015). Unterschiedliche Endwerte zu den Prognosen des Fachkräftemangels von verschiedenen Studien liegen in der einschlägigen Literatur vor. Grund für die unterschiedlichen Angaben ist, dass in den einzelnen Analysen „verschiedene Ausschnitte des Pflegearbeitsmarktes betrachtet werden und unterschiedliche Datengrundlagen und Prognosemodelle (z. B. zur Morbiditätsentwicklung) zum Einsatz kommen“ (Hämel & Schaeffer, 2013, S. 419).

Diese und vergleichbare Statistiken verdeutlichen die Dringlichkeit, mit welcher in aktuellen Maßnahmen dem Pflegefachkräftemangel inzwischen auch politisch begegnet wird. Prominentes Beispiel für ein solches Projekt ist die *Konzertierte Aktion Pflege (KAP)* (vgl. hierzu Bundesministerium für Gesundheit, 2019a), mit deren Hilfe die Bundesregierung u. a. versucht, die Rahmen- und Arbeitsbedingungen in der Pflege zu verbessern, um möglichst viele Menschen für eine Ausbildung in einem Pflegeberuf zu gewinnen. Zudem sollen die bereits Beschäftigten an ihre Tätigkeit gebunden oder für den Beruf zurückgewonnen werden (Bundesministerium für Gesundheit, 2018, 2019a). Die KAP soll wie auch andere angelaufene Imagekampagnen darauf abzielen, die Attraktivität des Berufsfelds zu steigern (Görres et al., 2015). Des Weiteren besteht eine Kontroverse über die Zugangsvoraussetzungen für die Pflegeausbildung. Während einige Vorstöße und Projekte der Logik einer „Delegation nach unten“ (Giese, 2011, S. 131) folgen (Langzeitarbeitslose oder bislang nicht ausgebildete Menschen ohne oder mit niedrigen Schulabschlüssen für eine Beschäftigung in der Pflege zu qualifizieren), gibt es andere Vorstöße, die das Anforderungsprofil der Pflegefachkräfte auf dem akademischen Bildungsniveau aufgehoben sehen (Giese, 2011).

Inmitten dieser Überlegungen und Anstrengungen zur Bewältigung der erheblichen Herausforderungen in der Pflegebranche hat sich inzwischen das Vorgehen etabliert, international ausgebildete Fachkräfte für den deutschen Arbeitsmarkt zu rekrutieren (u. a. Bonin et al., 2015; Habermann & Stagge, 2015; Schreck, 2017; Stremlau & Bartels, 2012). Nach Habermann und Cramer (2012) ist die Versorgungskrise ohne internationale Pflegekräfte inzwischen gar nicht mehr zu bewältigen. Verschiedene Fachkräftesicherungsprogramme, wie z. B. *Triple*

Win, liegen bereits vor und zielen darauf ab, Personal aus dem Ausland für das deutsche Pflegewesen zu gewinnen (Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit, 2013). Die gesetzliche Grundlage bietet das im April 2012 in Kraft getretene Gesetz zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung im Ausland erworbener Qualifikationen (kurz: Anerkennungsgesetz), mit welchem die Arbeitsmigration in u. a. die Pflegeberufe vereinfacht wurde (Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz, 2017). Suggestiert wird, dass durch die Rekrutierung von internationalen Pflegenden eine schnelle und praktikable Lösung zur Abwendung des Fachkräftenotstands gefunden wurde (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2011; Habermann & Stagge, 2015; Stremlau & Bartels, 2012). Abzuwarten bleibt, ob die Arbeitsmigration in die Pflegeberufe als ein „temporäres Instrument“ (Afentakis & Maier, 2014, S. 179) zur Minderung des Versorgungsnotstands anzusehen ist oder ob Konzepte wie in anderen westlichen Industrienationen erarbeitet werden, um die internationalen Fachkräfte langfristig und erfolgreich in die Pflegeberufe einzugliedern. Beispielsweise bestehen in den Vereinigten Staaten von Amerika (USA) sog. *Offices of Global Nursing*, welche in einigen Einrichtungen vor Ort die Einarbeitung der zugezogenen Fachkräfte koordinieren und den Integrationsprozess in den Pflegealltag unterstützen (Sherman & Eggenberger, 2008).

2.2 Juristische Voraussetzungen für eine Arbeitsmigration in einen Pflegeberuf

Dem Umstand, dass Pflegekräfte aus dem Ausland die Möglichkeit bekommen, in Deutschland in der Pflege tätig zu werden und dass Einrichtungen des Gesundheitswesens Pflegenden aus dem Ausland beschäftigen und aktiv anwerben können, sind in den letzten Jahren mehrere rechtliche Veränderungen vorausgegangen. Diese werden anschließend vorgestellt: Es folgt ein Überblick über *aufenthalts- und arbeitsrechtliche Regelungen* sowie über das *Berufszulassungs- und Anerkennungsverfahren*, dem sich die Vorstellung des die Thematik betreffenden *WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel* anschließt.

In Bezug auf *aufenthalts- und arbeitsrechtliche Regelungen* sind mehrere Aspekte zu berücksichtigen. Ab 1973 galt in Deutschland ein genereller Anwerbestopp von Arbeitsmigrierenden und beendete die sog. Gastarbeiterperiode, in welcher vor dem Hintergrund einer boomenden Nachkriegswirtschaft Arbeitskräfte aus dem Ausland angeworben wurden (Braeseke & Bonin, 2016; Han, 2016; Hanewinkel & Oltmer, 2017). Bevor es zu diesem Stopp kam, war während der 1960er Jahre des letzten Jahrhunderts Südkorea eines der wichtigsten Länder für die Anwerbung von Krankenschwestern, sodass in der Gastarbeiterperiode über 10'000 Koreanerinnen nach Deutschland angeworben wurden (Bonin et al., 2015; Braeseke & Bonin, 2016; Friedrich-Ebert-Stiftung, Korea Verband, Koreanische Frauengruppe in Deutschland &

Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, 2016). Erst durch die Green-Card-Verordnung (Sofortprogramm zur Deckung des IT-Fachkräftebedarfs) der Bundesregierung, welche von 2000 bis Ende 2004 in Kraft trat, wurde der Anwerbestopp nach und nach gelockert (Braeseke & Bonin, 2016; Han, 2016). Anfang 2005 folgte die Öffnung des Arbeitsmarkts für Hochqualifizierte und Selbstständige durch das Gesetz zur Steuerung und Begrenzung der Zuwanderung und zur Regelung des Aufenthalts und der Integration von Unionsbürgern und Ausländern (kurz: Zuwanderungsgesetz) (Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat, 2004). Obwohl viele Pflegefachkräfte aus dem Ausland über tertiäre Bildungsabschlüsse verfügen und damit formal als hochqualifiziert gelten, profitierte diese Gruppe nicht von der erleichterten Zuwanderung, da die Pflegeberufe in Deutschland (größtenteils) als Ausbildungsberuf im dualen System erlernt werden (Bonin et al., 2015; Braeseke & Bonin, 2016). Erst mit der Reform der Beschäftigungsverordnung im Jahr 2013 wurden schließlich auch die Zugangsbarrieren für die Zuwanderung in Ausbildungsberufe deutlich erleichtert, soweit der entsprechende Beruf als Mangelberuf auf der Positivliste der Bundesagentur für Arbeit gelistet wurde. Sowohl die Gesundheits- und Krankenpflege, die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie die Altenpflege als auch verschiedenste pflegerische Fachweiterbildungsberufe und Pflegehelfertätigkeiten werden als solche Mangelberufe geführt (vgl. hierzu Bundesagentur für Arbeit, 2019, S. 7f). Für die Auswahl der Berufe der Positivliste liegt die Fachkräfteengpassanalyse der Arbeitsmarktberichterstattung der Bundesagentur für Arbeit zugrunde (Bundesagentur für Arbeit, 2017).

Des Weiteren unterliegt die Immigration von Pflegefachkräften restriktiven Zuwanderungsregelungen, wobei grundsätzlich zwischen europäischen Migrierenden und internationalen Zuwandernden aus Drittstaaten unterschieden wird (u. a. Braeseke & Bonin, 2016). Für alle Staatsangehörigen der EU gilt das Recht auf die allgemeine Arbeitnehmerfreizügigkeit, was den freien Zugang zur Ausübung einer beruflichen Tätigkeit in einem der anderen Mitgliedstaaten gewährleistet. Diese Bestimmung wurde in dem Zuwanderungsgesetz von 2005 verabschiedet (Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat, 2004). Für das Recht auf Arbeitnehmerfreizügigkeit bestanden jedoch für die neu aufgenommenen EU-Mitgliedstaaten längere Zeit Übergangsmaßnahmen. Bis Mai 2011 blieb den acht mittel- und osteuropäische Staaten, die der EU im Jahr 2004 beigetreten waren (Polen, Estland, Lettland, Litauen, Ungarn, Tschechien, Slowakei und Slowenien), die Arbeitnehmerfreizügigkeit verwehrt. Für Bulgarien und Rumänien, die 2007 in die EU aufgenommen wurden, galt die volle Arbeitnehmerfreizügigkeit ab Januar 2014. Für Kroatien, welches als jüngstes Mitgliedsland seit Juli 2013 zur EU zählt, besteht seit Juli 2015 die volle Arbeitnehmerfreizügigkeit in Deutschland (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2016; Gathmann, Keller & Monscheuer, 2014; Hanewinkel & Oltmer, 2017). Für die Staatsangehörigen der Drittstaaten gelten andere gesetzliche Regelungen für den Zugang zum deutschen Arbeitsmarkt. Seit dem Inkrafttreten der neuen

Beschäftigungsverordnung im Juli 2013 können u. a. Pflegefachkräfte, da die Pflege zu den Mangelberufen zählt, zwecks Ausübung eines Pflegeberufs zuziehen (Bundesagentur für Arbeit, 2019). Erst seit dieser Reform besteht für Menschen aus Drittstaaten die Möglichkeit, ohne Vorrangprüfung mit Zustimmung der Zentralen Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) nach Deutschland einzuwandern (Braeseke & Bonin, 2016).

Auch bzgl. *Berufszulassung und Anerkennungsverfahren* sind einige juristische Aspekte zu beachten. Die Pflegeberufe sind in Deutschland bundesrechtlich reglementiert, sodass die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung an die Berufsqualifikation und entsprechende Rechts- oder Verwaltungsvorschriften gebunden ist (Braeseke & Bonin, 2016; Slotala, 2016). Für Pflegekräfte, die den Beruf im Ausland erlernt haben, hat dies zur Folge, dass die Berufsabschlüsse einzeln und nach den vorgegebenen Regeln des Bundesgesetzgebers geprüft und zugelassen werden müssen. Dies geschieht im Rahmen einer Gleichwertigkeitsprüfung. Mit dieser wird der im Ausland erworbene Berufsabschluss mit dem deutschen Referenzberuf verglichen (Pierenkemper & Körbel, 2017). Ohne die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung ist die geregelte Versorgung von Patientinnen und Patienten in Deutschland nicht möglich. Den zugezogenen Pflegenden ist es bis zur Anerkennung nur gestattet, als pflegerische Hilfskraft tätig zu werden (Braeseke & Bonin, 2016; Slotala, 2016). Dass die Berufszulassung an staatlich überwachte Voraussetzungen gebunden ist, soll dem besonderen Schutz von Kranken und Hilfsbedürftigen Rechnung tragen. „Deshalb kann dem formalen Berufsanerkenntnisverfahren bei ausländischen Pflegeabschlüssen eine besondere Qualitätssicherungsfunktion zugeschrieben werden, die auf Arbeitsmärkten außerhalb des Gesundheitswesens in dieser Form nicht existiert“ (Slotala, 2016, S. 286). Die automatische Anerkennung der pflegerischen Berufsabschlüsse, die in der EU, im Europäischen Wirtschaftsraum oder in der Schweiz ausgestellt wurden basiert auf Richtlinie 2005/36/EG. Berufsabschlüsse, die in Ländern außerhalb des genannten Raumes absolviert wurden, werden von der zuständigen Behörde hinsichtlich der Gleichwertigkeit mit der deutschen Berufsqualifikation geprüft. Falls entscheidende Unterschiede festgestellt werden, können die migrierten Pflegekräfte durch Anpassungsmaßnahmen (bspw. Praktika, Anpassungslehrgänge und Kenntnisprüfungen) die Gleichwertigkeit des Abschlusses erreichen und die Berufszulassung erlangen (Braeseke & Bonin, 2016; Schreck, 2017). Zusätzlich bestehen weitere rechtliche Besonderheiten für die Berufszulassung für europäische und internationale Pflegefachkräfte. Neben dem Erhalt der Berufsurkunde ist die Ausübung eines Pflegeberufs an das Sprachniveau gebunden. Ausreichende Deutschkenntnisse werden vornehmlich auf Niveau B2 des Europäischen Referenzrahmens angesiedelt. Zudem sind eine ärztlich bescheinigte gesundheitliche Eignung sowie ein deutsches polizeiliches Führungszeugnis Voraussetzung (Pierenkemper & Körbel, 2017; Schreck, 2017; Slotala, 2016).

Des Weiteren, da die meisten OECD-Länder, darunter auch die Bundesrepublik Deutschland, im Vergleich zu anderen Weltregionen über ein vergleichsweise hohes Kontingent an qualifiziertem Gesundheitspersonal verfügen, besteht für schwächere Regionen die Gefahr, dass westliche Industrienationen ihre wirtschaftlich starke Position als Pull-Faktor einsetzen, um den eigenen Personalbedarf durch die Rekrutierung in ärmeren Ländern zu decken (Braeseke & Bonin, 2016). Um diesem *Care-Drain* vorzubeugen und dies notfalls auch als Ordnungswidrigkeit ahnden zu können, haben die 193 Mitgliedstaaten der WHO im Jahr 2010 die Einhaltung von ethischen Grundsätzen u. a. bei der Rekrutierung von internationalen Gesundheitsfachkräften beschlossen und den *WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel* unterschrieben (Weltgesundheitsorganisation, 2010). Auch Deutschland orientiert sich bei der Anwerbepaxis an dem Kodex. Es darf keine Rekrutierung in 83 Ländern stattfinden, in denen ein kritischer Mangel an Gesundheitsfachkräften besteht. Bei diesen Ländern handelt es sich hauptsächlich um afrikanische Staaten südlich der Saharalinie und um einige der bevölkerungsreichsten Länder Asiens wie Indien, Indonesien und Pakistan (Bonin et al., 2015). Deutschland ist durch die Verständigung auf den WHO-Code zudem dazu aufgerufen, selbst ausreichend Gesundheitspersonal zu qualifizieren und mittels attraktiver Arbeitsbedingungen im Land an den Beruf zu binden (Braeseke & Bonin, 2016).

2.3 Aktuelle Statistiken zum Beschäftigungsstand von internationalen Pflegekräften

Gemäß Statistischem Bundesamt haben in Deutschland 15,4 % der in den Pflegeberufen Beschäftigten eine eigene Migrationserfahrung (Afentakis & Maier, 2014); dieser Anteil ist tendenziell ansteigend (Bonin et al., 2015; Bundesinstitut für Berufsbildung & Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2017; Schreck, 2017; Stremlau & Bartels, 2012). Der Vergleich zwischen den Berufsfeldern Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege verdeutlicht einen markant höheren Anteil an Beschäftigten mit eigener Migrationserfahrung in der Altenpflege (19,5 %) als in der Gesundheits- und Krankenpflege (12,6 % bei den Fachkräften, 16,3 % bei den Hilfskräften) (Afentakis & Maier, 2014; Bonin et al., 2015). Um jedoch die Arbeitsmigration in den Pflegeberufen zu analysieren, muss die Personengruppe der Pflegekräfte mit eigener Migrationserfahrung weiter eingegrenzt werden. Nach Afentakis und Maier (2014), die sich auf den Mikrozensus des Bundes beziehen, zählen zur Gruppe der Menschen mit eigener Migrationserfahrung neben Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit in der ersten Generation auch Eingebürgerte und deutsche Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler. Die Gruppe der Arbeitsmigrierenden hingegen umfasst alle Personen mit eigener Migrationserfahrung, die entweder ihren höchsten beruflichen Abschluss im Ausland erworben haben oder keinen Berufsabschluss haben, jedoch im Zuzugsjahr mindestens das erwerbsfähige Alter von 15 Jahren erreicht haben.

Bei ausschließlicher Berücksichtigung der Gruppe der qualifizierten Zugewanderten und der in der Pflege sozialversicherungspflichtig beschäftigten Arbeitsmigrantinnen und Arbeitsmigranten ändert sich das Bild deutlich im Vergleich mit der zuvor beschriebenen Personen- gruppe der 15,4 % in den Pflegeberufen Beschäftigten mit eigener Migrationserfahrung. Wiederum gibt es auch hier innerhalb der Pflegeberufe deutliche Unterschiede. Während in der Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflegehilfe jede 11. Stelle mit einer über eine im Ausland erworbene Berufsqualifikation verfügenden Pflegekraft besetzt wurde, wird in der Gesundheits- und Krankenpflege nur jede 16. Stelle von Arbeitsmigranten ausgefüllt (Afentakis & Maier, 2014). Abbildung 2 können die entsprechenden Prozentzahlen entnommen werden. Um einschätzen zu können, welchen Anteil die Arbeitsmigration im Pflegewesen in Deutschland im Vergleich zu anderen Branchen einnimmt, ist die Statistik der Gesamtwirtschaft hinzu- zuziehen. Dieser Vergleich zwischen den Beschäftigten mit eigener Migrationserfahrung und nach Arbeitsmigration in den Pflegeberufen und der Gesamtwirtschaft wird in Abbildung 2 ge- zogen. Die zugehörigen Daten sind aus dem Jahr 2010.

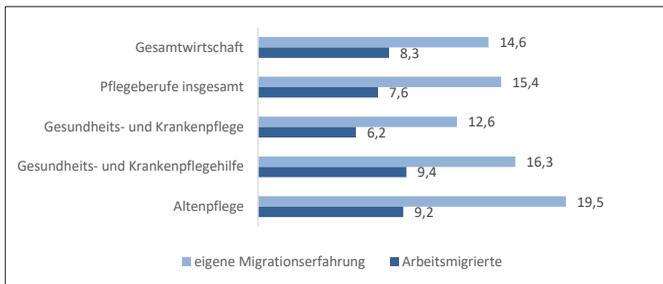


Abbildung 2: Anzahl der Pflegekräfte mit eigener Migrationserfahrung und nach Arbeitsmigration im Vergleich zur Gesamtwirtschaft (eigene Darstellung in Anlehnung an Afentakis & Maier, 2014)

Grafisch dargestellt ist, dass in der Gesamtwirtschaft in Deutschland 8,3 % der Beschäftigten Migrierte sind, die die genannten Kriterien einer Arbeitsmigration des Mikrozensus erfüllen. In den Pflegeberufen hingegen arbeiten insgesamt nur 7,6 % Arbeitsmigrantinnen und Arbeitsmigranten, sodass Abbildung 2 verdeutlicht, dass die Pflegeberufe in Deutschland „nicht in besonderem Maße von Zuwanderung profitiert haben“ (Afentakis & Maier, 2014, S. 175). Es ist naheliegend, dass die auffallend ungleiche Verteilung der Arbeitskräfte zwischen Gesundheits- und Krankenpflege, Altenpflege und der Hilfstätigkeit daraus resultiert, dass die Altenpflege und die Hilfsarbeit die Aufnahme der Tätigkeit für internationale Fachkräfte als Maßnahme zur Versorgungssicherung niederschwelliger gestalten, als es die Gesundheits- und Krankenpflege tut.

Die Anzahl der in Deutschland beschäftigten Pflegekräfte mit im Ausland erworbener Berufsqualifikation steigt seit Beginn der statistischen Erfassung infolge der erleichterten Zuwanderung in den deutschen Arbeitsmarkt (s. Kapitel 2.2) an (Braeseke & Bonin, 2016; Slotala, 2016). Bisher existieren jedoch keine verlässlichen Strukturdaten, die einen genauen Überblick über die Anzahl der Mitarbeitenden in der Pflege mit internationalem Berufsabschluss geben. Darauf weisen u. a. auch Stagge (2016) sowie Habermann und Cramer (2012) hin. Ohne eine einheitliche Registrierung aller in der Pflege Beschäftigten lasse sich keine belastbare Angabe machen, wer und mit welchem Ausbildungsniveau in der Pflege in Deutschland arbeite. Einzig die amtliche Statistik zum Anerkennungsgesetz des Bundes führt alle Meldungen der zuständigen Stellen der Statistischen Landesämter zusammen und hält die seit 2012 auf eine Berufsankennung in den Pflegeberufen bezogene kontinuierliche Nachfragesteigerung fest (Bundesinstitut für Berufsbildung & Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2017; Slotala, 2016). Für das Berichtsjahr 2016 wurde veröffentlicht, dass die Pflege erstmals der reglementierte Beruf mit den meisten Neuanträgen (7'080 Anträge) war (Bundesinstitut für Berufsbildung & Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2017). Im Jahr 2012 waren es zum Vergleich noch 1'482 und im Jahr 2014 5'352 Anträge auf Anerkennung (Slotala, 2016). Eine weitere in diesem Zusammenhang zu nennende Statistik aus dem Bundesland Hessen verdeutlicht zusätzlich die aktuelle Dimension der Nachfrage nach Zuwanderung in die Pflegeberufe: 2014 standen 1'149 Anträge auf berufliche Anerkennung von ausländischen Pflegekräften einer Zahl von 1'274 Absolventinnen und Absolventen der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung an einer der hessischen Krankenpflegeschulen gegenüber (Slotala, 2016). Zwar wurden nicht alle Anträge positiv beschieden, jedoch „führt das hessische Verhältnis zwischen zugewanderten und auf dem Heimatmarkt ausgebildeten Fachkräften die aktuelle Größenordnung der Zuwanderung anschaulich vor Augen“ (Slotala, 2016, S. 288).

Die häufigsten Herkunftsländer der international ausgebildeten Pflegekräfte (s. Abbildung 3) sind gemäß den Daten des Jahres 2013 Länder im Europäischen Wirtschaftsraum. Pflegende aus Drittländern machen zum Zeitpunkt der Erhebung den kleineren Teil der internationalen Belegschaft mit sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung aus (Braeseke & Bonin, 2016). Anzunehmen ist, dass dies darauf zurückzuführen ist, dass der Arbeitsmarkt in den Pflegeberufen für Staatsangehörige aus Nicht-EU-Ländern bis 2013 kaum zugänglich war.

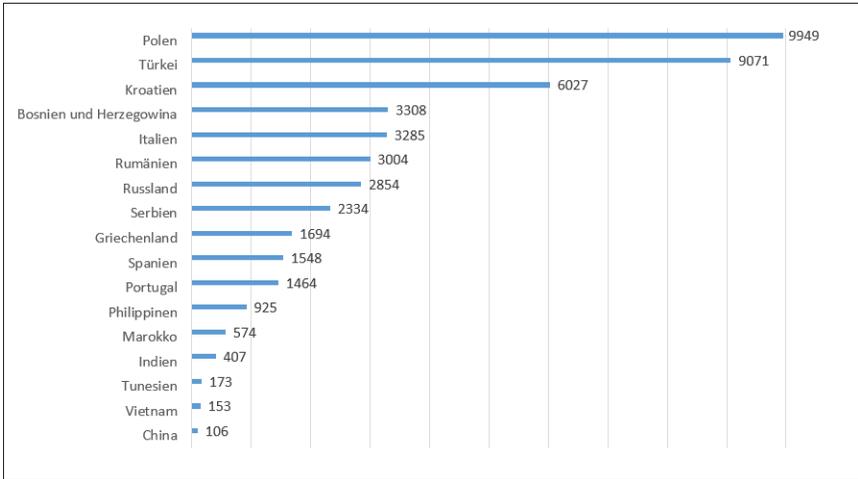


Abbildung 3: Anzahl der Pflegekräfte mit ausländischer Staatsbürgerschaft nach Staatsangehörigkeit (eigene Darstellung in Anlehnung an Braeseke & Bonin, 2016)

2.4 Aktuelle Projekte zur Gewinnung von internationalen Pflegenden

Der Abbau der Zuwanderungshemmnisse für internationale Fachkräfte liegt noch nicht lange zurück. Inzwischen wurden jedoch einige Maßnahmen etabliert, die dazu beitragen, dass immer mehr Pflegekräfte aus dem Ausland zum Arbeiten nach Deutschland immigrieren. Auf der einen Seite tendieren Unternehmen der Pflegebranche zunehmend dazu, Stellenausschreibungen online und über Jobbörsenportale zu schalten, und da diese Stellenbekanntmachungen global verfügbar sind, unterstützt dies die Etablierung eines internationalen Arbeitsmarkts (Voswinkel & Kontos, 2010). Auf der anderen Seite wurden mit politischer Unterstützung bereits einige größere Pilotprojekte initiiert, die die Anwerbung und die Eingliederung von Pflegepersonal aus dem Ausland zum Ziel haben (Bonin et al., 2015; Braeseke & Bonin, 2016). Im Folgenden wird ein Überblick über aktuelle Initiativen gegeben.

Für die Anwerbung aus den EU-Ländern wurden seit Beginn der Wirtschaftskrise in Europa (2010) und der damit einhergehenden hohen Arbeitslosigkeit in Südeuropa einige Projekte gestartet, die gezielt in Ländern wie Griechenland und Spanien, aber auch in Bulgarien, Rumänien und den baltischen Staaten Pflegefachkräfte nach Deutschland rekrutieren sollen. Die Einrichtungen berichten von unterschiedlichen Erfahrungen mit dieser Form der Personalgewinnung. Insbesondere die spanischen Pflegenden seien nach relativ kurzer Aufenthaltsdauer aufgrund von unterschiedlichen beruflichen Erwartungen wieder in ihr Heimatland zurückgekehrt (Bonin et al., 2015; Braeseke & Bonin, 2016). Auch Klie (2017) führt in diesem

Zusammenhang aus, dass die zugewanderten spanischen Pflegenden ihre beruflichen Vorstellungen nicht in Deutschland realisieren konnten und „auch deshalb Deutschland den Rücken“ (Klie, 2017, S. 98) kehrten. Im Jahr 2013 initiierte die hessische Landesregierung ein Kooperationsprojekt mit Spanien, um dem steigenden Fachkräftebedarf in der Pflege zu begegnen. Ziel war es, 100 spanische Fachkräfte in hessischen Einrichtungen einzusetzen (Braeseke & Bonin, 2016; Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, 2013). Im Pflegereport 2016 berichten Braeseke und Bonin (2016), dass insbesondere die häusliche Intensivpflege für Pflegefachkräfte aus Südeuropa gut geeignet sei, da dabei die Tätigkeitsschwerpunkte bei der Behandlungspflege und den medizinischen Kenntnissen liegen und dass das selbstständige Arbeiten den Erwartungen und Erfahrungen der akademisch qualifizierten Pflegenden aus dieser Region entgegen komme.

Andere Initiativen zur Fachkräftegewinnung zielen jedoch insbesondere auf Pflegekräfte aus Drittstaaten ab. Beispielsweise unterstützt die ZAV der Bundesagentur für Arbeit ein Programm mit der Republik China. Nach einer achtmonatigen Intensivschulung in China zur Vermittlung von Sprachkenntnissen und Grundlagen der deutschen Altenpflege werden die chinesischen Pflegekräfte in der Altenpflege in Deutschland eingesetzt. Zudem besteht seit 2012 das Projekt *Fachkräftegewinnung für die Pflegewirtschaft* des Bundeswirtschaftsministeriums, welches von der Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) in Kooperation mit der ZAV umgesetzt wird. Mit diesem Projekt werden gezielt in Vietnam ausgebildete Pflegefachkräfte angeworben, die in Vietnam Deutschkurse besuchen und anschließend in Deutschland eine auf zwei Jahre verkürzte Altenpflegeausbildung absolvieren. Im Anschluss an diese Ausbildung sollen die Vietnamesinnen und Vietnamesen mindestens für drei Jahre in einer deutschen Altenpflegeeinrichtung tätig werden. Die Erkenntnisse dieses Projektes dienen einem Handlungsleitfaden, der vorrangig klein- und mittelständisch geprägte Betriebe bei der Fachkräftesicherung und Rekrutierung im Ausland unterstützen soll (Peters & Braeseke, 2016). Des Weiteren bestehen zwischenstaatliche Vereinbarungen für eine offene Vermittlungsab-sprache der GIZ mit Serbien, Bosnien und Herzegowina sowie den Philippinen. Diese Absprachen unter der Überschrift *Triple Win Pflegekräfte* haben zum Ziel, dass Entsendeländer, Empfängerländer und die zugezogenen Pflegenden von der Immigration nach Deutschland profitieren (Bonin et al., 2015). Aktuell werden durch das Bundesministerium für Gesundheit ähnliche Vereinbarungen mit der Republik Kosovo getroffen (Bundesministerium für Gesundheit, 2019b). Auch bietet das Förderprogramm *Integration durch Qualifizierung* (IQ) für u. a. Pflegefachkräfte aus Drittstaaten Qualifizierungsmaßnahmen und Sprachunterricht, um wesentliche Unterschiede zur deutschen Ausbildung auszugleichen, falls diese durch eine Gleichwertigkeitsprüfung bescheinigt werden. Besonders am IQ-Netzwerk für die Zugezogen ist, dass ihnen durch die Teilnahme am Programm keine Kosten entstehen (IQ Netzwerk, 2018). In diese Reihe von staatlich organisierten oder geförderten Maßnahmen reihen sich zusätzlich

Initiativen von einzelnen Trägern ein. Zu nennen ist hierfür bspw. die *Care-Trans-Fair eG*, eine Kooperation von deutschen Altenhilfeträgern und einigen Regionen in Spanien (Klie, 2017).

Deutlich wird durch die Vielzahl von Initiativen und Projekten, dass inzwischen dem Thema Pflegefachkräftegewinnung aus dem Ausland vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt wird. Jedoch, auch das wird durch die Vielzahl der Maßnahmen deutlich, erinnern sie weniger an eine zielgerichtete Hinführung in den Beruf als vielmehr an viele vereinzelte, teils regional begrenzte Stellschrauben, um dem Personalmangel zu begegnen.

2.5 Bedeutung der Migration für die zugezogenen Pflegenden

Trotz der in den vorausgegangenen Kapiteln beschriebenen Aktualität des Fachkräftemangels und der zunehmenden Arbeitsmigration in die Pflegeberufe findet die Innenperspektive der migrierten Pflegekräfte in der pflege- und gesundheitswissenschaftlichen Forschung kaum Beachtung. Auch werden ihre subjektiven Erfahrungswelten und ihre Sichtweisen auf ihre beruflichen Erfahrungen in der beruflichen Bildung kaum berücksichtigt (Kofman & Raghuram, 2009; Zander, Blümel & Busse, 2013). Deswegen dienen die folgenden Ausführungen dazu, der Frage nachzugehen, was eine Migration für die Betroffenen v. a. im beruflichen Kontext bedeutet. Da die Strategie der Rekrutierung von ausländischem Fachpersonal bundesweit und sektorübergreifend als Chance zur nachhaltigen Fachkräftegewinnung betrachtet wird (Bundesagentur für Arbeit, 2019), erscheint es sinnvoll, hierbei den Blick auch auf andere Disziplinen auszuweiten.

Durch vornehmlich qualitative Studien, welche in gesundheitswissenschaftlich relevanten Journals veröffentlicht wurden und hauptsächlich aus dem englischsprachigen Raum stammen ist bekannt, dass die Entscheidung zu einer Migration auf gründliche Überlegungen zurückgeht und nicht ad hoc erfolgt – abgesehen von Migrationsformen, die durch äußere gewaltsame Einwirkungen (z. B. Naturkatastrophen, Kriege, politische und religiöse Verfolgung) veranlasst werden (u. a. Han, 2016; Ho & Chiang, 2015). Die Zuziehenden erhoffen sich durch die Migration bspw. ein höheres Einkommen, bessere Karrierechancen und eine professionelle Weiterentwicklung (Ho & Chiang, 2015). Han (2016) bestätigt diese Ergebnisse aus migrationstheoretischer Sicht. Menschen entscheiden sich zum Auswandern und entwickeln ihre Motivation durch die Vorstellung von verbesserten materiellen und soziokulturellen Lebensbedingungen. Bevor dies eintreten könne, entstehen durch die Migration jedoch zunächst weniger positiv besetzte Veränderungen, da zuvor „die gesamten bisherigen sozialen Rollen, Interaktionen und Partizipationsbezüge aufgegeben werden“ (Han, 2016, S. 44). Auch entstehe in der Erwerbsbiografie ein Bruch, da die berufliche Qualifikation und entsprechende Erfahrungen sowie vorhandenes Wissen und Kompetenzen auf dem Arbeitsmarkt des Ziellandes nur bedingt Verwertung finden und die Betroffenen oftmals in Kauf nehmen, unter dem zuvor

erreichten Qualifikationsniveau beschäftigt zu werden oder gar aus dem gelernten Beruf auszuscheiden (Braun, 2012; Han, 2016; Hausen, 2010; Sanders & Nee, 1996). Für die migrierenden Pflegekräfte zeichnet sich hierbei eine weitere Parallele ab. Viele der Zuziehenden arbeiten bis zur Anerkennung der Berufsqualifikation als Pflegehilfskräfte. Insbesondere für Migrantinnen und Migranten aus Drittstaaten, deren Abschlüsse in Deutschland nicht automatisch anerkannt werden müssen, besteht die Wahrscheinlichkeit, dass es zu einer Verstetigung der Beschäftigung unterhalb des im Herkunftsland erworbenen Qualifikationsniveaus kommen kann. Auch Ho und Chiang (2015) halten in diesem Zusammenhang fest, dass Migrierende im Gesundheitssektor häufig die bestehenden Hindernisse der Zielländer unterschätzen und dort unerfüllten Erwartungen gegenüberstehen. Da die vielen Veränderungen mit unterschiedlich ausgeprägter Intensität eine Umstellung im beruflichen, aber auch im sozialen Alltag erfordern und da die Veränderungen für viele Migrierende das gesamte vertraute private und gesellschaftliche Bezugssystem betreffen, beschreibt Han (2016) die Migration als „Entwurzelung“ (Han, 2016, S. 198).

Nach der Migration selbst beginnt für die Zuziehenden die Phase der Eingliederung in die Aufnahmegesellschaft. Arbeit und Beruf können eine entscheidende Option für gesellschaftliche Teilhabe bieten. Durch die Aufnahme der Beschäftigung begegnen die internationalen Pflegekräfte den in Deutschland geltenden Rollenerwartungen und kollektiven Berufsauffassungen. Es erscheint absehbar, dass sich Interessenkonflikte zwischen den Zugezogenen und den Verantwortlichen der aufnehmenden Pflegeeinrichtungen abzeichnen können: Während die Pflegenden vielfach für den Zweck der Stellenbesetzung und der damit intendierten Abwendung des Fachkräftemangels rekrutiert werden und häufig Tätigkeitsprofile mit Hilfsaufgaben zugeschrieben bekommen, wünschen sich die Betroffenen eine Verbesserung ihrer Lebens- und Arbeitsbedingungen (Kingma, 2010; Schreck, 2017) und migrieren dementsprechend in Länder, von denen sie sich diese Vorteile erhoffen (Habermann & Stagge, 2015; Kingma, 2010).

3 Migrierte Pflegekräfte mit im Ausland erworbener Berufsqualifikation in den Pflegeberufen des Ankunftslands – ein Überblick über den aktuellen Erkenntnisstand

Im Folgenden wird ein Überblick über den aktuellen internationalen Erkenntnisstand der pflegewissenschaftlichen Literatur sowie der Berufs- und Wirtschaftspädagogik gegeben, um die Erkenntnisse aus gegenwärtigen Diskursbeiträgen zur Migration von Pflegekräften mit im Ausland erworbener Berufsqualifikation abzubilden. In die Analyse einbezogen wurden, um allgemeine Aussagen treffen zu können, verschiedene Beiträge, welche Schlussfolgerungen und ein grundlegendes Verständnis zur Thematik zulassen. Auch werden unterschiedliche Perspektiven von verschiedenen im Pflegewesen vertretenen Positionen und Beteiligten berücksichtigt. Damit schließt das Literaturkapitel an die Hintergründe und die vorangestellten Ausführungen über die strukturellen Veränderungen im Pflegewesen, die rechtlichen Rahmenbedingungen für Zuwanderung, die Strukturdaten sowie die Bedeutung von Migration für die Individuen an. Es wird darauf abgezielt, zu identifizieren, welche Themenbereiche des Untersuchungsgegenstands schon näher untersucht wurden und welche zentralen Befunde bereits vorliegen, um anschließend Forschungsdesiderate und relevante forschungsleitende Fragestellungen für die vorliegende Arbeit formulieren zu können. Um das forschungspraktische Vorgehen der Recherche, die Ergebnisse der Literaturanalyse sowie die daraus abzuleitenden Schlussfolgerungen für die Arbeit darzustellen, wurde das vorliegende Kapitel dreiteilig gegliedert: Befasst wird sich mit der strategischen Verfahrensweise der Literaturrecherche, der sich die Darstellung der Analyseergebnisse anschließt, die in Schlussfolgerungen aus dem Literaturüberblick münden.

3.1 Methodisches Verfahren der Literaturrecherche

Um den aktuellen Forschungsstand zu Literatur über migrierende Pflegekräfte mit im Ausland erworbener Berufsqualifikation im Pflegewesen des Ankunftslands möglichst umfassend abzubilden, wurde eine explorative Literaturrecherche durchgeführt. Zu berücksichtigen ist, dass es nicht Ziel der Recherche war, den Kriterien eines systematischen Reviews zu entsprechen. Vielmehr sollte eine möglichst aspektreiche Darstellung darüber erfolgen, welche empirischen Erkenntnisse über die Zuwanderung von qualifiziertem Pflegepersonal zum Zeitpunkt der abschließenden Durchsicht der recherchierten Beiträge vorlagen (vgl. hierzu Simon, 2013, S. 55). Erstmals wurde die Literaturrecherche im Mai 2017 durchgeführt. Im Juli 2018 wurde

sie für einen Fachzeitschriftenbeitrag (vgl. hierzu Hubenthal & Dieterich, 2020, S. 98ff) aktualisiert und spezifiziert². Im Februar 2020 wurde die Recherche abschließend überprüft und auf den aktuellen Stand gebracht. Obwohl durch dieses Vorgehen eine große Menge an Material (publiziert bis zum 29.02.2020) gefunden werden konnte, wird in der vorliegenden Arbeit nicht der Anspruch auf absolute Vollständigkeit erhoben. Durchaus ließen sich jedoch für die vorliegende Arbeit relevante Themenbereiche aus der gesichteten Literatur identifizieren, welche generalisierbare Aussagen zu den gegenwärtigen Diskursbeiträgen über den Zuzug von im Ausland ausgebildeten Pflegekräften zulassen.

3.1.1 Fragen an die Literatur

Bevor die Recherchestrategie der Literatursuche dezidiert vorgestellt wird (s. Kapitel 3.1.2), werden im Folgenden fünf Fragen festgehalten, die nach der ersten Beschäftigung mit der Thematik aufkamen und das Forschungsinteresse richtungsweisend eingrenzten. Von besonderem Interesse waren Beiträge, welche Rückschlüsse zu Auswirkungen von Arbeitsmigration auf das deutsche Gesundheitssystem und Pflegewesen zulassen. Hierbei wurde primär Literatur gesucht, welche fokussiert, welche Chancen und Herausforderungen aus Zuwanderung für das Pflegewesen resultieren bzw. in den Beiträgen genannt und beschrieben werden. Zusätzlich wurde nach Literatur recherchiert, welche die Besonderheiten und Gegebenheiten thematisiert, die den Zugezogenen im Beruf im Ankunftsland begegnen. Folgende Fragen wurden an die Literatur gestellt, gaben Orientierung und beeinflussten das Vorgehen während der Recherche:

- Welche Diskurse über die Pflegefachkräftegewinnung aus dem Ausland werden in der Fachliteratur geführt?
- Was ist über die Eingliederung von internationalen Pflegenden in das Pflegewesen des Ankunftslands bekannt?
- Welche Gegebenheiten begegnen zugezogenen Pflegekräften im Arbeitsalltag des Ankunftslands?
- Welche Chancen und Potentiale entstehen durch die Migration von internationalen Pflegekräften für das Pflegewesen des Ankunftslands?
- Welche Risiken entstehen durch die Migration von internationalen Pflegekräften für das Pflegewesen des Ankunftslands?

² Da Teile des vorliegenden Kapitels bereits in dem erwähnten Zeitschriftenbeitrag veröffentlicht wurden, kommt es zu inhaltlichen und sprachlichen Überschneidungen zwischen Kapitel 3 der vorliegenden Arbeit und dem benannten Zeitschriftenbeitrag.

Anhand dieser Formulierungen wird ersichtlich, dass die Fragestellungen die Literaturrecherche zwar in eine bestimmte Richtung lenken, indem sie das Forschungsinteresse abgrenzen. Jedoch wurden sie so offen formuliert, dass sie dennoch eine explorative Identifikation der internationalen Befundlage zu migrationsbedingt auftretenden Phänomenen im Pflegewesen unterstützen können.

3.1.2 Recherche

In den pflegerelevanten Datenbanken *Pubmed*, *CareLit* und *Cinahl* sowie *Medline* via *EBSCO Host* wurde entsprechend der an die Literatur gestellten Fragestellungen nach forschungsbasierter Literatur zum wissenschaftlichen Diskurs über Pflegepersonal mit im Ausland erworbener Berufsqualifikation recherchiert. Dafür wurden die in Tabelle 1 abgebildeten Suchbegriffe verwendet und strategisch miteinander kombiniert. Durch die Datenbanksuche entwickelte sich ergänzend ein Schneeballsystem (vgl. hierzu Simon, 2013, S. 53), mit welchem weitere relevante Quellen zur Feststellung des Erkenntnisstands identifiziert werden konnten. Da begründet durch den fachlichen Austausch während des Forschungsprojekts und der Erstellung der vorliegenden Arbeit weitere Studien und Forschungsberichte bekannt wurden, welche jedoch nicht mittels der während der anfänglichen Datenbankrecherche verwendeten Suchbegriffe identifiziert werden konnten, wurde nach diesen Beiträgen per Handsuche gesucht. Die entsprechenden Schlag- und Schlüsselwörter, unter denen die Artikel in den Datenbanken gelistet waren, wurden für die weiteren Literaturrecherchen in die bisherige Suchstrategie integriert.

Berücksichtigt werden in der Analyse wissenschaftliche Beiträge in deutscher und englischer Sprache. Bewusst wurde auch Literatur aus dem angloamerikanischen Raum in die Recherche aufgenommen, da der Fachkräftemangel im Pflegewesen kein auf Deutschland beschränktes Problem darstellt. Die Rekrutierung von Fachkräften aus dem Ausland gilt als eine international gängige Strategie der Personalgewinnung, erfolgt vornehmlich in reicheren Industrienationen und hat globale Migrationsbewegungen zur Folge (u. a. Buchan, 2006; Kingma, 2010; Pütz, Kontos, Larsen, Rand & Ruokonen-Engler, 2019): „Vor allem die USA, Kanada, Australien und Großbritannien gleichen ihren Fachkräftemangel durch die Anwerbung aus dem Ausland aus. Deutschland ist ein vergleichsweise neues Zielland für die globale Fachkräftemigration“ (Grgic, Larsen, Rand, Riedel & Voss, 2019, S. 5). Insofern erscheint nicht nur der deutsche, sondern auch der internationale englischsprachige Erkenntnisstand für die Analyse interessant, da in den betreffenden Ländern die migrationsbedingt auftretenden Phänomene im Pflegewesen schon seit längerem den Schwerpunkt systematischer Untersuchungen bilden. Weitere Restriktionen fanden während der Literaturrecherche keine Anwendung.

Diese Überlegungen bestimmten die Recherchestrategie, welche in Tabelle 1 tabellarisch zusammengefasst ist: In den zuvor genannten Datenbanken wurde zuerst nach Treffern zu *Pflegerinnen aus dem Ausland* gesucht. In der linken Spalte von Tabelle 1 sind die dafür verwendeten Schlagwörter in deutscher und englischer Sprache vermerkt. Je nach Datenbank wurden zudem noch die entsprechenden Hauptüberschriften (bzw. MESHTerms) identifiziert und verwendet. Die durch dieses Vorgehen gewonnenen Treffer wurden anschließend mittels des Boole'schen Operators *AND* mit den Suchbegriffen, welche in der rechten Spalte der Tabelle aufgelistet sind, verknüpft. So konnten die zuvor gefundenen Beiträge gemäß Forschungsinteresse thematisch weiter eingegrenzt werden. Bei Betrachtung der Tabelle fällt ein Ungleichgewicht zwischen den deutsch- und den englischsprachigen Suchbegriffen auf. Dieses resultiert daraus, dass durch die Datenbankrecherche für die deutschsprachigen Übersetzungen einiger Begrifflichkeiten (wie bspw. Auswirkungen; Chancen oder Risiken) keine Treffer erzielt werden konnten, sodass sie für die vorgestellte Strategie keine Bedeutung besaßen und demzufolge nicht aufgeführt wurden.

Tabelle 1: Suchbegriffe der Recherchestrategie

Suchbegriffe für Pflegerinnen aus dem Ausland		Verknüpfte Begriffe zur Eingrenzung der Recherche
<ul style="list-style-type: none"> • Pflegekräfte • internationale Pflegekräfte • ausländische Pflegekräfte • migrierte Pflegekräfte 	verknüpft mit:	<ul style="list-style-type: none"> • Migration • Ausland • Erfahrungen
<ul style="list-style-type: none"> • nurse • internationally registered nurses (IRN) • internationally educated nurses • internationally trained nurses • foreign nurses • oversea nurses 		<ul style="list-style-type: none"> • migration • international nurse migration • abroad • lived experience • professional status • impact or implication • chance or risk

Nach dem Abschluss der Recherche erfolgte die kritische Sichtung und Überprüfung der Fachartikel und Studien auf inhaltliche Relevanz und qualitative Eignung. In die engere Literatursammlung aufgenommen wurden zum einen Publikationen, die Hinweise auf die Beantwortung der Fragestellungen geben, und zum anderen wurden Beiträge ausgewählt, welche die von Panfil (2013) formulierten Kriterien für eine qualitative Analyse wissenschaftlicher Untersuchungen erfüllen und somit glaubwürdig, zuverlässig, nachvollziehbar und replizierbar sind. Die Literatursammlung erfolgte schrittweise über das Screening der Titel, die Beseitigung von Duplikaten und das Lesen der Abstracts. Mithilfe dieses Vorgehens konnten 29 Fachpublikationen in die Arbeit miteingeschlossen werden. Eine Übersicht über diese Beiträge findet sich

in Anhang A1 der vorliegenden Arbeit. Anschließend wurden die Publikationen in übergeordnete Themenbereiche eingeordnet. In Kapitel 3.2 erfolgt die inhaltliche Vorstellung der in die Analyse einbezogenen Fachpublikationen. Vorher veranschaulicht das in Abbildung 4 gezeigte Flussdiagramm das zuvor beschriebene prozesshafte Vorgehen der Literatursuche grafisch.

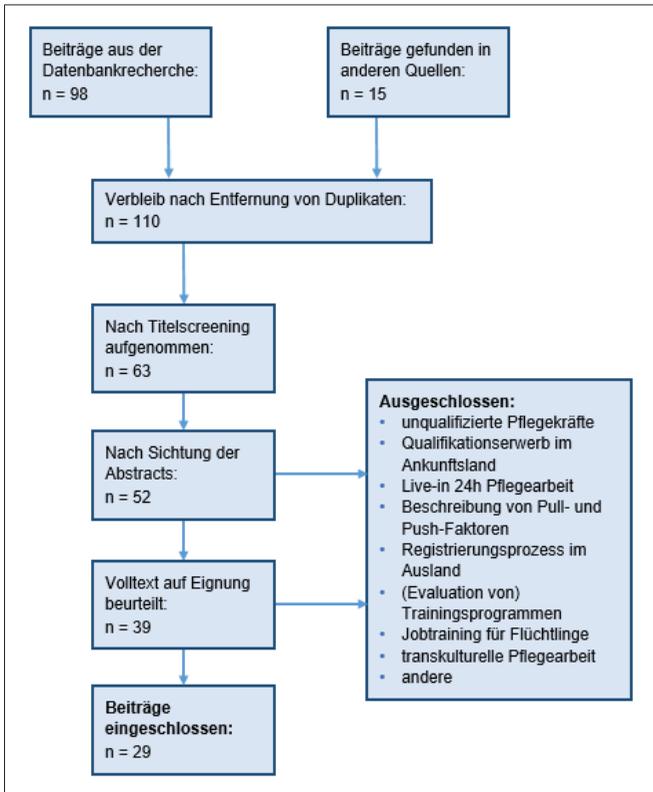


Abbildung 4: Flussdiagramm über den Ein- und Ausschluss identifizierter Publikationen

3.2 Ergebnisse der Literaturrecherche

Durch die zuvor beschriebenen Arbeitsschritte des methodischen Verfahrens bei der Literaturrecherche wurden 29 Fachpublikationen gefunden, welche der weiteren Annäherung an das Forschungsvorhaben dienen. Die Beiträge können unter sechs Themenbereichen subsumiert werden. Letztere wurden induktiv aus dem recherchierten und ausgewählten Material gebildet. Die Themenbereiche lauten:

- Rekrutierungserfahrungen von Pflegeeinrichtungen,

- Einblicke in den Anerkennungsprozess,
- Zusammenhang zwischen Qualitätsaspekten und dem Einsatz von internationalen Pflegekräften,
- Erkenntnisse zu nachhaltiger Integration in den Pflegeberuf,
- Wahrnehmung und Bedeutung von Interkulturalität im Pflegesteam,
- Erfahrungen von migrierten Pflegekräften im Ankunftsland.

Gemäß dieser Kategorisierung werden die Ergebnisse der Literaturanalyse in den nachfolgenden Unterkapiteln vorgestellt. Sie beschreiben bisher bearbeitete Schlaglichter des aktuellen internationalen Erkenntnisstands zu auftretenden Phänomenen in Bezug auf die Arbeitsmigration in die Pflegeberufe. Zu beachten ist dabei, dass die Rechercheergebnisse weniger ein zusammenhängendes Bild präsentieren als vielmehr Hinweise auf mögliche Interdependenzen. Auch intendieren die nachfolgenden Ausführungen keinen international vergleichenden Zugriff, sondern präsentieren deskriptiv den thematisch relevanten und aktuellen Erkenntnisstand.

3.2.1 Rekrutierungserfahrungen von Pflegeeinrichtungen

Durch den sich verschärfenden Personalmangel und die enorme Nachfrage nach beruflich qualifizierten Pflegenden rückten in der nahen Vergangenheit zunehmend globale Anwerbekampagnen auch in Deutschland als Strategie zur Fachkräftegewinnung aus dem Ausland in den Fokus und es migrierten zunehmend Pflegekräfte nach Deutschland (s. Kapitel 2). Vor diesem Hintergrund konnten durch die Literaturrecherche einige Beiträge aus dem deutschsprachigen Raum identifiziert werden, in denen die Erfahrungen (Personal-)Verantwortlichen aus Betrieben, in denen Pflegearbeit geleistet wird und welche bereits Rekrutierungsversuche unternommen hatten, behandelt werden. Die Perspektive ist in den nachfolgend vorgestellten Publikationen auf die Herausforderungen sowie den Nutzen für die rekrutierenden Einrichtungen gerichtet.

In ihrer repräsentativen Befragung von rund 600 Einrichtungen der stationären Kranken- und Altenversorgung sowie der ambulanten Pflege untersuchen Bonin et al. (2015) die Sicht von Personalverantwortlichen auf Chancen und Hemmnisse in Bezug auf die internationale Fachkräfterekrutierung. Von den befragten Einrichtungen berichtet bereits ca. jedes sechste Unternehmen von dem Versuch, Pflegefachkräfte aus dem Ausland angeworben zu haben, was jedoch nur bei knapp der Hälfte erfolgreich war. Bevorzugt betrachten größere Träger die Rekrutierung im Ausland als eine Option. Grund dafür ist u. a., dass der administrative Aufwand besonders bei der Anwerbung von Fachkräften aus Drittstaaten als hoch wahrgenommen wird und dass „die internationale Rekrutierung nach den Erfahrungen der Personalverantwortlichen mit ganz erheblichen Kosten verbunden“ (Bonin et al., 2015, S. 64)

ist. Insbesondere für kleine Unternehmen verbrauchen die Kosten für „die Anbahnung des Bewerbungsprozesses, die Beurteilung der ausländischen Bewerber, die Überwindung von Sprachbarrieren und auch die Integration der aus dem Ausland rekrutierten Kräfte in das Unternehmen“ (Bonin et al., 2015, S. 64) erhebliche finanzielle und zeitliche Ressourcen. Dennoch besteht den Erkenntnissen der Studie nach unter den Verantwortlichen der rekrutierenden Betriebe weiterhin eine hohe Bereitschaft, Pflegepersonal aus dem Ausland gewinnen zu wollen. Bonin et al. (2015) erklären dies durch die positiven Erfahrungen mit den neuen Mitarbeitenden: „Drei von fünf Personalverantwortlichen sind mit ihnen zufrieden oder sogar sehr zufrieden, nur einer von zehn ist unzufrieden oder sehr unzufrieden“ (Bonin et al., 2015, S. 64). Die Forschenden zeigen auf, dass „das Urteil über die Einsatzbereitschaft der international rekrutierten Pflegefachkräfte sehr positiv“ (Bonin et al., 2015, S. 64) ausfällt und die Verantwortlichen die Kompetenzen der Zugezogenen auf dem Niveau des etablierten Personals sehen. Einschränkend geben die Befragten einzig an, dass die im Ausland rekrutierten Pflegekräfte tendenziell weniger Praxiserfahrung als die aus dem Inland stammenden Kollegen aufweisen.

An dieser Stelle knüpfen die Ergebnisse der Online-Befragung von ambulanten Pflegediensten und Pflegeheimen von Schreck (2017) an. Die Autorin untersucht, wie zuvor bereits Bonin et al. (2015) die Rekrutierungserfahrungen von Einrichtungen in Bezug auf Arbeitsmigration. Schrecks (2017) Untersuchungsinteresse liegt darin herauszufinden, welche Erfahrungen Einrichtungen in Deutschland bei der Rekrutierung und Eingliederung von Pflegekräften aus dem Ausland machen. Rund 40 % der befragten Personalverantwortlichen geben an, sich bereits für eine Rekrutierung aus dem Ausland entschieden zu haben, um unbesetzte Stellen besetzen zu können. Etwa die Hälfte der Verantwortlichen, die Rekrutierungserfahrungen gesammelt haben, berichtet davon, mit den rekrutierten Pflegefachkräften zufrieden bzw. sehr zufrieden zu sein. Schreck (2017) hält wie auch Bonin et al. (2015) fest, dass die Befragten die zugezogenen Pflegenden bzw. ihre „höhere Leistungsbereitschaft und Motivation gegenüber ihren deutschen Kollegen“ (Schreck, 2017, S. 80) loben. Jedoch werden auch in dieser Studie einige Hürden bei der Eingliederung in die Betriebe benannt: Besonders die sprachlichen Verständigungsprobleme, die Prozesse bei der Anerkennung der ausländischen Berufsabschlüsse sowie die damit einhergehenden bürokratischen Hindernisse werden angeführt. Dementsprechend fällt die Zufriedenheit bei den Verantwortlichen der Einrichtungen mit dem Rekrutierungsprozess deutlich geringer aus als mit den migrierten Arbeitskräften selbst. Demnach resümiert Schreck (2017), dass es erforderlich sei, „anfallende Hürden, welche mit dem Rekrutierungsprozess in Verbindung stehen, zu senken“ (Schreck, 2017, S. 80), um so die Hemmnisse einer Auslandsrekrutierung insbesondere für kleinere Betriebe mit einem weniger professionellen Personalmanagement abzubauen.

Dass v. a. die wenig transparenten Anerkennungsverfahren für ausländische Abschlüsse eine Hürde für eine Arbeitsmigration nach Deutschland darstellen, problematisieren auch die befragten Arbeitgebenden in der Studie von Merda (2017), der deren Sicht auf die Rekrutierung von asiatischen Pflegekräften am Beispiel Indien analysiert. Die Befragten sehen v. a. das Problem, dass „in jedem Bundesland andere Behörden auf der Grundlage des einzelnen Falles“ (Merda, 2017, S. 199) über eine Anerkennung entscheiden. Dies begründe sich darin, darauf verweisen Englmann und Müller (2007) in diesem Zusammenhang, dass „Anerkennung in Deutschland primär als Bildungsthema und nicht als Teil der Integrations- und Arbeitsmarktpolitik begriffen“ (Englmann & Müller, 2007, S. 27) wird und die formale Zuständigkeit somit bei den Bundesländern liegt. Merda (2017) stellt in seiner Untersuchung heraus, dass dieser Föderalismus bei Rekrutierungsversuchen für die Verantwortlichen der Betriebe einen hohen bürokratischen Aufwand und erhebliche Kosten mit sich bringt. Somit resümiert er, wie auch Bonin et al. (2015) und Schreck (2017), dass der Rekrutierungsprozess von Pflegefachkräften aus dem Ausland an sich und insbesondere das wenig transparente Verfahren der Anerkennung der im Ausland erworbenen Berufs- und Bildungsabschlüsse eine große Herausforderung für Betriebe darstellt, welche internationale Anwerbeverfahren zur Personalgewinnung in Betracht ziehen.

Die dargestellten Studien zeigen auf, dass die Personalverantwortlichen von im Ausland rekrutierenden Einrichtungen mit den zugezogenen Pflegekräften größtenteils zufrieden sind, sobald diese die Arbeit in den Unternehmen aufgenommen haben. Da jedoch mit dem Rekrutierungsprozess im Allgemeinen Unannehmlichkeiten verbunden und der Anerkennungsprozess im Speziellen als große strukturelle Hürde während des Rekrutierungsprozesses wahrgenommen wird, wird in Kapitel 3.2.2 die gefundene wissenschaftliche Literatur vorgestellt, in der eine Auseinandersetzung mit dem Anerkennungsverfahren in Deutschland erfolgt.

3.2.2 Einblicke in den Anerkennungsprozess

In der Studie von Merda (2017) geben die befragten Personalverantwortlichen an, sich ein transparentes einheitliches Anerkennungsverfahren zu wünschen, um weniger bürokratischen Aufwand und geringere Kosten bei der Anwerbung von Personal aus dem Ausland aufwenden zu müssen. Um diesen Wunsch besser einordnen zu können, wird im Folgenden ein Überblick über Literatur gegeben, welche Einsicht in den Prozess der Anerkennung der Berufsabschlüsse gibt. Dabei geht es nicht um das exemplarische Aufzeigen der Struktur, sondern um Erfahrungen, die beteiligte Akteurinnen und Akteure in der Vergangenheit mit den aktuellen Verfahren sammelten.

Grundsätzlich gilt, dass zugezogene Pflegekräfte vor der Aufnahme eines Pflegeberufs in Deutschland die Gleichwertigkeit ihres beruflichen Abschlusses nachweisen müssen. In der

Praxis bedeutet dies, „dass Niveau, Inhalte und Dauer der Ausbildung übereinstimmen sollen und Unterschiede oft nicht akzeptiert werden“ (Englmann & Müller, 2007, S. 32). Insbesondere für Pflegende, die aus Drittstaaten nach Deutschland migrieren, gelten gesonderte Regelungen: Um Zugang zum deutschen Arbeitsmarkt zu erhalten, müssen sie „neben den aufenthalts- und beschäftigungsrechtlichen v. a. auch die anerkennungsrechtlichen Voraussetzungen“ (Tasser & Schneiderwind, 2019, S. 48) erfüllen. Dies erfordert von den Zugezogenen aus Drittstaaten das Ablegen einer Anerkennungs- bzw. Kenntnisprüfung. Unionsbürgerinnen und -bürger der EU werden i. d. R. automatisch anerkannt. Für Zugezogene, die keine automatische Anerkennung ihrer Berufsqualifikation erhalten, besteht die Möglichkeit, sich im Rahmen eines Vorbereitungskurses auf die Kenntnisprüfung vorzubereiten. Daher durchlaufen Migrierende häufig parallel während des Anerkennungsverfahrens auch einen Vorbereitungskurs auf die Kenntnisprüfung (u. a. Dieterich, 2017; Tasser & Schneiderwind, 2019).

Jene Vorbereitungskurse stellen einen speziellen Bereich der pflegeberuflichen Bildung dar und sind u. a. Gegenstand der Studie von Boeder, Dieterich und Slotala (2018). Die Forschenden interviewten Lehrkräfte aus Hessen, welche die Migrierenden auf die Kenntnisprüfung vorbereiten, zur Konzeption sowie zu ihren Erfahrungen bezüglich der Vorbereitungskurse. Die Befragten unterstreichen die große Bedeutung und die didaktisch-methodischen Anforderungen der Kurse: Ohne die in den Kursen mögliche strukturierte Vorbereitung auf die Kenntnisprüfungen seien diese nicht ohne Weiteres zu bestehen. Als besonders herausfordernd erleben die Lehrkräfte zudem die „sprachlichen Hürden, kulturellen Unterschiede sowie das abweichende Berufsverständnis der Teilnehmenden“ (Boeder et al., 2018, S. 62). Da insbesondere das Berufsverständnis der Zugezogenen von den Befragten als überwiegend fremd angesehen wird – laut Lehrkräften rechnen die Fachkräfte aus dem Ausland u. a. die körperbezogenen Pflegemaßnahmen nicht zu ihrem Aufgabenbereich –, sehen „es die Befragten als bedeutsames Qualifizierungsziel an, die Grundpflege als wichtigen Tätigkeitsbereich in das Berufsverständnis der ausländischen Pflegekräfte zu integrieren“ (Dieterich, 2017, S. 106). Entsprechend unterstreichen die befragten Lehrkräfte in der Studie von Boeder et al. (2018) die Relevanz der Anerkennungslehrgänge, da diese „die ausländischen Pflegekräfte eben nicht nur auf die Prüfung, sondern auch auf den Pflegealltag in Deutschland vorbereiten“ (Boeder et al., 2018, S. 62) sollen. Die Studie zeigt auf, dass es während des Anerkennungsprozesses nicht nur ausschließlich um die formale Gleichwertigkeitsprüfung der beruflichen Qualifikation geht, sondern zusätzlich für die Zugezogenen auch Anpassungserfordernisse an die in Deutschland geltenden beruflichen Vorstellungen relevant werden.

In diesem Zusammenhang zu benennende vergleichbare Erkenntnisse bieten auch die Untersuchungen von Bonin et al. (2015) und Schreck (2017), die jedoch keine Lehrkräfte, sondern die Verantwortlichen der Betriebe befragt haben. Auch die Untersuchungsteilnehmenden

konstatieren „Defizite bei der Praxiserfahrung von ausländischen Fachkräften“ (Bonin et al., 2015, S. 5), was die Integration in die Betriebe und den Arbeitsalltag erschwere. Sowohl Bonin et al. (2015) als auch Schreck (2017) begründen diese Ergebnis damit, „dass die Pflegeausbildung in den meisten Ländern der EU an Hochschulen durchgeführt wird und somit entsprechend weniger praktische Inhalte vermittelt werden“ (Schreck, 2017, S. 76). Damit thematisieren sie die eher akademisch organisierten Ausbildungssysteme vieler Herkunftsländer im Vergleich zur dualen Ausbildung in Deutschland. Auch diese Erkenntnisse der beiden Untersuchungen legen dar, dass den Beteiligten während des Anerkennungsprozesses und bei der anschließenden Einmündung in die Betriebe strukturelle Herausforderungen begegnen. Offen bleibt an dieser Stelle jedoch die Perspektive der migrierenden Pflegekräfte.

Aus der Perspektive der Zugezogenen setzen sich Tasser und Schneiderwind (2019) mit dem Anerkennungsprozess auseinander. Sie stellen in ihrem Zeitschriftenbeitrag heraus, welche Risiken das langwierige und stark strukturierte Verfahren für die Zugezogenen bedeutet. Kritisiert wird, dass „die Visavergabe aktuell aufgrund interner Verfahren zwischen Visastellen, Ausländerbehörden, Arbeitsverwaltung und Bundesamt für Migration und Flüchtlinge“ (Tasser & Schneiderwind, 2019, S. 49) zu komplex und zeitintensiv sei. Dadurch können für die Zugezogenen erhebliche Kosten während des Anerkennungsprozesses entstehen. Zudem führen die beschäftigungsrechtlichen Befristungen der Aufenthalts- und Arbeitserlaubnis dazu, dass eine langfristige Lebens- und Karriereplanung für die zugezogenen Pflegenden stark beeinträchtigt wird. Diese Unwissenheit beinhaltet wiederum die Gefahr, dass Integrationsbemühungen letztendlich auch im Pflgeteam reduziert werden.

Durch die Auseinandersetzung mit den verschiedenen Perspektiven bei der Analyse und Bewertung des Anerkennungsverfahrens in Deutschland zeichnet sich ab, dass während des Anerkennungsprozesses verschiedene strukturelle Schwierigkeiten, u. a. der administrative Aufwand bei der Rekrutierung bzw. bei der Migration nach Deutschland sowie daraus resultierende Hindernisse und Kosten auftreten. Zusätzlich deuten die Erkenntnisse darauf hin, dass Differenzen bzgl. der Berufsvorstellungen zwischen in Deutschland und im Ausland ausgebildeten Pflegenden während der Vorbereitungskurse auf die Kenntnisprüfung oder spätestens bei der Eingliederung in die Betriebe bemerkbar werden. So entstehen für beteiligte Akteurinnen und Akteure neben den genannten strukturellen Herausforderungen weitere Anforderungen hinsichtlich Rekrutierung und Eingliederung in das Pflegewesen des Ankunftslands. Bevor jedoch in Kapitel 3.2.4 die Frage nach aktuellen Erkenntnissen zu nachhaltigen Integrationsbemühungen in den Pflegeberuf beleuchtet wird, wird in Kapitel 3.2.3 ein weiteres Thema aufgezeigt, welches in der recherchierten Literatur Beachtung findet: Da, wie bereits in Kapitel 2.2 erwähnt, der Begutachtung und Anerkennung der ausländischen Berufsabschlüsse eine besondere Qualitätssicherungsfunktion zugeschrieben wird und sie somit als alternativlos gilt,

wird im Folgenden der Erkenntnisstand zu Qualitätsaspekten und dem Einsatz von internationalen Pflegekräften dargestellt.

3.2.3 Zusammenhang zwischen Qualitätsaspekten und dem Einsatz von internationalen Pflegenden

Neff, Cimiotti, Sloane und Aiken (2013) veröffentlichten in der englischsprachigen und Habermann und Cramer (2012) in der deutschsprachigen Literatur Diskursbeiträge über einen Zusammenhang zwischen der Versorgungsqualität und dem Einsatz von Pflegenden mit ausländischer Berufsqualifikation. Eine Auseinandersetzung mit den Qualitätsaspekten scheint bedeutsam, da u. a. durch die vorangestellte Analysekatgorie Beachtung findet, dass trotz teils langwieriger Anerkennungsverfahren mit entsprechenden Kenntnissprüfungen insbesondere wegen möglicher sprachlicher und berufskultureller Verständigungsschwierigkeiten anzunehmen ist, dass die beschriebenen Hindernisse sich auf die pflegerische Versorgungsqualität auswirken können. In diesem Zusammenhang sei darauf verwiesen, dass „ein gestörter Informationsfluss im Team oder mit anderen beteiligten Akteuren“ (Habermann & Stagge, 2015, S. 170) die Versorgungsqualität behindern kann.

Neff et al. (2013) untersuchen den Diskurs zum verringerten pflegerischen Standard durch die Beschäftigung von Pflegefachkräften mit ausländischer Berufsqualifikation für das klinische Setting. Sie gehen der Frage nach, ob und unter welchen Umständen der Einsatz von *non-US-educated nurses* die Versorgungsqualität der Patienten beeinflussen kann. Dafür werden Daten aus den Staaten Kalifornien, Florida, New Jersey und Pennsylvania von 2006 - 2007 aus 665 Krankenhäusern ausgewertet. Konkret wird untersucht, ob Unterschiede bei chirurgisch behandelten Patienten in einem Zeitraum von 30 Tagen hinsichtlich der Mortalität und der Wiederbelebungsrate messbar werden. Das Ergebnis der Studie zeigt, dass negative Konsequenzen erwartet werden müssen, wenn zwei Einflussfaktoren gleichzeitig auftreten: Die Mortalitäts- und Wiederbelebungsrate steigt signifikant, wenn mehr als 25 % der Pflegenden im Team im Ausland ausgebildet wurden und wenn ein Personalschlüssel von mindestens 1:5 (Pflegekraft : Patient) besteht.

In der Studie *Pflegefehler, Fehlerkultur und Fehlermanagement in stationären Versorgungseinrichtungen* von Habermann und Cramer (2012) finden sich u. a. Hinweise auf Wahrnehmungsunterschiede bezüglich der Fehlerhäufigkeit, des Umgangs mit Fehlern und der Ursache von Fehlern im Vergleich von Mitarbeitenden mit und solchen ohne Migrationshintergrund. Zusammenfassend wird festgestellt, dass „Gesundheitsdienstleister mit Migrationshintergrund in Deutschland die Fehlerproblematik in der Tendenz weniger kritisch sehen“ (Habermann & Cramer, 2012, S. 630) als ihre Kolleginnen und Kollegen.

Die zuvor dargestellten Studien zeigen jeweils einige Aspekte des Zusammenhangs von Versorgungsqualität und dem Einsatz internationaler Pflegenden auf. Sie legen zusammenfassend dar, dass die Beschäftigung von im Ausland qualifizierten Pflegekräften durchaus Auswirkungen auf die Pflegequalität haben kann. Durch die hier beschriebenen konkreten Einflussfaktoren (ein großer Anteil von internationalen Pflegenden; schlechte Personalschlüssel) werden aber auch Interventionsmöglichkeiten deutlich.

3.2.4 Erkenntnisse zu nachhaltiger, erfolgreicher Integration in den Pflegeberuf

Dass in Deutschland ein zunehmender Bedarf an pflegefachlicher Expertise und professionellen Leistungen besteht und dass viele Einrichtungen aktuell bereits händeringend nach Fachkräften suchen, wurde bereits dezidiert beschrieben. Die Literaturrecherche zeigt zwar auf, dass die Integration Zugewanderter in den berufsförmig organisierten Arbeitsmarkt inzwischen als eine verbreitete Strategie zur Minderung des Fachkräftemangels in Deutschland angesehen wird, jedoch geht aus den Studien auch hervor, welchen Stellenwert die nachhaltige Integration in den Arbeitsmarkt, welche spätestens während des Anerkennungsprozesses beginnt, für die Zufriedenheit und die Bleibedauer im Beruf hat: Denn ein „Mangel an Transparenz hinsichtlich des Anforderungsprofils einer Berufsausübung in der Krankenpflege kann, wie zahlreiche Beispiele spanischer Fachkräfte zeigen, zu falschen Erwartungen, zu Unzufriedenheit und zu einer frühzeitigen Rückkehr ins Herkunftsland führen“ (Biebeler, Körbel & Pierenkemper, 2015, S. 15). Da jedoch nicht nur in Deutschland eine enorme Nachfrage nach beruflich qualifizierten Pflegenden besteht, sondern auch in anderen Industrienationen durch internationale Anwerbekampagnen global nach Fachkräften gesucht wird (Kingma, 2010), erscheint es vor diesem Hintergrund interessant, auch Strukturdaten und Konzepte anderer Länder zu betrachten, um so Erkenntnisse darüber zu gewinnen, welche Bedeutung dem Thema *nachhaltige, erfolgreiche Integration in den Pflegeberuf* von anderen anwerbenden Nationen beigemessen wird.

Vor allem die Gesundheitssysteme der reicheren englischsprachigen Länder wie das Vereinigte Königreich Großbritannien und Nordirland (UK), Irland, die USA, Australien, Neuseeland und zunehmend auch Kanada sind von der Rekrutierung von internationalen Pflegefachkräften abhängig, um dem Fachkräftemangel zu begegnen (Buchan, 2006; Kingma, 2010). Besonders das Gesundheitssystem des UK stützt sich auf Migrationsbewegungen, welche auf den historischen Strukturen des Commonwealth of Nations beruhen. Buchan (2006) problematisiert dieses Abhängigkeitsverhältnis von internationalen Pflegefachkräften, indem er aufzeigt, dass das Gesundheitssystem des UK nicht genügend inländische Pflegefachkräfte qualifiziert. Vielmehr bestehen die beschäftigungspolitische Strategie und der gegenwärtige Trend darin, den Mangel an Gesundheitsfachkräften durch Arbeitsmigration auszugleichen. Auch weist er darauf hin, dass durch dieses Vorgehen der Anteil der im Ausland ausgebildeten

Pflegefachkräfte im UK stark zunimmt: Während zu Beginn der 1990er-Jahre etwa jede zehnte Pflegekraft immigriert sei, seien schon Anfang der 2000er-Jahre bis zur Hälfte der neu registrierten Pflegekräfte aus anderen Ländern gekommen.

Xu und Kwak (2007) analysieren die Strukturdaten des *National Sample Survey of registered Nurses* der USA anhand von aus den Jahren 1977 bis 2000 erhobenen Daten. Das Ziel ihrer Analyse besteht darin, Aussagen über die Gruppen von im In- und Ausland ausgebildeten Pflegefachkräften und über deren Beschäftigungsverhältnisse treffen zu können und zu vergleichen. Die Forschenden stellen wesentliche Unterschiede zwischen den beiden Gruppen fest: Die immigrierten Pflegefachkräfte waren jünger, hatten jedoch mehr Arbeitserfahrung und eine bessere berufliche Vorbereitung im Vergleich zur gleichaltrigen in den USA ausgebildeten Belegschaft erhalten. Zudem arbeiteten die Zugezogenen häufiger und mehr Stunden in der direkten Pflege. Daraus resultierten längere und produktivere Pflegekarrieren. Xu und Kwak (2007) schließen, dass die immigrierten Pflegefachkräfte zwischen 1977 und 2000 einen wichtigen Beitrag zur Versorgung der US-Amerikaner beigetragen haben. Vornehmlich in den Innenstadt-Krankenhäusern und bei der Versorgung der älteren Bevölkerung konnte die genannte Gruppe die Pflege sicherstellen.

Auch in Deutschland wurden die Bemühungen um Pflegekräfte mit im Ausland erworbener Berufsqualifikation in den letzten Jahren verstärkt. In Kapitel 2.3 fanden bereits die aktuellen Strukturdaten für Deutschland Erwähnung, welche Afentakis und Maier (2014) veröffentlichten. Beschäftigt wurde sich des Weiteren auch mit dem Verbleib von migrierten Pflegefachkräften in der Erwerbstätigkeit (Stayer in den Pflegeberufen) in Deutschland. Aus dieser Analyse geht hervor, dass etwa 30 % der Zugewanderten keinen Pflegeberuf mehr ausübten, was über der Rate der Pflegenden lag, die auf dem deutschen Arbeitsmarkt ausgebildet wurden (Afentakis & Maier, 2014). Im Kontext des Verbleibs in der Erwerbstätigkeit kann auch die 2007 veröffentlichte Studie *Brain Waste* herangezogen werden, in welcher Englmann und Müller (2007) qualitative und quantitative Untersuchungen zur Anerkennungspraxis in Deutschland durchführen. Befragt werden neben weiteren Akteuren im Bereich der Arbeitsmarktintegration auch Migrierte, um ihre Erfahrungen und Positionen sichtbar zu machen, um so „Chancen und Probleme des Status Quo“ (Englmann & Müller, 2007, S. 28) zu analysieren. Zwar geht es in der Studie nicht ausschließlich um pflegerisches Personal, jedoch gibt sie trotzdem interessante Hinweise, warum nach der Statistik von Afentakis und Maier (2014) so viele Pflegenden dem Beruf den Rücken kehren: Englmann und Müller (2007) schlussfolgern, dass die Arbeitsmarktintegration von Fachkräften mit dem Verlust ihrer beruflichen Kompetenzen in Verbindung steht und sie signifikant häufiger Positionen am Arbeitsmarkt wie Hilfsarbeit, unattraktive und weniger angesehene Jobs mit weniger Aufstiegsmöglichkeiten und mit Lohndiskriminierung bekleiden. Dies kann, so ist anzunehmen, zur Folge haben, dass migrierte Pflegenden häufiger als ihr einheimisches Kollegium aus dem Pflegeberuf ausscheiden.

Auch Terrier und Zink (2016) beschäftigen sich mit dem Berufsverbleib in der Pflegebranche. Jedoch wurde nicht nur die Gruppe der zugezogenen Pflegekräfte berücksichtigt, sondern auch Pflegenden mit Migrationshintergrund. Die Ergebnisse basieren auf 54 „Interviews sowohl mit Fachkräften mit Migrationshintergrund als auch mit deren Vorgesetzten (Heim- oder Pflegedienstleiter) aus drei ambulanten und acht stationären Institutionen der Altenpflege“ (Terrier & Zink, 2016, S. 168). Über folgende Befragungsergebnisse wird berichtet: Unterstrichen wird die Relevanz für die Personalverantwortlichen, sich mit den Motiven und Bedürfnissen der Fachkräfte mit Migrationshintergrund auseinanderzusetzen, um ihren Berufsverbleib positiv beeinflussen zu können. Einerseits geben die Befragten zwar an, die Pflegebranche nicht verlassen zu wollen, andererseits bezweifeln „jedoch viele, aufgrund der belastenden Arbeitsbedingungen bis zum gesetzlichen Renteneintritt durchzuhalten“ (Terrier & Zink, 2016, S. 172). Zudem geben die Interviewten an, überwiegend pessimistische Zukunftsvorstellungen von einer Pflege Tätigkeit in Deutschland zu haben und sie unterstreichen ihren Wunsch nach besseren Rahmenbedingungen. Terrier und Zink (2016) resümieren, dass die Gruppe der Pflegenden mit Migrationshintergrund sehr viel Potential aufweist, um dem Fachkräftemangel begegnen zu können und bezeichnen sie als „Rettungsanker der deutschen Pflegebranche“ (Terrier & Zink, 2016, S. 173).

Auch Gold, Smeaton, Maliki, Tersch und Schulze (2019) beschäftigen sich in ihrem Projekt *TransCareKult* mit der nachhaltigen Integration und Personalbindung von Pflegefachkräften aus dem Ausland. Ziel des Projekts ist es, die „Entwicklung einer übertragbaren inter- bzw. transkulturellen Willkommens- und Organisationskultur in stationären Pflegeeinrichtungen“ (Gold et al., 2019, S. 131) zu stärken, indem die Bedarfe aller beteiligten Akteure aus unterschiedlichen Perspektiven rekonstruiert werden. Nach teilnehmender Beobachtung im Feld, leitfadengestützten Interviews und einer begleitenden Evaluation kommt die Forschendengruppe zu dem Ergebnis, dass das Gelingen des Integrationsprozesses „fast ausschließlich an den neu zugewanderten Pflegenden festgemacht“ (Gold et al., 2019, S. 137) wird. Weitere Akteure erhalten weniger bis keine Verantwortung für das Gelingen einer nachhaltigen Integration. Die Zugezogenen selbst beschreiben die Anerkennung ihrer Person „sowohl auf sprachlicher, fachlicher, v. a. aber persönlicher Ebene“ (Gold et al., 2019, S. 140) als den entscheidenden Faktor und das Essentielle für den Integrationsprozess und das Gefühl der Zugehörigkeit zum Team.

Um eine erfolgreiche und nachhaltige Integration in den Pflegeberuf zu unterstützen, beschäftigt sich eine Berliner Projektgruppe mit Möglichkeiten, wie die Integration von Menschen mit Migrationshintergrund in die Pflege unterstützend gestaltet werden kann (Berg et al., 2018). Sie resümieren, dass es für eine erfolgreiche und nachhaltige Integration unabdingbar ist, sowohl die im Ausland aus auch die in Deutschland ausgebildeten Fachkräfte einzubeziehen,

wenn Lösungsstrategien für Herausforderungen entwickelt werden sollen. Auch wird die gegenseitige Auseinandersetzung mit den verschiedenen Pflegeverständnissen als bedeutsam gewertet, welche aus den Unterschieden „in den Ausbildungswegen, den Tätigkeitsfeldern und auch dem Ansehen von Pflegefachpersonen“ (Berg et al., 2018, S. 62) resultieren, um potentielle Konflikte innerhalb der Zusammenarbeit zu reflektieren und zu lösen. Durch diese Schlussfolgerung wird die Verantwortung für eine gelingende Integration nicht nur den Zugezogenen übertragen, sondern auch auf die weiteren Beteiligten der Pflegeteams ausgedehnt. Die von Berg et al. (2018) interviewten Studienteilnehmenden wünschen sich für die Koordination der entsprechenden Anforderungen ein Diversitätsmanagement. Aufbauend auf diesen Ergebnissen wird resümiert, dass Vielfalt im Team neben Schwierigkeiten (religiöse und kulturelle Missverständnisse sowie sprachliche Barrieren) im Integrationsprozess auch konstruktive Auswirkungen auf die pflegerische Qualität haben kann, wenn durch „kollektive Rücksichtnahme, Geduld, gegenseitige Hilfestellungen und Ermutigungen bei bestehenden Schwierigkeiten“ (Berg et al., 2018, S. 63) aufeinander zugegangen wird und die eigenen Horizonte erweitert werden.

Auch Grgic et al. (2019) weisen hinsichtlich der Verantwortung für eine gelingende und nachhaltige Integration in die Pflegeberufe auf weitere Zuständige als die Zuziehenden selbst hin, indem sie die Einrichtungen und Betriebe in den Fokus nehmen und hinterfragen, ob sich die Verantwortlichen dort bereits ausreichend auf die Veränderungen, welche sich durch die Eingliederung von internationalen Fachkräften ergeben, eingestellt haben. Bei den Einrichtungen sehen die Autorinnen die Verantwortung und fragen: „Wie aufnahmefähig sind die Organisationen für Pflegekräfte, die »von woanders« kommen?“ (Grgic et al., 2019, S. 1). Sie heben hervor, dass v. a. strukturelle Hindernisse die Integration erschweren und zu Konflikten und Missverständnissen in den Teams führen. Konflikte entstehen v. a. dadurch, dass zugezogene Pflegende häufig im Vergleich zu den bereits Etablierten die Pflegearbeit unterschiedlich bewerten. Durch daraus resultierende Missverständnisse können latente oder auch offene Konflikte entstehen, welche häufig auf strukturelle Hindernisse wie Überforderung oder Unterforderung, Kritik an den standardisierten Arbeitsabläufen oder andere Erwartungen bzgl. Aufgaben- und Arbeitsteilung zurückzuführen sind. Aufgrund dessen entstehen „oft schwer zu überbrückende Spannungen“ (Grgic et al., 2019, S. 7) zwischen etablierten und zugezogenen Pflegekräften. Nach Ansicht der Autorinnen werden dadurch Chancen vertan, dem Personal-mangel im Pflegewesen nachhaltig begegnen zu können. Um die strukturellen Hindernisse möglichst bald überwinden zu können, nehmen sie das „(Personal-)Management und Führungskräfte in den Betrieben“ (Grgic et al., 2019, S. 9) in die Pflicht. Dort sei es Aufgabe, „Raum zum Austausch über unterschiedliche berufliche Selbstverständnisse und Vorstellungen von Fachlichkeit zu schaffen“ (Grgic et al., 2019, S. 9), damit ein geteiltes Verständnis über die Pflegearbeit entwickelt werden kann, was auch die Impulse der Zugewanderten einschließt.

An diesen Gedanken knüpfen auch Pütz et al. (2019) an. Sie appellieren, geeignete Foren und genügend Zeit für (fachlichen) Austausch und Konfliktlösung einzuräumen, um eine erfolgreiche Integration in die Betriebe zu gewährleisten.

Die nachhaltige Integration in den Pflegeberuf stellt sowohl in der englisch- als auch in der deutschsprachigen Literatur ein wichtiges Schlaglicht im Diskurs über internationale Pflegefachkräfte dar. Auf Grundlage der vorgestellten Untersuchungen kann an dieser Stelle zusammenfassend festgehalten werden, dass inzwischen neben den englischsprachigen Ländern auch Deutschland für internationale Pflegefachkräfte ein attraktives Einwanderungsland geworden ist. Jedoch erschwert eine fehlende Registrierung aller Pflegenden eine konkrete Bedarfsanalyse und die Erstellung von einheitlichen und belastbaren Strukturdaten zur genauen Anzahl der Beschäftigten sowie deren beruflichen Werdegängen und Karrierewegen einschließlich der Bleibedauer im Pflegeberuf. Zudem entstanden jüngst zwar einige Projekte, welche eine nachhaltige Integration in den Pflegeberuf zum Ziel haben, jedoch scheint es, als bestehe keine Vernetzung zwischen den einzelnen Betrieben, sodass Wissen bisher nur örtlich Anwendung finden kann. So scheint es kaum verwunderlich, dass in den angeführten Publikationen des Öfteren angemerkt wird, dass das volle Potential an Fähigkeiten zugezogener Fachkräfte aktuell nur bedingt genutzt wird. Auch fehlen Studien, die die Sicht der Migrantinnen und Migranten auf die deutsche Pflegepraxis abbilden. Bevor hierzu der aktuelle internationale Erkenntnisstand vorgestellt wird, erfolgt zunächst ein Überblick über die Beschreibung der gegenseitigen Wahrnehmung und Bedeutung von Interkulturalität im Pflegeteam.

3.2.5 Wahrnehmung und Bedeutung von Interkulturalität im Pflegeteam

Wie Pflegende in multikulturellen Teams der Altenpflege ihre Zusammenarbeit wahrnehmen und welchen Einfluss die kulturelle Pluralität u. a. auf das Teamgeschehen haben kann, untersucht Stagge (2016) in ihrer Dissertation. Sie kommt nach 34 Interviews in drei ausgewählten Pflegeteams zu dem Ergebnis, dass die multikulturelle Zusammensetzung intern kaum bewusst wahrgenommen wird – es sei denn, die Kommunikationsfähigkeit bei sprachlich schwächeren Mitarbeitenden behindert den Informationsfluss im Team oder mit den Pflegeheimbewohnern. Diversität werde ausgeblendet und der offene Diskurs darüber vermieden. Dies bedinge neben der wenig dynamischen (Organisations-)Kultur eine „Entkulturalisierung“ (Stagge, 2016, S. 216), also das Ausblenden von kulturellen Eigenheiten und Diversitäten des Teamgeschehens. Die Autorin beschreibt zwei Strategien im Team, welche die Entkulturalisierung des Arbeitsalltags fördern: Die migrierten Teammitglieder bedienen sich der Anpassungsstrategie, während die in Deutschland ausgebildeten Pflegekräfte die Gleichbehandlungsstrategie nutzen. Durch letztere erfahren die Angepassten eine vermeintliche Gleichberechtigung und werden, bei gleichzeitiger Anwendung beider Strategien als Teil des Pflegeteams betrachtet. Die Gleichbehandlungsstrategie wirke auch als Machtinstrument, denn

wer unangepasst bleibt und kulturelle Eigenheiten mit ins Team bringt, wird laut Autorin aus dem Teamgeschehen exkludiert, die Zusammenarbeit erschwert, sodass die Teams letztendlich in ihrer Weiterentwicklung gehemmt werden. Stagge (2016) resümiert jedoch, dass die multikulturelle Teambesetzung alle Teammitglieder und v. a. auch die Verantwortlichen der Einrichtungen betrifft. Durch eine Sensibilisierung und Vorbereitung auf ein interkulturelles Setting können die entstehenden Herausforderungen im Team vermieden werden, woraus eine bessere Bewältigung der steigenden Anforderungen in der Pflege resultiere.

Diese Ausführungen zeigen, dass in den von Stagge (2016) untersuchten Altenpflegeteams bisher der interkulturelle und bilaterale Austausch vermieden wird und die einheimischen Pflegenden Anpassung von den Zugezogenen einfordern. Dadurch scheint es, als ob ein Austausch über das berufliche pflegerische Handeln weitgehend einseitig verlaufe, nämlich indem die migrierten Pflegenden die Pflegekultur des Ankunftslands kennen- und übernehmen lernen. Durch diese Anpassung an bestehende Strukturen scheint ein wechselseitiger Austausch über Arbeitsweisen und Tätigkeitsschwerpunkte kaum erwünscht und deshalb nicht möglich.

Johnson, Green und Maben (2014) untersuchen anhand von 56 Interviews mit indischen Pflegekräften deren berufliche Biografien und ihren Einfluss auf den globalisierten Gesundheitsmarkt. Die Autorinnen betrachten dabei auch den Pflegeberuf in Indien und zeigen auf, dass er durch die hohe globale Nachfrage nach qualifiziertem Pflegefachpersonal an Attraktivität gewonnen hat. Dies wirke sich in einem sozialen Aufstieg aller Berufsangehörigen aus, da durch die erweiterten Karrieremöglichkeiten (z. B. mögliche Auslandsaufenthalte v. a. im Commonwealth) das Interesse für das Erlernen des Pflegeberufs angestiegen sei.

Bezugnehmend auf die Studien von Stagge (2016) und Johnson et al. (2014) kann an dieser Stelle resümiert werden, dass die Einstellung migrierter Pflegekräfte die langfristige Chance auf eine allmähliche Verbesserung des Fachkräftemangels beinhaltet. Allerdings schwindet diese Chance, wenn sie nur den *quick fix* für den Fachkräftemangel im Ankunftsland darstellen. Durch die Förderung des Austausches im interkulturellen Pflegeteam kann ein faires, gleichberechtigtes Miteinander erreicht werden. Um jedoch belastbare Aussagen darüber treffen zu können, ob die Migration für die migrierten Pflegekräfte einen Karriereschub oder aber eine Karriere Falle zur Folge hat, die nur durch die Rückkehr ins Herkunftsland zu umgehen ist, fehlt an dieser Stelle die Erfahrungswelt der Betroffenen selbst, der im Folgenden nachgegangen wird.

3.2.6 Erfahrungen von migrierten Pflegekräften im Ankunftsland

Um die Personalressourcen für die Pflegebranche mittel- bis langfristig zu erhöhen, ist neben der Gewinnung von ausländischen Fachkräften v. a. bedeutsam, wie es den zugewanderten

Pflegenden gelingt, sich in die Teams und Arbeitsstrukturen der Kliniken und (Alten-)Pflegeeinrichtungen des Ankunftslandes zu integrieren. Bereits in den Ausführungen zu vorangestellten Analysekat­egorien wurde deutlich, dass in den meisten Untersuchungen zu den ent­sprechenden Themenbereichen die Perspektive der Betroffenen – nämlich die der zugezoge­nen Pflegekräfte – ausgespart wurde. Aufgrund dessen fasst das vorliegende Kapitel den internationalen Erkenntnisstand über die Berufserfahrungen der Migrierten im Ankunftsland zusammen.

Die englischsprachige Literatur liefert hierzu mehrere wissenschaftliche Beiträge. Nichols und Campell (2010) analysieren in einem Review 30 Studien, die sich mit den Fragen beschäftigen, wie *overseas nurses* im UK ihren Berufsalltag erleben und mit welchen Herausforderungen sie sich konfrontiert sehen. Aus dem Review geht hervor, dass ein Großteil der migrierten Pflegefachkräfte über Erfahrungen von Dequalifizierung und Ausbeutung berichtet. Sie erleben ihre Tätigkeitsschwerpunkte bei den Aufgaben der *health care assistants*, was mit den Tätigkeiten der deutschen Pflegehilfskräfte vergleichbar ist, und werden häufig in *Care Homes* (vergleichbar mit deutschen Pflegeheimen) in der Versorgung von älteren Menschen eingesetzt. Dadurch entsteht bei den Zugezogenen Frustration, da sie nicht in den Bereichen arbeiten, für die sie ausgebildet und in denen sie berufserfahren sind und das Gefühl von Nichtakzeptanz und Dequalifizierung der erlernten Fähigkeiten. Zu zusätzlicher Enttäuschung führen zu kurz wahrgenommene Einarbeitungszeiten und die mangelnde Unterstützung durch das Kollegium bei Unsicherheiten im Arbeitsprozess.

In einem weiteren Review schießt Walani (2015) 15 Studien aus dem UK, Kanada und den USA ein. Durch einen Mix aus quantitativen und qualitativen Beiträgen richtet sie den Fokus darauf, dass Pflegenden mit im Ausland erworbener Berufsqualifikation zu Wort kommen und von ihren Erfahrungen im Beruf im Ankunftsland berichten können. Die Betroffenen geben Diskriminierungserfahrungen unterschiedlichster Art am Arbeitsplatz an: Sie empfinden die Aufgabenverteilung ungerecht, bei der ihnen unbeliebte und wenig anspruchsvolle Tätigkeiten zugeteilt werden. Hieraus resultieren für sie Nachteile bei einem angestrebten beruflichen Aufstieg.

Li, Nie und Li (2014) präsentieren in einem weiteren englischsprachigen Review ähnliche Ergebnisse, welche sich in diesen Kontext einordnen lassen. Sie untersuchen die in der internationalen Literatur beschriebenen Phänomene zu Vorteilen und Vorbehalten zu den internationalen Migrationsbewegungen von Pflegekräften. Hauptsächlich schließen sie dafür Literatur ein, welche Migrationsbewegungen innerhalb des Commonwealth untersuchen. Unter anderem kommen Li et al. (2014) zu dem Ergebnis, dass den Zuziehenden die Anpassung im Ankunftsland schwerfalle. Zudem arbeiten sie wie auch Walani (2015) heraus, dass die Migrierten Diskriminierung insbesondere bei ihren Karriereperspektiven erleben, da sie in

„entry-level positions“ (Li et al., 2014, S. 316) verweilen und dort unbeliebtere Tätigkeiten ausüben. Dies geht für die Betroffenen mit einem für sie schwerwiegenden Verlust des Selbstvertrauens sowie Selbstbewusstseins einher, was u. a. dadurch bedingt ist, dass gerade (opportunistische) Karrierevorstellungen häufig die Ursache für die Entscheidung für eine Migration sind.

Vergleichbare Ergebnisse präsentieren auch Pittman, Davis, Shaffer, Herrera und Bennett (2014). Ihre Untersuchung zielt darauf ab zu ermitteln, ob die *foreign-educated nurses* Gleichberechtigung auf dem US-amerikanischen Arbeitsmarkt erfahren. Dafür befragten sie 502 immigrierte Pflegefachkräfte mit im Ausland erworbener Berufsqualifikation in einem Online-Fragebogen zu ihrem Stundenlohn, zu ihrer Zufriedenheit im Job, zur Einarbeitungszeit und Orientierungsphase sowie zu eventuellen Diskriminierungserfahrungen. Sie können einen Zusammenhang zwischen dem Herkunftsland und dem jeweiligen Rekrutierungsmodell feststellen. Auch in dieser Studie wird von folgenden signifikanten Unterschieden zwischen den im In- und im Ausland ausgebildeten Fachkräften berichtet: Insbesondere die Fachkräfte, die aus *low-income countries* (v. a. Philippinen und Indien) stammen oder über Fachkräfte-Vermittlungsagenturen rekrutiert wurden, geben an, einen geringeren Stundenlohn zu verdienen und bei der Dienstplangestaltung im Vergleich zur restlichen Belegschaft diskriminiert zu werden. Zudem berichten sie über eine Benachteiligung bei wichtigen betrieblichen Zusatzleistungen. Des Weiteren bemängeln auch die Befragten eine inhaltlich und zeitlich unzureichende Einarbeitungszeit.

Eine in Australien von Mapedzahama, Rudge, West und Perron (2012) durchgeführte Studie liefert weitere wichtige Erkenntnisse. Befragt wurden 14 *black African migrant nurses* zu ihren Erfahrungen zu Diskriminierung, Vorurteilen und Rassismus in *Australian nursing workplaces*. Aufgedeckt werden konnte, dass die Zugezogenen am Arbeitsplatz Alltagsrassismus durch das Kollegium erfahren. Vor allem ihre Sprache und die daraus resultierenden Kommunikationsbarrieren werden zum Problem. Diese Erfahrungen stehen im Widerspruch zur „official policy and discourses of an inclusive, nonracial profession“ (Mapedzahama et al., 2012, S. 161). Ziel der Forschenden ist es, die Erfahrungen der Zugezogenen sichtbar zu machen und das Thema Rassismus am Arbeitsplatz als Diskurs im australischen Pflegewesen zu etablieren.

Für Deutschland gibt es bisher deutlich weniger belastbare Studien, die Aussagen über die Erfahrungen der migrierten Pflegenden am Arbeitsplatz zulassen. Um diese Forschungslücke zu schließen und um Eindrücke über die Erfahrungen der immigrierten Pflegenden in den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen zu sammeln, führen Kumpf, Schinnenburg und Büscher (2016) eine qualitative, explorative Untersuchung durch. Die Ergebnisse ihrer Studie

zeigen, dass in Deutschland wie auch im englischsprachigen Ausland die Mehrheit der Betroffenen „Herabstufung, Ausgrenzung und Diskriminierung am Arbeitsplatz oder in der Ausbildung“ (Kumpf et al., 2016, S. 610) erlebt, was sich u. a. durch die Zuweisung eher einfacherer Tätigkeiten zeigt. Des Weiteren berichten die migrierten Pflegekräfte von Unterschieden zwischen der vertrauten und der deutschen Pflegepraxis sowie von wahrgenommenen kulturellen Differenzen. Dies erschwere die Orientierung im Gesundheitssystem in Deutschland. Habermann und Stagge (2015) verdeutlichen in diesem Zusammenhang, dass insbesondere „unterschiedliche Pflegeverständnisse und damit verbundene Rollenverständnisse“ (Habermann & Stagge, 2015, S. 169) zu Unsicherheiten bei den im Ausland ausgebildeten Pflegefachkräften führen. Vergleichbares geht auch aus dem Beitrag von Terrier und Zink (2016) hervor: Festzuhalten ist, dass Orientierungsprobleme von Pflegenden mit Migrationshintergrund häufig in einem Zusammenhang mit dem abweichenden Berufs- und Pflegeverständnis der Herkunftsländer einhergehen.

Auch die quantitative Querschnittsstudie unter 366 Beschäftigten in Pflegeberufen von Ulusoy, Wirth, Lincke, Nienhaus und Schablon (2019) bringt wichtige Ergebnisse bzgl. der hier vorgestellten Analysekategorie hervor. Nachgegangen wird der Frage, welchen psychosozialen Belastungen und Beanspruchungen Pflegekräfte mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Pflegekräften ohne Migrationshintergrund in Deutschland mehr bzw. weniger ausgesetzt sind. Ulusoy et al. (2019) finden u. a. heraus, dass 68,1 % der Pflegekräfte mit Migrationshintergrund das Gefühl haben, in der beruflichen Tätigkeit ihre Fertigkeiten und das Fachwissen nicht einsetzen zu können. Gleichzeitig kann ein Zusammenhang mit den von den Betroffenen besetzten Positionen hergestellt werden: „Beschäftigte mit Migrationshintergrund waren im Vergleich zu denen ohne Migrationshintergrund seltener als examinierte Pflegefachkraft tätig und häufiger als Alten-/Gesundheits- und Krankenpflegehelfer bzw. angeleitete Pflegekraft“ (Ulusoy et al., 2019, S. 591). Ulusoy et al. (2019) resümieren folglich, dass ein Großteil der benannten Gruppe während ihres Berufslebens berufliche Abstiege und Hilfsarbeitertätigkeiten in Kauf nehmen muss.

Durch Degradierungen, weniger anspruchsvolle Tätigkeiten und von den Berufsvorstellungen abweichende Zuständigkeitsprofile, die den im Ausland ausgebildeten Pflegenden zugewiesen werden, leitet sich u. a. die Befürchtung ab, dass es die Zugezogenen schwer haben, ihre Potentiale und Kompetenzen im Ankunftsland voll einzubringen. Für die Betroffenen selbst, aber auch für die Pflegebranche entsteht dadurch die Gefahr eines *Brain Waste*.

3.3 Schlussfolgerungen angesichts des skizzierten pflegewissenschaftlichen Erkenntnisstands

Die dargestellten Ergebnisse der Literaturrecherche zeigen, dass die Studien ganz unterschiedliche Aspekte des Phänomens der pflegeberuflichen Arbeitsmigration betreffen. Es stellt sich die Frage, inwieweit die Erkenntnisse aus dem angloamerikanischen Raum mit dessen langjährig gewachsenen Strukturen des Commonwealth sowie aus weiteren traditionsreichen Einwanderungsländern auf Deutschland übertragbar sind. Da jedoch für die Bundesrepublik insbesondere hinsichtlich des Monitorings der Migrationsbewegungen kaum Daten bzw. recht unterschiedliche Angaben und Prognosen vorliegen, kann die englischsprachige Literatur zu mindest einige Hinweise geben.

Während sich im Rahmen von Analysen zu Strukturdaten der Wanderung und zur Bleibedauer im Pflegeberuf für Deutschland Tendenzen einer überdurchschnittlich hohen Abwanderung von zugewanderten Pflegefachkräften aus dem Beruf abzeichnen, werfen diese Befunde gleichzeitig Fragen nach den Gründen hierfür auf. Klar wird durch diese Tendenz zunächst, dass die Bindung Zugewanderter an ihren erlernten Beruf im Ankunftsland nicht unbedingt bestehen bleibt. Dies steht einerseits einer nachhaltigen Kompensation des Fachkräftemangels entgegen und andererseits wird auch deutlich, dass Verbesserungsbedarf hinsichtlich einer gelingenden und nachhaltigen Integration in den Pflegeberuf und in die für die Zugezogenen fremde Pflegewelt besteht. Infolge der Abwanderung aus dem Pflegeberuf stellt sich v. a. die Frage nach dem Warum. Auffallend ist dabei, dass die (Un-)Zufriedenheit mit den Gegebenheiten am Arbeitsplatz vonseiten der zugezogenen Pflegekräfte in einem Widerspruch zu den positiven Erfahrungen der rekrutierenden Betriebe und Einrichtungen zu stehen scheint. Entsprechend zeigen die in diesem Zusammenhang dargestellten Studien auf, dass die Personalverantwortlichen überwiegend zufrieden mit den Zugezogenen und ihrer Arbeit sind. Somit werden bzgl. der Frage nach dem Warum die subjektiven Perspektiven des migrierten Pflegepersonals relevant. Mutmaßlich hängen diese von den je individuellen Berufserfahrungen und den im Herkunftsland angeeigneten Problembewältigungsfähigkeiten sowie von vielfältigen Einflussfaktoren im Integrationsprozess ab. Jedoch weist die Recherche auf kollektive Erfahrungen von Benachteiligung, Ausgrenzung, Dequalifizierung und teilweise sogar Rassismuserfahrungen im Arbeitsalltag hin. Zwar lassen die Befunde der Recherche auch den Schluss zu, dass zugewanderte Pflegekräfte im Ankunftsland grundsätzlich als Arbeitskräfte willkommen sind, allerdings hingegen ihrer pflegerischen Expertise eher nur für zuarbeitende Hilfstätigkeiten eingesetzt werden. Somit können ihre Fähigkeiten und ihr Fachwissen kaum in den pflegerischen Versorgungsprozess einfließen. Daher liegt die Vermutung nahe, dass sich hierarchische Überzeugungen über eine grundsätzlich rückständige Herkunftskultur und eine grundsätzlich überlegene Berufskultur im Ankunftsland auswirken (Kreckel, 2013). Vor

dem Hintergrund einer solchen kulturdefizitorientierten Deutung wird die Anpassungszuständigkeit und -richtung einseitig den im Ausland qualifizierten Pflegekräften zugewiesen (vgl. hierzu Dieterich, 2017, S. 9).

Des Weiteren deuten die Ergebnisse der Literaturrecherche darauf hin, dass gelingende Integration in die pflegerische Berufswelt und in die entsprechenden Teams der Kliniken und Pflegeeinrichtungen nicht nur im Interesse der Nachhaltigkeit, sondern auch unter dem Ziel gesicherter Pflegequalität von Bedeutung zu sein scheint. So lassen sich durch die recherchierten Befunde Effekte auf eine verminderte pflegerische Versorgungsqualität durch eingewanderte Pflegekräfte ableiten. Allerdings lässt sich den Studien auch entnehmen, dass die Qualitätsminderung nicht direkt auf eine vermutete mangelhafte Pflegekompetenz zurückgeführt werden kann. Vielmehr treten diese Effekte v. a. im Kontext hoher Arbeitsverdichtung in Kombination mit einem besonders hohen Anteil an zugewanderten Pflegekräften im Pflege-team auf. Ein hoher Arbeitsdruck durch Zeit- und Personalmangel wirkt sich unabhängig von der migrationsbedingten Heterogenität einer Arbeitsgruppe auf die Qualität der pflegerischen Versorgungsleistung aus. Insofern knüpfen sich Fragen nach den konkreten Einflussfaktoren und Wechselwirkungen zwischen dem pflegerischen Outcome und der migrationsgeprägten Teamzusammensetzung an.

Zusätzlich deuten die Erkenntnisse der Recherche darauf hin, dass der interkulturelle Austausch über unterschiedliche Berufsvorstellungen und -erfahrungen zwischen einheimischen und zugewanderten Kolleginnen und Kollegen kaum stattzufinden scheint, obwohl dieser zur positiven Bindung an den Pflegeberuf im Ankunftsland beitragen kann. Damit bleibt eine wichtige Möglichkeit der Förderung einer nachhaltigen Integration von migriertem Pflegepersonal in den Beruf ungenutzt. So zeigt die Recherche, dass die einheimischen und internationalen Pflegenden teilweise unterschiedliche Auffassungen hinsichtlich der Zuständigkeiten und Tätigkeitsschwerpunkte vertreten. Diese Differenzen zeigen sich bereits während der zu absolvierenden Vorbereitungskurse oder spätestens bei der Eingliederung in die Betriebe und pflegerischen Einrichtungen. Aus der Literaturanalyse geht zusätzlich hervor, dass die Zugezogenen häufig Aufgaben, die sie im Heimatland erlernt haben, nicht mehr ausüben können und sich im Ankunftsland mit einer fremden Berufsauffassung konfrontiert sehen. Anzunehmen ist, dass die Zugezogenen folglich mindestens einen Balanceakt zwischen ihren persönlichen beruflichen Vorstellungen und den fremddefinierten Anforderungen vollbringen müssen. Im Sinne einer wertschätzenden und nachhaltigen Integration in die Betriebe erscheint jedoch die genauere Betrachtung der Berufsvorstellungen, bzw. der Pflegeverständnisse der internationalen Pflegekräfte sinnvoll. Durch eine Auseinandersetzung mit den Vorstellungen kann ermittelt werden, welche Pflegeexpertise die Zugezogenen mitbringen. Die Autorinnen und Autoren der vorgestellten Literatur thematisierten die Sichtweisen und Vorstellungen des migrierten Fachpersonals jedoch allenfalls am Rande.

Daher stehen bisweilen empirische Befunde aus, ob, und wenn ja, wie durch eine bewusste Auseinandersetzung mit der pflegekulturellen Diversität in den jeweiligen Pflegeteams die Möglichkeit genutzt werden kann, die vorhandene heterogene internationale Expertise sowohl im Sinne der Weiterentwicklung von Pflegequalität als auch im Sinne einer ressourcenorientierten und damit wertschätzenden Integration zugewanderter Pflegefachkräfte zu nutzen. Auch bleibt in der gesichteten Literatur die Rolle der Betriebe und Einrichtungen sowie der jeweiligen Pflegeteams vage. Somit bildet die Perspektive, dass Arbeitsmigration in die Pflegeberufe neben dem Benefit der kultursensiblen Betreuung der zu Pflegenden durch Arbeitskräfte mit ähnlichem sprachlichen und kulturellen Background weitreichenderes Potential darstellt, einen blinden Fleck in der pflegebezogenen Berufs- und Bildungsforschung sowie der Pflegewissenschaft. Auch die durch die Recherche identifizierten sechs Analysekategorien legen nahe, dass der Zuzug von internationalen Pflegekräften durch die im Herkunftsland gesammelten Berufserfahrungen für den Pflegeberuf eine weitreichendere Chance darbietet, als bloß eine Intervention gegen den Fachkräftemangel darzustellen. Um dem nachzugehen und um die Sicht der nach Deutschland gekommenen Migrantinnen und Migranten besser zu verstehen, sind entsprechende Studien unabdingbar.

Um die vorgestellten Befunde des internationalen Erkenntnisstands mit einem theoretischen Konzept zu unterlegen und um damit den Fokus der Dissertation weiter zu schärfen, wird im nachfolgenden Kapitel ein entsprechender theoretischer Rahmen abgesteckt. Ziel dessen ist es, potentielle Wechselwirkungen zwischen heterogenen Vorstellungen bzgl. Zuständigkeiten und Tätigkeitsschwerpunkten in den Arbeitsgruppen theoretisch zu erschließen.

4 Migrierte Pflegekräfte mit im Ausland erworbener Berufsqualifikation in den Betrieben des Ankunftslands - Theoretischer Bezugsrahmen

Das vorliegende Kapitel dient der theoretischen Fundierung der Studie. Ziel des Kapitels ist es, sich dem zentralen Untersuchungsgegenstand weiter anzunähern und die Arbeit theoretisch zu verorten. Da bereits im vorangestellten Literaturkapitel herausgearbeitet wurde, dass zugezogene Pflegende mit im Ausland erworbener Berufsqualifikation in ihrem Arbeitsalltag in Deutschland häufig einen Balanceakt zwischen ihren erlernten beruflichen Vorstellungen und den fremddefinierten Anforderungen des Ankunftslands vollbringen müssen, soll diese Erkenntnis maßgeblich auch durch den theoretischen Bezugsrahmen widergespiegelt werden.

Das Kapitel ist wie folgt gegliedert: Kapitel 4.1 dient der Annäherung an den Forschungsgegenstand und schafft einen Zugang zum Untersuchungsgegenstand, indem Grundlegendes über die Organisation von beruflicher Pflegearbeit in Betrieben vorgestellt wird. In Kapitel 4.2 werden die für die Arbeit zentralen und relevanten Begrifflichkeiten definiert, bevor in Kapitel 4.3 das Forschungsinteresse der Studie theoretisch verortet wird. Die theoretische Verortung bildet den Kern des vorliegenden Kapitels. Abschließend werden die Schlussfolgerungen, welche für die weitere Arbeit von Bedeutung sind, zusammenfassend in Kapitel 4.4 gezogen.

4.1 Annäherung an den Forschungsgegenstand: Pflegende im Spannungsfeld verschieden organisierter Handlungserwartungen

Gegenstand der hier vorgestellten Studie ist Pflegepersonal, welches in betrieblich organisierten Institutionen tätig ist, die entweder zur klinischen Gesundheitsversorgung oder zum Setting der Altenpflege gezählt werden. Durch einen Vertragsschluss zwischen Individuum und Betrieb werden Pflegekräfte zu Angestellten der entsprechenden Einrichtungen. Infolgedessen findet ihre pflegerische Arbeit in den Strukturen der Betriebe statt und sie unterstehen den jeweiligen arbeitsrechtlich definierten Rechten und Pflichten bzw. organisatorischen Regelwerken (Schreyögg, 2016). Aus diesem Grund wurde sich dem Forschungsgegenstand der zugrundeliegenden Studie organisationstheoretisch angenähert. Da die Verwendung des Begriffes *Organisation* im allgemeinen Sprachgebrauch wie auch im soziologischen Kontext divers erfolgt, präzisieren die nachfolgenden Ausführungen von Schwarzer (2018) dessen Verwendung. Organisation könne in dreierlei Hinsicht verstanden werden: Nämlich „als ein sozialer Prozess (besser gefasst als das Organisieren), eine soziale, intervenierende Ordnung (auch verstanden als Organisiertheit) oder ein soziales Subjekt (etwa eine öffentliche Einrichtung, ein Unternehmen oder Verband)“ (Schwarzer, 2018, S. 79). In der vorliegenden Arbeit werden Organisationen entsprechend der letztgenannten Verwendung als institutionelle Einheit begriffen. Dieses Verständnis schließt zugleich ein, dass sich Organisationen „über eine eigene

Ordnung, d. h. eine bestimmte Form der Organisiertheit, als auch über Prozesse des Organisierens“ (Schwarzer, 2018, S. 79) definieren.

Dieses Verständnis von Organisationen umfasst zugleich die Tatsache, dass Pflegekräfte nach ihrem Eintritt in das neue Setting als Angestellte oder interne Elemente des Unternehmens im Organisationsalltag mit den dort bereits etablierten Handlungsmustern und betrieblichen Routinen konfrontiert werden. Dadurch begegnen ihnen in der Organisation formale sowie informale Weisungen und Anforderungen (Schreyögg, 2016). Diese Erwartungen schaffen ein Aufgaben- und Tätigkeitsprofil für die entsprechende Position bzw. das Individuum. Voges (2002) verdeutlicht in diesem Zusammenhang für Einrichtungen, in denen Pflegearbeit geleistet wird, dass durch wiederkehrende Aufgabenzuschreibungen für die angestellten Pflegekräfte Handlungsmuster entstehen, die ihr Verhalten nachhaltig prägen. Für nachrückende Teammitglieder werden so in einer Gruppe eigene „unverwechselbare Vorstellungs- und Orientierungsmuster“ (Schreyögg, 2016, S. 177) geschaffen. Diese Handlungsweisungen sind jedoch nicht die einzigen Zuschreibungen, welche den Pflegenden im Arbeitsalltag begegnen. Abbildung 5 zeigt ausgewählte Erwartungen auf, welche von verschiedensten Interessengruppen an die Position einer Pflegekraft herangetragen werden.

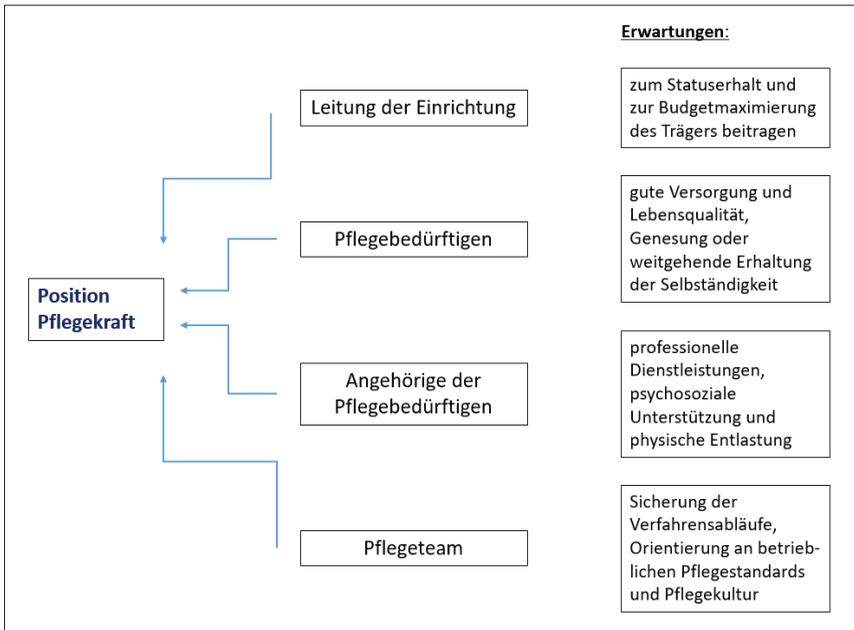


Abbildung 5: Erwartungen an eine Pflegekraft innerhalb der Arbeitsorganisation (eigene Darstellung in Anlehnung an Voges, 2002, S. 162)

Der Überblick verdeutlicht, mit welchen Handlungserwartungen verschiedenster Akteure Pflegekräfte in ihrem Arbeitsalltag konfrontiert werden. Diese Erwartungen lassen sich nach unterschiedlichen Logiken aufschlüsseln. Um diese Logiken im Einzelnen herauszuarbeiten, wurden die nachfolgenden Ausführungen wie folgt gegliedert: Um die Handlungserwartungen und institutionellen Besonderheiten der Betriebe herauszuarbeiten, dient Kapitel 4.1.1. In Kapitel 4.1.2 hingegen wird das formalisierte Berufsprofil des Pflegeberufs in den Fokus genommen. Da anschließend in der Organisation der Einrichtungen die (durchaus widersprüchlichen) Logiken in Routinen und Handlungsmuster eingeteilt werden und somit in den Arbeitsgruppen der Mitarbeitenden zum Tragen kommen, werden Pflgeteams in Kapitel 4.1.3 in den Mittelpunkt gestellt. Vorrangig werden hierbei auch die (zugezogenen) Arbeitskräfte, die neu in die Organisation einmünden, berücksichtigt. Diese Annäherung an den Forschungsgegenstand dient weniger dem Zweck, formale Definitionen zu erarbeiten, sondern es soll vielmehr auf die Besonderheiten und Wirkung von Organisation auf das Individuum hingewiesen werden.

4.1.1 Betriebliche Arbeitsorganisation: Pflegearbeit in Kliniken und Pflegeheimen

Das Pflegepersonal, welches Gegenstand der vorliegenden Untersuchung ist, arbeitet in betrieblich organisierten Institutionen. Kliniken und Pflegeheime stellen u. a. solche Betriebe dar, sind zentrale gesellschaftliche Institutionen und bieten erwerbsmäßige personenbezogene Dienstleistungen an. Durch diesen Betriebszweck verkörpern die genannten Einrichtungen betrieblich organisierte Arbeitsumgebungen. Zu wirtschaftlich handelnden Institutionen werden die pflegerischen Einrichtungen, „wenn sie die im Betriebszweck festgelegten Ziele mit möglichst geringem Einsatz von Betriebsmitteln (Räumlichkeiten, Einrichtungen, Ausstattung), Personal und Sachgütern erreichen“ (Voges, 2002, S. 192). Betriebe unterscheiden sich im betriebswirtschaftlichen Kontext somit von anderen Organisationen dadurch, dass deren Verantwortliche im besonderen Maße zum wirtschaftlichem Denken und Handeln verpflichtet sind. Diese Anforderung wird wiederherum als Handlungserwartung an die Mitarbeitenden bzw. das Personal des Betriebs weitergegeben (Voges, 2002).

Bei näherer Analyse von betrieblicher Arbeitsorganisation wird deutlich, dass sich Einrichtungen durch organisatorische Ordnungsstrukturen konstituieren. Diese Strukturen schaffen eine deutliche Abgrenzung zur Umwelt. Darüber hinaus reduzieren sie die Komplexität eines Systems auf ein überschaubares Maß, da sie es in eine Strukturierung von spezialisierten Teileinheiten (Wohnbereiche, Abteilungen, Stellen, usw.) und in ein präzise definiertes Regelwerk übersetzen: Regeln zur Festlegung der Aufgabenverteilung und -koordination, Verfahrensrichtlinien bei der Bearbeitung von Vorgängen, Kompetenzabgrenzungen, Weisungsrechte, Unterschriftsbefugnisse usw. (Steinmann, Schreyögg & Koch, 2013). Bezugnehmend auf die betriebliche Arbeitsorganisation von Pflegeeinrichtungen findet zudem Strukturierung

durch verschiedene Berufsbezeichnungen und entsprechend unterschiedliche Tätigkeitszuschreibungen, Kompetenzabgrenzung von den Hilfskräften sowie dem ärztlichen und therapeutischen Kollegium sowie dem Hierarchiegefälle im Gesundheitswesen, den Delegationsbefugnissen und dem entsprechenden Haftungsrecht sowie den verschiedenen Fachabteilungen statt.

Schon durch diese vorab genannten Beispiele wird deutlich, dass organisatorische Regelungen immer an die Angehörigen der Organisationen gerichtet werden. Sie zielen darauf ab, „die Handlungsweisen der Organisationsmitglieder vorab zu bestimmen und damit untereinander erwartbar zu machen“ (Steinmann et al., 2013, S. 383). Durch diese Steuerung von Aktivitäten und Verhalten schränkt das organisatorische Regelwerk das Handlungsrepertoire der einzelnen Organisationsmitglieder absichtlich ein und entindividualisiert Handlungsalternativen durch einen beschränkten Raum an Möglichkeiten. Infolgedessen bieten institutionelle Regelsysteme kaum Platz für eine mögliche individuelle Entfaltung der eigenen Vorstellungen. Die Regelwerke der Betriebe stellen somit im Grunde Handlungsweisungen an die Pflegenden als Organisationsmitglieder dar: Sie beabsichtigen, deren Verhalten in vorher festgelegte Bahnen zu bringen, welche am Organisationsziel ausgerichtet sind (Schreyögg, 2016). Da die institutionellen Regelwerke in besonderem Maße Geltung beanspruchen, werden sie als offizielle und formale Regelsysteme bezeichnet. Sie werden durch die Einrichtungstragenden entworfen und in den Betrieb eingeführt (Kieser & Walgenbach, 2010; Schreyögg, 2016; Steinmann et al., 2013); sie entstammen somit einem „autorisierten Prozess der Regelschöpfung“ (Schreyögg, 2016, S. 18), welcher durch die Direktbefugnis der Geschäftsführenden angestoßen wird (Schreyögg, 2016; Steinmann et al., 2013).

Jedoch werden nicht alle Regeln, die in einer Organisation Geltung haben, durch den zuvor beschriebenen offiziell autorisierten Weg entworfen: „Häufig entstehen Regeln *spontan* aus dem Handeln heraus und bewähren sich dann im täglichen Arbeitsvollzug“ (Schreyögg, 2016, S. 18). Diese hauptsächlich durch Organisationsmitglieder selbst eingeführten Routinen gelten in den entsprechenden Bereichen wie selbstverständlich, ohne dass sie je durch eine autorisierte Instanz eingeführt wurden. Trotzdem können sie das Handlungsrepertoire der Mitglieder beeinflussen. Regelsysteme dieser Art werden in der thematisch relevanten Literatur als informale (häufig auch: inoffizielle oder informelle) Organisation bezeichnet (Schreyögg, 2016; Steinmann et al., 2013). Schreyögg (2016) führt in diesem Zusammenhang weiter aus, dass die informalen Regelungen oft ebenso wichtig für das Verhalten der Organisationsmitglieder und deren Leistungserfolg seien wie die formalen Faktoren. Häufig kommen sie unausgedrückten Erwartungen in Bezug auf bestimmte Verhaltensweisen (gegenseitige Unterstützung, Weitergabe vertraulicher Informationen, Freundlichkeit im Umgang miteinander, etc.) gleich. Hauptsächlich gelten sie unter Personen mit gleicher oder ähnlicher Position. Diesen Ausführungen ist zu entnehmen, dass neben der offiziellen Organisationsgestaltung zudem

eine weitere Organisationswelt, die informale Arbeitsorganisation, besteht, welche die Mitglieder einer befugten Arbeitsgruppe gestalten.

Sowohl für das formale Regelsystem als auch die informalen Regelungen gilt der Anspruch, nicht durch Organisationsmitglieder verletzt zu werden. Die Einhaltung durch das Individuum wird gewöhnlich durch die unmittelbar zuständige Kontrollinstanz (i. d. R. die Arbeitsgruppe) „mit informellen Sanktionsmechanismen kontrolliert (soziale Distanz, Schimpfworte usw.)“ (Schreyögg, 2016, S. 19). Festzuhalten ist jedoch an dieser Stelle auch, dass Organisationsmitglieder aus verschiedenen Gründen von dem für ihre Position vorgegebenen formalen oder informalen Regelsystem abweichen; sie können also die Regeln nach eigenem Ermessen (unerlaubterweise) außer Kraft setzen. Beispielsweise können sich Organisationsmitglieder von den Handlungserwartungen lösen, wenn es entweder zu viele Regelungen gibt oder die Regeln so widersprüchlich sind, dass gar nicht alle erfüllbar sind. Meist werden jedoch Regeln umgangen, wenn eine Situation, für deren Bewältigung eine Regel geschaffen wurde (bspw. ein Expertenstandard als Vorgehens- und Verhaltensmuster), nicht mit der vorgefundenen Lage übereinstimmt oder sogar Schaden anrichten würde. Somit vermögen informelle Regelungen, die zwangsläufige Einseitigkeit und die Schwächen der formalen Regelsysteme zu kompensieren, indem sie das formale Reglement der Einrichtungen flexibler gestalten. Dies bedeutet zugleich, dass für das reibungslose Funktionieren einer Organisation die Einhaltung bestimmter Regelungen ebenso wichtig erscheint wie die selektive Nicht-Einhaltung anderer (Schreyögg, 2016).

Als ein weiteres bedeutendes Kriterium der betrieblichen Arbeitsorganisation, welches u. a. auch für Kliniken und Pflegeheime greift, beschrieb Voges (2002) als Fixpunkt zwischen formaler und informaler Arbeitsorganisation die strukturell vorgegebenen Positionen im Betrieb. Diese Positionen, Stellen oder Arbeitsplätze der Organisationsmitglieder existieren erst einmal unabhängig von den Personen, die sie innehaben. Durch eine Position sind Aufgaben und Verantwortungsbereiche fixiert, welche zuvor sowohl durch die formale als auch die informale Arbeitsorganisation festgelegt wurden. Diese Zuschreibungen an eine Position sind wiederum mit entsprechenden Qualifikationen bzw. mit einem Zertifikat über ein spezifisches Arbeitsvermögen verknüpft. Letzteres bestimmt maßgeblich die Art von Erwartungen, welche an eine Position herangetragen werden. An dieser Stelle wird erneut deutlich, welches einem komplexen Netz, auch an teils widersprüchlichen Normen und Erwartungen, ein einzelnes Organisationsmitglied gerecht werden muss. Insbesondere neu in den Betrieb einmündende Individuen müssen sich hohen Anforderungen bzgl. Wahrnehmung, Verständnis und Handlungskreativität stellen. Dennoch hält Voges (2002) in diesem Zusammenhang fest, dass trotz verschiedenster Handlungsweisungen für die/den Positionsinnehabende/n grundsätzlich die Möglichkeit besteht, „individuelle Veränderungen an den positionsbezogenen Handlungsmustern vorzunehmen“ (Voges, 2002, S. 159).

Diese gewisse Flexibilität des Regelwerks in den einzelnen Bereichen und Arbeitsgruppen sowie eine mögliche Dialektik zwischen formaler und informaler Organisation sind für die vorliegende Arbeit von hoher Bedeutsamkeit. Denn in der Konsequenz bedeutet eine gewisse Flexibilität des Arbeitsvollzugs, dass Pflegepersonal durch die Annahme und Ausfüllung einer vordefinierten Position potentielle Gestaltungsmöglichkeiten im eigenen Wirkungsgeschehen mindestens in geringem Maße realisieren kann. Diese Erkenntnis wird erneut in Kapitel 4.3 aufgegriffen und gewinnt dort an Relevanz.

4.1.2 Berufliche Arbeitsorganisation: Pflegeberufe als formalisierte Berufskonstrukte

Wie zuvor – u. a. durch die Heranziehung der Ausführungen von Voges (2002) – angedeutet, werden nicht nur seitens der betrieblichen Einrichtungen organisatorische, formale und informale Anforderungen an das Pflegepersonal herangetragen. Auch die Berufsprofile der Pflegeberufe stellen eine Schablone dar, welche die alltäglichen Aufgaben und Arbeitsleistungen der einzelnen Berufsangehörigen im Beschäftigungssystem organisiert. Dementsprechend folgen Handlungserwartungen an eine Position bzw. an das Individuum neben den betrieblichen Logiken zusätzlich auch der Logik des Berufs.

In Deutschland besitzen Berufe eine ausbildungs- und erwerbsstrukturierende Funktion. Sie bilden für den Arbeitsmarkt Konstrukte, die überbetriebliche und formalisierte „Qualifikations- und Arbeitskraftmuster“ (Georg & Sattel, 2006, S. 125) bündeln. Auch den Pflegeberufen wird somit ein entsprechendes Berufsprofil beigemessen. Dem Berufsprofil wird folgende zentrale Funktion zugeschrieben: Es schafft eine vordefinierte Standardisierung des Berufs und sorgt damit für eine Harmonisierung und Stabilität der wechselseitigen Erwartungen zwischen den (zukünftigen) Erwerbskräften und den Betrieben. Durch ein präzises Profil entsteht auf beiden Seiten „deshalb kalkulierbares Handlungs- und Verhaltenspotential“ (Georg & Sattel, 2006, S. 130). Einerseits bietet die formalisierte Konstruktion eines Berufs für (potentiell) Berufseinsteigende als künftige Arbeitskraft anbietende Orientierung, denn mit der entsprechend angestrebten Position auf dem Arbeitsmarkt sind explizite Anforderungen an die berufliche Tätigkeit verbunden (Voges, 2002). Zusätzlich können durch ein standardisiertes Profil Erwartungen über Arbeitsbedingungen, Abhängigkeiten und Freiräume, über das Einkommen (Regelungen durch Tarifverträge) sowie über Beschäftigungsstabilität und Karriereperspektiven an die favorisierte Arbeitsstelle adressiert werden (Georg & Sattel, 2006). Für die Erwerbskräfte dient der Erhalt des Berufszertifikats zudem als „Währung und Ausweis“ (Pries, 2017, S. 26) dafür, dass während des Berufsbildungswegs bestimmte Fähigkeiten erlernt wurden und dass ein entsprechendes Arbeitsvermögen dem Arbeitsmarkt zur Verfügung steht. Andererseits beinhaltet das Berufsprofil für die Organisationen den Nutzen, dass im Personalmanagement kalkuliert werden kann, welches Leistungs- und Kompetenzprofil neuangestellte

Erwerbskräfte in die Organisation einbringen. Betriebe können somit bei einer Einstellung durch das standardisierte Berufsprofil bestimmte Fähigkeiten und Kenntnisse voraussetzen. Diese Kompetenzen schließen zum einen erwartete technische Kenntnisse, Fertig- und Fähigkeiten und zum anderen auch soziale Elemente wie z. B. Qualitätsbewusstsein, Selbstständigkeit und Problemlösungsfähigkeit ein (Georg & Sattel, 2006). Da auch durch die Ausbildung in den Pflegeberufen (auch aufgrund von Akademisierungstendenzen) solche Berufsprofile geschaffen werden (Voges, 2002), gelten die vorangestellten Ausführungen über einheitliche wechselseitige Erwartungen ebenfalls zwischen Pflegepersonal und Betrieben, in denen Pflegearbeit geleistet wird.

Diese Form der „Erwerbsregulierung“ (Pries, 2017, S. 1) ist in Deutschland nationalspezifisch historisch gewachsen. Für die Zwecke der vorliegenden Arbeit wird unterstellt, dass die pflegerischen Berufsprofile (hingewiesen sei hier auf die Unterteilung in Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege und Altenpflege sowie die Helferberufe) durch einen spezifischen Arbeitstypus bestimmt wird. Dieser Typus wird durch die *Facharbeit* gestaltet. Facharbeit entspricht einem typischen deutschen Muster und wird im Unterschied zu anderen (Industrie-)Nationen im dualen System von Berufsschule und Betrieb erlernt (Georg & Sattel, 2006; Herwig, 2017; Pries, 2017). Auch für den Pflegeberuf gilt, dass zwar die Qualifikation durch die staatlich normierte, jedoch weitestgehend betrieblich organisierte Ausbildung erworben wird. Unter anderem dadurch entsteht die „Herausbildung eines besonderen *Berufsbewusstseins*“ (Georg & Sattel, 2006, S. 129). Aus diesen Darlegungen geht hervor, dass Pflegekräfte durch den Ausbildungsweg und das Erlangen der Berufsqualifikation manifeste Kenntnisse über die Tätigkeitsspektren und Aufgabenzuschreibungen des Berufes erlangen, welche die vordefinierten Berufsprofile einschließen. Gleiches gilt auch für die Erwerbskräfte einstellenden Betriebe, welche auch das während des Berufsbildungswegs herausgebildete Berufsbewusstsein bei einer Einstellung voraussetzen. Dies ist für die vorliegende Studie von besonderer Bedeutung. Denn, so ist anzunehmen, kommt es durch die aktuellen Internationalisierungstendenzen, die auch die Pflegeberufe betreffen (s. Kapitel 1), zu einer Aufweichung des standardisierten Berufsbildungswegs. So münden zunehmend Pflegekräfte in die Berufe und somit auch in die Betriebe ein, die im Ausland über andere Wege, wie bspw. über Studiengänge oder eine generalistische Ausbildung, ihre Berufsqualifikation erlangt haben (vgl. hierzu u. a. Landenberger, 2005, S. 13ff). Dies bringt für einstellende Betriebe die Aufgabe mit sich, auch diejenigen Erwerbskräfte, welche ggf. durch ihren anderen Berufsbildungsweg nicht mit dem jeweils geltenden Berufsprofil und dem vorausgesetzten Berufsbewusstsein vertraut sind, in ihre Organisation und ihre sozialen Netzwerke der Arbeitsgruppen einzugliedern. Auch müssen sich diese Pflegekräfte der daraus resultierenden hohen Anforderungen stellen.

derung an Wahrnehmung und Verständnis gegenüber den evtl. unbekanntem Handlungserwartungen stellen. Aufgrund dessen wird dem im Berufsbildungsweg herausgebildeten Berufsbewusstsein in dieser Studie eine zentrale Bedeutung zugeschrieben.

4.1.3 Arbeitsorganisation in Pflegeteams

Beide zuvor benannten Handlungslogiken, sowohl betrieblich als auch beruflich, treffen innerhalb der Arbeitsorganisation der Pflegeteams aufeinander und werden durch die dort gültigen Routinen und Handlungsmuster sortiert. Aufgrund dessen wird sich im Folgenden der Arbeitsorganisation von Pflegeteams gewidmet und es werden sowohl wesentliche Merkmale der Organisation der Arbeitsgruppen als auch die daraus resultierenden Besonderheiten für neuertretende Teammitglieder beschrieben.

Wie in Kapitel 4.1 erwähnt, basiert eine Mitgliedschaft in einer betrieblich organisierten Arbeitsumgebung und somit in einer Arbeitsgruppe eines Unternehmens auf einer vertraglichen Beziehung. Diese wird durch die Organisation bzw. ihren Vertretenden und dem Individuum geschlossen. Der Vertrag bestimmt das formale Regelwerk, welches mit Eintritt in die Organisation für die neueingestellten Erwerbskräfte an Gültigkeit gewinnt (Kieser & Walgenbach, 2010). Die neueintretenden Mitglieder werden durch den Vertragsschluss für gewöhnlich bestimmten Abteilungen, Projekten bzw. Stationen, Funktionsbereichen oder Wohnbereichen zugeordnet. Dadurch entstehen „formelle Gruppen“ (Steinmann et al., 2013, S. 543) im Unternehmen. In diesen durch den Betrieb geschaffenen Bereichen erfolgt die Erledigung des täglichen Arbeitsvolumens im Kollektiv einer Personengruppe mit i. d. R. (annähernd) gleicher Hierarchieebene und gleicher Position. In der Managementlehre wird diese Art des Zusammenarbeitens in einer durch den Vertrag geschaffenen Gruppe als Teamarbeit bezeichnet (Steinmann et al., 2013). Auch in Kliniken und Pflegeheimen wird ein Großteil der Aufgaben üblicherweise auf die größtenteils formal gleichgestellten Pflegeteams zugeschnitten; jedoch sind diese Gruppen zusätzlich gewöhnlich einer Leitungsinstanz untergeordnet. Somit bestehen anteilig hierarchische Strukturen. Zu den Aufgaben der Leitung gehören Funktionen wie bspw. die Entscheidungs-, Kontroll- und Koordinationsbefugnis (Neuberger, 2002). Über diesen Weg erreichen die formalen Regelwerke der Organisation bzw. die entsprechenden Handlungserwartungen des Betriebs das Individuum.

Pflegeteams stellen durch ihre teils hierarchische, teils kollektive Aufgabenzuschreibung Interaktionssysteme der besonderen Art dar. Die Pflegekräfte bilden die Basiselemente eines jeden Teams und bringen individuelle Variablen – wie bspw. ihre Qualifikationen, Kompetenzen oder auch ihre Bedürfnisse, Werte, Erwartungen und Ziele – ein. Diese persönlichen Eigenschaften schaffen neben den formellen Gruppenbeziehungen u. a. durch Sympathiegefühle informelle Gruppen, die netzwerkartig miteinander verbunden sind (Steinmann et al.,

2013). Die informellen Gruppen treten im Gruppengefüge u. a. dann in Erscheinung, wenn die Führungskraft des Teams nicht mit jeder oder jedem einzelnen Mitarbeitenden den gleichen intensiven Austausch pflegen kann. Aus diesem Grund bilden sich daher im Laufe der Zeit in einzelnen Gruppen „deshalb eine "in-group" und eine "out-group" heraus“ (Neuberger, 2002, S. 335). Die Beziehung zwischen Leitung und Mitarbeitenden der Innengruppe gestaltet sich respektierend und informell locker, da diesem Teil des Teams Vertrauen entgegengebracht wird. Sie werden von der Führungskraft als „fähig, engagiert, loyal und sympathisch“ (Neuberger, 2002, S. 335) beschrieben. Zudem können diese Teammitglieder auch bei Bedarf die Führungsfunktionen der Leitung übernehmen. Der Randgruppe hingegen werden die Mitarbeitenden zugeordnet, denen weniger Privilegien zuteilwerden. Diese Mitarbeitenden werden im Arbeitsalltag von der Leitung oder aber der Innengruppe verstärkt kontrolliert. Ihre Beziehung zur Leitung ist durch einseitigen vorgesetztenbetonten Einfluss und durch „Formalität, Misstrauen, Distanz“ (Neuberger, 2002, S. 335) gekennzeichnet.

Die beschriebenen Strukturen und Mitgliedschaften in den Teams sind jedoch nicht immer so stabil, wie es klingen mag. „Organisationen führen aus verschiedenen Gründen den Arbeitsgruppen häufig neue Mitglieder zu oder die Mitgliedschaften sind von vornherein zeitlich eng begrenzt“ (Steinmann et al., 2013, S. 547). Deswegen unterstehen Gruppen einem kontinuierlichen Wandel. Durch die Neueintritte bringen neue Gruppenmitglieder immer auch bestimmte Merkmale in die Arbeitsgruppen ein. Daraus resultiert, dass Teams im Laufe der Zeit einem kontinuierlichen Wandel unterworfen sind. Je nachdem, ob die personenbezogenen Merkmale übereinstimmen oder zueinander in Kontrast stehen, wird von einer „homogenen oder heterogenen Gruppenzusammensetzung“ (Steinmann et al., 2013, S. 547) gesprochen. Neu eingebrachte personenbezogene Merkmale können entweder hinsichtlich Geschlecht, Alter, Nationalität und Religion oder aber auch bezüglich Eigenschaften wie den individuellen Bedürfnisse, Werten, Vorstellungen und Zielen differieren. Insbesondere die letztgenannten personenbezogenen Merkmale stehen in einem direkten Zusammenhang mit dem sich während des Berufswegdegangs ausprägenden Berufsbewusstseins (s. Kapitel 4.1.2). Vor allem in heterogenen Arbeitsgruppen operationalisieren die institutionellen Regelsysteme, welche in Richtlinien und Richtwerten festgeschrieben sind, die Verhaltenserwartungen und -weisen innerhalb der Teams. Sie haben faktisch einen noch höheren Bewusstseinsgrad als Normen, welche zusätzlich als Ergebnis von Interaktion die Denk- und Verhaltensweisen der Mitglieder innerhalb der Arbeitsgruppe prägen (Steinmann et al., 2013).

Erneut wird durch die vorangestellten Ausführungen deutlich, dass mit Vertragsschluss bzw. mit Einmündung in eine Arbeitsgruppe Regelsysteme in Kraft treten, die das Handeln während des Arbeitstags in vorab festgelegte Bahnen lenken. Dadurch scheint es, als bestehe kaum Platz für eine mögliche individuelle Entfaltung der eigenen beruflichen Vorstellungen

(Schreyögg, 2016). Jedoch, so wurde auch zuvor bereits angemerkt (s. Kapitel 4.1.1), erwachsen zwischen den teilweise widersprüchlichen formalen und informalen Anforderungen an das Individuum kleinere Handlungsspielräume. In diesem Zusammenhang verweist Schimank (2002) auf ein Verbindlichkeitsgefälle innerhalb der Erwartungen an die oder den Positionsinnehabenden durch welches zwischen *Muss-*, *Kann-* und *Sollerwartungen* differenziert wird. Muss-Erwartungen weisen die strengste Verbindlichkeit auf und sind rechtlich fixiert. Nichtkonformität wird mit negativen Sanktionen, Abmahnungen oder Suspendierungen bestraft. Positive Sanktionen bei Konformität kommen hingegen nicht vor, da Muss-Erwartungen Pflicht sind. Soll-Erwartungen beschreiben den mittleren Verbindlichkeitsgrad. Ihre Missachtung wird ebenfalls oftmals mit negativen Sanktionen geahndet, die in der Regel jedoch milder ausfallen als bei den Muss-Erwartungen. Ihre Erfüllung kann positiv sanktioniert werden, da die Einhaltung nicht immer für selbstverständlich gehalten wird. Häufig geschieht dies durch Lob für den vorbildlichen Einsatz. Kann-Erwartungen verlangen keine Konformität und weisen den geringsten Verbindlichkeitsgrad auf. Ihre Nichtbefolgung ziehen keine negativen Sanktionen nach sich. Das Erfüllen der Kann-Erwartungen hingegen wird belohnt und zum uneigennützi- gen Engagement für das Unternehmen gezählt.

Diese Ausführungen über das graduell abstufende Verbindlichkeitsgefälle von Erwartungen an eine Position dienen für die vorliegende Studie einer wichtigen Erkenntnis: Zwar bestehen in den Teams bezüglich der Tätigkeit und der täglichen Aufgaben teilweise sehr hohe Verbindlichkeiten, was eine unkomplizierte Verständigung über die Abläufe ermöglicht und den Mitgliedern verlässliche Orientierungshilfen bietet, jedoch scheinen für Teammitglieder grundsätzlich in einigen Situationen auch Möglichkeiten zu erwachsen, Entscheidungen für oder gegen Routinen zu treffen bzw. vom gängigen Konstrukt abzuweichen und somit selektiv einzelne Regeln zu verletzen. In Kapitel 4.3 wird erneut und schwerpunktmäßig auf den ange-deuteten Definitions- und Aushandlungsprozess der jeweiligen Positionen und Rollen der Individuen eingegangen.

4.2 Zentrale Definitionen und deren Anwendung in der vorliegenden Arbeit

An die Annäherung an den Forschungsgegenstand anknüpfend erfolgt eine definitorische Abgrenzung der für den Untersuchungsgegenstand relevanten Begriffe. Dies dient einerseits der weiteren inhaltlichen Fundierung und andererseits soll eine einheitliche Verwendung der Begriffe in der Studie sichergestellt werden.

4.2.1 Zum Rollenbegriff

Jede soziale Position im Privatbereich, in der Öffentlichkeit oder im beruflichen Kontext ist für die Innehabenden mit Vorgaben, Zuschreibungen und Erwartungen der Umwelt verknüpft. In Bezug auf den Pflegeberuf werden letztere mindestens vonseiten der Berufslogik sowie der Betriebe an die Individuen gerichtet. Positionen vereinen somit „einen Satz schematischer Handlungsanweisungen“ (Neuberger, 2002, S. 314), welcher wie eine Regieanweisung für eine entsprechende Position bzw. Person gilt. Diese Handlungsanweisungen verdeutlichen, dass Positionen durch die Aneignung einer (neuen) Rolle übernommen und ausgefüllt werden. Neuberger (2002) und Schimank (2002) weisen darauf hin, dass der Begriff der Rolle an die Theatersphäre angelehnt wurde: Rollen charakterisieren somit nicht den Menschen als einzelne (Privat-) Personen, sondern sind an Positionen adressiert. Sie ergeben sich aus Komplexen von Verhaltensvorschriften, die quasi-objektiv und vom Einzelnen prinzipiell unabhängig anzusehen sind. Rollen entstehen somit durch das Vereinen von Handlungsmustern, die durch sinnhafte Verhaltensregelmäßigkeiten einer entsprechenden Position zugeordnet sind (Voges, 2002).

Wenn der Rollenbegriff in der vorliegenden Studie verwendet wird, dann beschreibt er jedoch nicht jedwede Position im privaten oder öffentlichen Bereich, sondern dann ist die Rede von einer *beruflichen Rolle* und den damit verbundenen Erwartungen und Anforderungen an das Pflegepersonal in einer Klinik oder in einem Pflegeheim. Durch die Aufnahme einer beruflichen pflegerischen Tätigkeit nach dem formalen Eintritt in eine pflegerische Einrichtung übernehmen die Akteure ab diesem Zeitpunkt eine entsprechende Position im Tätigkeitsfeld und begegnen externen Verhaltensanforderungen und Verhaltenserwartungen (Neuberger, 2002). Daraus resultiert als Definitionsformel für die berufliche Rolle, dass sie als „Bündel normativer Verhaltenserwartungen“ (Joas, 2002, S. 146), die Verständigung über den zentralen Arbeitsgegenstand vereinfacht und festlegt, „in welcher Art und Weise, mit welchem professionellen Zielstellungen und unter welchen Bedingungen, der Beruf auszuüben sei“ (Sieger, 2002, S. 146). Voges (2002) ergänzt in diesem Zusammenhang, dass die Berufsrolle unabhängig vom jeweiligen organisatorischen Kontext existiere, somit nicht (nur) auf das Tätigkeitsprofil im entsprechenden Unternehmen abziele, sondern darüber hinaus für allgemeine pflegerische „Handlungs- und Bewertungsmuster“ (Voges, 2002, S. 159) stehe.

Des Weiteren ergänzt u. a. Heinz (1995), dass neben den Erwartungen an die oder den Rollenträgenden, die durch den formal organisierten Bereich der Einrichtungen formuliert werden, auch noch im Bereich der informellen Arbeitsorganisation durch die Interaktion mit der Arbeitsgruppe oder aber auch den zu Pflegenden und Bewohnenden Zuschreibungen und Anforderungen an das Rollenverhalten des Individuums entstehen. Dies unterstreicht, dass

Berufsrollen über den institutionellen Rahmen hinaus auch an gesellschaftliche Wertvorstellungen, die durch den unmittelbaren sozialen Interaktionsraum geschaffen werden, geknüpft sind (Heinz, 1995; Warwas, 2012). Diese Handlungserwartungen stellen das (migrierte) Pflegepersonal vor die Aufgabe, die berufliche Rolle inhaltlich so auszufüllen, dass den Anforderungen von Institution und Bezugsgruppe angemessen nachgekommen wird, aber dass gleichzeitig auch die eigendefinierte und während des Qualifikationserwerbs angeeignete Sichtweise nicht vernachlässigt wird (Voges, 2002). Diesen Balanceakt für die Pflegekraft, welche die drei Organisationsbereiche in ihrem/seinem pflegerischen Rollenverhalten vereint, stellt die nachfolgende Abbildung 6 grafisch dar.

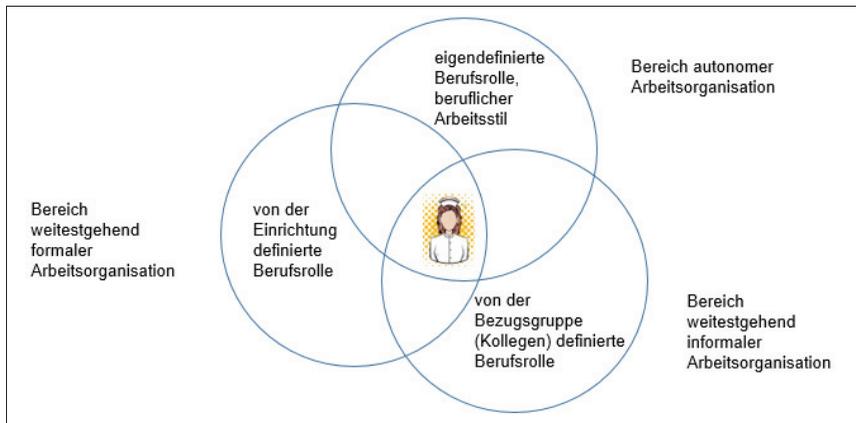


Abbildung 6: Erwartungen an das Rollenverhalten (eigene Darstellung in Anlehnung an Voges, 2002, S. 164)

Zusammenfassend lässt sich über die berufliche Rolle festhalten, dass sie zwar ihren Anwendungsbereich in einer (inner-)betrieblich organisierten Arbeitsumgebung findet, welche Erwartungen, Rechte und Pflichten in formalen Regelsystemen an die Rollentragenden adressiert (Voges, 2002), dass jedoch zusätzlich durch das Kollegium weitere Verhaltensvorgaben formuliert werden. Diese weitestgehend informellen Ansprüche beinhalten nicht nur Aspekte der pflegerischen Tätigkeit, sondern haben auch insbesondere durch die Verhandlung im sozialen Gefüge gesellschaftliche Normen, Leistungsstandards und Wertvorstellungen inne. Im dritten Einflussbereich liegen autonome und eigendefinierte Aspekte, welche ein Berufsmittglied für die Rollenausübung nach individuellem Rollenverständnis definiert. Dieser Einflussbereich wird im folgenden Kapitel unter dem Begriff *berufliches Selbstverständnis* eingeführt.

4.2.2 Berufliches Selbstverständnis

In Kapitel 4.1.2 wurde erstmals auf die „Herausbildung eines besonderen *Berufsbewusstseins*“ (Georg & Sattel, 2006, S.129) während des Berufsbildungswegs verwiesen. Auch Esslinger-

Hinz (2002) hält fest, dass durch Berufsbiografie und daraus sich ergebender Berufserfahrung auch eine bestimmte Berufsauffassung entwickelt wird. Der Auffassungsbegriff „umfasst Meinungen, Urteile und Einstellungen“ (Esslinger-Hinz, 2002, S. 17) und dient somit den eigenen (gedanklichen) Relevanzsetzungen in der beruflichen Alltagspraxis (Languth, 2007; Warwas, 2012). Dies impliziert die Auseinandersetzung mit dem eigenen Verständnis der beruflichen Rolle. Die Berufsauffassung wird somit als individuelles Konstrukt verstanden und ist mit der subjektiven Sichtweise auf den Beruf weitgehend gleichzusetzen. Sie beinhaltet eine handlungsleitende Funktion bei der Berufsausübung, welche bereits in Kapitel 4.2.1 als der Bereich der autonomen Arbeitsorganisation bezeichnet und aufgegriffen wurde. In der einschlägigen Literatur werden die Begriffe *individuelle Sichtweise* auf den Beruf, *subjektive Berufsauffassung*, *berufliches Selbst- oder Rollenverständnis* weitgehend synonym verwendet (Esslinger-Hinz, 2002; Roggenbuck-Jagau, 2005; Warwas, 2012). In der vorliegenden Studie hingegen wird vornehmlich das Konstrukt des individuellen beruflichen Selbstverständnisses verwendet: Mit dessen Hilfe werden die individuelle Sicht auf das eigene berufliche Handeln sowie das Verständnis von sich selbst in Bezug auf die bereitstehende Rolle in den Fokus gerückt.

Diesen Ausführungen zufolge sind die berufliche Rolle und das individuelle berufliche Selbstverständnis definitorisch klar voneinander abzugrenzen: Während das berufliche Selbstverständnis durch den beruflichen Werdegang sowie den gesammelten Berufserfahrungen der/des Berufsangehörigen geprägt ist und durch die individuelle Sichtweise auf den Beruf geäußert werden kann, bündelt die berufliche Rolle zusätzlich Erwartungen und Anforderungen, welche durch formale Regelwerke, kollektive Sichtweisen und Vorstellungen an das Individuum herangetragen werden.

4.3 Theoretische Verortung: Rollenverhandlung in Arbeitsgruppen

Im Folgenden wird das Forschungsinteresse der vorliegenden Arbeit theoretisch verortet. Dabei rückt erneut der Balanceakt, den die Mehrheit der zugezogenen Pflegekräfte mit im Ausland erworbener Berufsqualifikation in ihrem Arbeitsalltag zwischen ihren persönlichen beruflichen Rollenvorstellungen und den fremddefinierten Anforderungen vollbringen müssen, in den Mittelpunkt und wird strukturell erschlossen. Da sowohl das berufliche Selbstverständnis als auch normative Verhaltensvorschriften in dem Definitionsprozess der beruflichen Rolle aufeinandertreffen können, werden im Verlauf des Kapitels zwei antagonistische Ansätze der soziologischen Rollentheorie vorgestellt. Hierbei stehen nicht wie bislang die Organisationsstrukturen und entsprechende Rahmenbedingungen im Zentrum des Interesses, sondern das Verhalten von Individuen im Interaktionssystem Pflorgeteam.

4.3.1 Theoriegerüst: Dualismus der soziologischen Rollentheorie

Die soziologische Rollentheorie enthält widersprechende Ansätze (u. a. Joas, 2002; Neuberger, 2002) und Möglichkeiten einer Integration in eine themenbezogene Theorie der Pflegewissenschaft. Angesiedelt ist die Rollentheorie jedoch immer in einem Rahmen, in dem Individualität und Gesellschaftlichkeit aufeinandertreffen und anthropologische Grundstrukturen sozialen Handelns erfasst werden sollen (Joas, 2002). Zwei konträre Positionen bereiten den Boden für den theoretischen Analyserahmen der vorliegenden Studie: Mit dem *struktur-funktionalistischen Ansatz* (s. Kapitel 4.3.1.1) werden vornehmlich in den Wirtschaftswissenschaften die Rollenaktivitäten der Mitarbeitenden in Betrieben einem normativen Paradigma unterstellt. Der einem interpretativen Paradigma verpflichtete *symbol-interaktionistische Ansatz* (s. Kapitel 4.3.1.2) hingegen verbindet Handeln mit subjektiven Wirklichkeiten, die in konkreten Interaktionen erfahren und ausgehandelt werden müssen. Vertreterinnen und Vertreter des symbolischen Interaktionismus entfernen sich somit von den normativen und fremddefinierten Verhaltensskripten, die den Individuen im struktur-funktionalistischen Ansatz auferlegt werden (Joas, 2002; Neuberger, 2002; Warwas, 2012). Diese beiden konträren Ansätze der Rollentheorie werden in den nachfolgenden zwei Unterkapiteln erläutert.

4.3.1.1 Struktur-funktionalistischer Rollenansatz

Rollenkonformität gilt als „*Maxime des struktur-funktionalistischen Ansatzes*“ (Warwas, 2012, S. 60). Diese Auffassung über die Ausübung einer Rolle gründet auf den Werken von Parsons, Merton und Dahrendorf (vgl. hierzu u. a. Warwas, 2012, S. 61). Zwar werden Rollenerwartungen als externe Verhaltensanforderungen an einzelne Personen adressiert, sie werden jedoch darüber hinaus der entsprechenden Position im institutionellen Bezugssystem zugeordnet. Positionen wiederum werden durch Aufgaben, Tätigkeitsbereiche und bestimmte Eigenschaften voneinander abgegrenzt, die dem die Position innehabenden Individuum „Tun und Lassen“ (Neuberger, 2002, S. 318) vorschreiben. Daraus folgt, dass Positionsinnehabende in einem Unternehmen zwar Mitglieder in dessen differenzierter Sozialstruktur darstellen, ihre Position bzw. ihre inhaltlich definierte Rolle jedoch auch durch andere Personen besetzt und ausgefüllt werden kann; Mitarbeitende sind somit austauschbar.

Des Weiteren beschreibt Neuberger (2002), dass dem strukturellen Rollenverständnis das Sender-Empfänger-Modell als Kommunikationsschema zugrunde liegt. Die/Der Rolleninnehabende steht zwar im Zentrum der entsprechenden Anforderungen, herangetragen werden diese jedoch von Führungspersonal und anderen Mitarbeitenden im Unternehmen. Durch diese spezifische Sicht auf ein Mitglied der entsprechenden Organisation wird der Mensch durch die Soziologie als *homo sociologicus* konstruiert (Münch, 2004).

Durch diese Darlegungen über den struktur-funktionalistischen Rollenansatz wird deutlich, dass Rollen zwar die konstitutiven Elemente in Systemen darstellen, ihre Ausübung und Ausgestaltung wird jedoch durch das soziale Umfeld reguliert: Das Individuum kann sich den oktroyierten Anforderungen nicht entziehen, denn der/dem Positionsinnehabenden werden durch die Rolle Erwartungen entgegengebracht, wie sie/er „in verschiedenen Situationen handeln muss, handeln sollte oder handeln darf“ (Münch, 2004, S. 353). Dieser Zwang zum Rollenhandeln wird durch andere Teammitglieder dadurch unterstützt, dass normkonformes Verhalten belohnt und normabweichendes Verhalten sanktioniert wird. Das rollentragende Individuum steht demnach passiv im Zentrum der vielfältigen Rollenvorgaben (Neuberger, 2002; Voges, 2002). Durch die Verpflichtung zur Passivität führt die Eingliederung in eine Organisation zur Entpersönlichung der/des Neueintretenden. Warwas (2012) führt in diesem Zusammenhang weiter aus, dass durch die erzeugten fremddefinierten Verhaltenserwartungen ein Prozess der Entfremdung von sich selbst eintritt, „in welchem die sanktionsbewehrte Durchsetzung und Kontrolle sozialer Regeln die Individualität des Menschen aushebelt“ (Warwas, 2012, S. 61).

Grundsätzlich gilt also, dass gemäß dem struktur-funktionalistischen Ansatz das Individuum den gültigen Regeln einer bestimmten sozialen Ordnung (hier: Organisationsstruktur der Kliniken und Pflegeeinrichtungen) folgt. Mit dem Eintritt in einen Betrieb und der Aufnahme einer Position und Tätigkeit wird folglich eine zugeschriebene Rolle angenommen, nach der die Akteure während des täglichen Arbeitsvollzugs handeln (*role taking*).

Kritikerinnen und Kritiker des struktur-funktionalistischer Rollenansatzes argumentieren gegen dieses Handlungsmodell, da die genauere Analyse von Organisationsstrukturen zum einen gezeigt hat, dass nicht alle Organisationsrollen und deren Anforderungen immer eindeutig genug definiert werden können. Zum anderen reichen Sanktionen teilweise nicht aus, um den Mitgliedern die Möglichkeit zu nehmen, sich nicht gemäß den Rollenzuschriften zu verhalten. Zusätzlich zeigen die zuvor beschriebenen Verbindlichkeitsgefälle der formulierten Erwartungen (s. Kapitel 4.1.3), dass ein gewisser Gestaltungsspielraum für die Organisationsmitglieder bestehen kann und die Akteure die Möglichkeit haben, auch private Interessen und Zielsetzungen in das Team einzubringen (Abraham & Büschges, 2009). Infolgedessen rückt die Frage in den Mittelpunkt, wie sich Individuen in Organisationen verhalten, wenn sie über die mit ihrer Position verbundenen Handlungserwartungen hinaus Handlungsspielräume während des täglichen Arbeitsvollzugs nutzen können.

4.3.1.2 Symbol- interaktionistischer Rollenansatz

Der symbol-interaktionistische Ansatz des Rollenhandels geht auf den von Mead (2008) beschriebenen Sozialbehaviorismus zurück. Dieser Ansatz unterscheidet sich von der struktur-

funktionalistischen Position dadurch, dass die Aufmerksamkeit auf das situierte Rollenhandeln verlagert wird und somit der kommunikativen Beziehung der/des Rollentragenden mit der entsprechenden Bezugsgruppe eine besondere Bedeutung zukommt (Joas, 2002; Warwas, 2012). Zur Erklärung dieses Ansatzes soll im Folgenden kurz auf die beiden begriffskonstituierenden Merkmale (Interaktionismus und symbolisch) eingegangen werden.

Interaktionismus bringt die aktive Mitwirkung des Individuums an dem Inhalt der Rollenerwartung zum Ausdruck. Das Rollenverhalten wird somit nicht nur durch die äußeren fremddefinierten Vorgaben bestimmt, sondern ist immer auch eine Eigenleistung des Akteurs. Durch dieses *Maxime* findet im symbolischen Interaktionismus für das Individuum keine Entfremdung von sich selbst statt (Neuberger, 2002). Vielmehr prägt die Einmaligkeit (Subjektivität, Persönlichkeit und Charakter) eines jeden Individuums die Rollenspezifikation. Das „subjektive Denken, Werten und Fühlen der Beteiligten“ (Warwas, 2012, S. 66) dient als Grundlage für die soziale Deutungs- und Verständigungsarbeit.

Symbolisch bringt in diesem Zusammenhang zum Ausdruck, dass das Sender-Empfänger-Modell des struktur-funktionalistischen Ansatzes als Kommunikationsschema überwunden wird: „Zwischen 'Reiz' und 'Reaktion' wird 'symbolische' Arbeit dazwischengeschaltet“ (Neuberger, 2002, S. 333), was verdeutlicht, dass in den symbol-interaktionistischen Strömungen der Rollentheorie immer auch eine selbstständige innere Auseinandersetzung mit der eigenen Position und den entsprechenden Erwartungen vorausgesetzt wird.

Der Kerngedanke der symbol-interaktionistischen Rollentheorie fasst infolgedessen zusammen, dass Rollen im Dialog und in der Interaktion „durch die wechselseitige Abarbeitung der aneinander gerichteten Ansprüche und Erwartungen“ (Joas, 2002, S. 143) ausgehandelt werden (*role making*). Dieser Argumentationsfigur ist vorausgesetzt, dass zwar alle Teammitglieder zunächst Erwartungen aneinander richten, die gesellschaftsüblichen Typisierungen folgen, jedoch bestimmt immer auch die individuelle Biografie bzw. die entwickelte innere Haltung des Individuums, wie sich in einer Rolle verhalten wird; wie diese also „entwickelt, ausgehandelt, angeboten, zurückgewiesen“ (Neuberger, 2002, S. 334) wird.

Zu vermerken ist darüber hinaus, dass sich der symbol-interaktionistische Rollenansatz nicht gänzlich von den in den Betrieben geltenden formalisierten Standards freimachen kann. Die gesetzlich-administrativen Regelwerke reduzieren die Freiräume des Rollenhandelns (Büchter & Gramlinger, 2002). Jedoch, so die Annahme, bestehen für die Teammitglieder zwischen informellen Hierarchien und Abstimmungswegen, logischen Brüchen sowie inhaltlichen Lücken „Explorationserfordernisse und Improvisationsfreiräume“ (Warwas, 2012, S. 69), in denen eine für beide Seiten annehmbare Rolle ausgehandelt werden kann.

4.3.2 Verbindung der dualistischen Ansätze: Aushandlungsprozesse von beruflichen Rollen

Mit dem Leader-Member-Exchange-Modell (kurz LMX-Modell; Neuberger übersetzt: Führer/in-Mitarbeiter/in-Austauschbeziehung) wird erstmals von Graen (1976 zitiert nach Neuberger, 2002) die „Verschränkung von *role taking* und *role making* in Arbeitsgruppen“ (Neuberger, 2002, S. 334) erklärt, der in sein Modell die verschiedenartigen Akzentuierungen des strukturfunktionalistischen und des symbol-interaktionistischen Ansatzes integriert hat. In den nachfolgenden Ausführungen wird das LMX-Modell dezidiert dargelegt.

Die wirtschaftswissenschaftliche LMX-Forschung modelliert die dialektischen Interaktionen zwischen den Vorgesetzten und den Geführten auf Grundlage der Rollentheorie. Besonders an diesem Ansatz ist, dass die Rolle der Geführten weder als normative Verhaltenserwartung oder starre unveränderliche Schablone verstanden wird, noch wird sie ausschließlich durch Interpretation und Konstruktion im täglichen Miteinander entwickelt (Neuberger, 2002; Steinmann et al., 2013). Vielmehr wird die Rolle einer Position bzw. eines Individuums in einem dreistufigen Definitionsprozess zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitenden als Vereinbarung ausgehandelt. Während der drei Phasen formulieren beide Seiten abwechselnd ihre Handlungserwartungen an das Gegenüber und kommentieren diese durch ihr rollenbezogenes Verhalten. Die einzelnen Phasen des LMX-Modells sind nach dem klassischen Sender-Empfänger-Modell konzipiert, es kann jedoch in beide Richtungen kommuniziert werden. Trotzdem ist das Gruppenmitglied in erster Linie rollentragend, obwohl es auch eigene Rollenerwartungen an die vorgesetzte Leitung adressieren kann (Steinmann et al., 2013).

In Bezug auf die pflegerische Praxis und die vorliegende Studie stellt die zugezogene Pflegekraft mit ausländischer Berufsqualifikation das Gruppenmitglied und die/der Vorgesetzte die aufgabenzuschreibende Pflegedirektion oder Stationsleitung dar. Da eine Führungskraft jedoch nicht mit jedem einzelnen Mitglied des Pflorgeteams den gleichen intensiven Austausch pflegen oder in jeder Schicht vertreten sein kann, ist es auch möglich, dass die Führungskraft im Rollendefinitionsprozess durch die loyale Innengruppe des Teams vertreten werden kann (s. Kapitel 4.1.3). Die folgenden Ausführungen gehen auf Neuberger (2002), Steinmann et al. (2013) und Warwas (2012) zurück. Der Rollendefinitionsprozess läuft meistens in den folgenden drei Episoden ab. In Abbildung 7 werden diese Episoden zusätzlich veranschaulicht.

1. *Rollenübernahme (role taking)*: Der Rollendefinitionsprozess beginnt mit der *Stranger-Phase*. Die Beteiligten treffen erstmalig aufeinander und nähern sich einander an. Die mit ihren Positionen verbundenen formalen Erwartungen und Normierungen, welche in Stellenbeschreibung und Anforderungsprofil fixiert sind, stecken den Rahmen für diese erste Interaktionssequenz im Aushandlungsprozess ab. Die Führungskraft nimmt hier den akti-

ven Part ein und sendet erste Aufgabenkomplexe bzw. die für die Position gültigen Rollenerwartungen. Das Teammitglied empfängt während der Stranger-Phase dieses Erwartungsgefüge. Role taking steht für die (passive) konforme Übernahme der formalen und informalen Anforderungen.

2. *Rollendefinition (role making)*: Nachdem die verantwortliche Führungskraft während der Stranger-Phase den Aushandlungsprozess über die Rollenausgestaltung angestoßen und bereits einige Informationen über die Leistungsbereitschaft des neuen Teammitglieds eruiert haben, kann auf dieser Basis die *Phase der Verhandlung* während der Rollengenesse beginnen: Durch Anbieten, Akzeptanz oder Zurückweisung von Rollenentwürfen kann während dieser Phase die zugeschriebene Rolle angepasst bzw. weiterentwickelt werden. Zudem wird neben der Rolle auch die Qualität der wechselseitigen Beziehung ausgehandelt. Role making stellt somit gegenüber role taking den konkreten Versuch des Teammitglieds dar, die Anforderungen an die eigene Position auch im persönlichen Sinne zu gestalten. Role making benötigt somit den Freiraum für kreative Eigenleistungen.
3. *Rollenroutinisierung (role routinization)*: Im Zuge des wechselseitigen Rollenaushandlungsprozesses haben sich Teammitglied und Führungskraft auf ein Definitionsergebnis geeinigt, welches für den Moment Gültigkeit besitzt und für den weiteren Verlauf der Beziehung als informeller Arbeitskonsens festgeschrieben ist. Beide Seiten signalisieren während dieser *Phase der Konsolidierung* mit konkludierenden Gesten eine quasi stillschweigende Einwilligung in den Rollenvertrag und bestätigen ihn hierdurch.

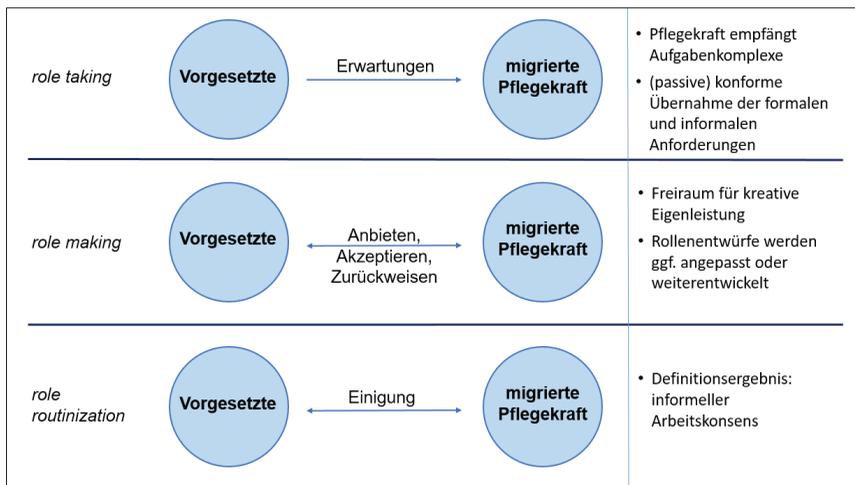


Abbildung 7: Rollendefinitionsprozess aus der Perspektive der LMX-Forschung (eigene Darstellung in Anlehnung an Graen & Scandura 1987, S. 180, zitiert nach Steinmann, Schreyögg & Koch 2013, S. 630)

Diese Ausführungen über die LMX-Forschung verdeutlichen, dass der Rollenaushandlungsprozess in besonderer Weise vom individuellen beruflichen Selbstverständnis und der daraus erwachsenden Möglichkeit zur aktiven Selbstdefinition der beruflichen Rolle durch die Zugezogenen abhängig ist. Durch konträre Auffassungen und schlecht miteinander vereinbare Handlungserwartungen an eine Position und Rolle werden folglich erst Situationen ausgelöst, in denen Rollenhandlungszuschreibungen verhandelt und miteinander definiert werden können. Diese theoretische Verortung soll zur Analyse der vorliegenden Untersuchung herangezogen werden, um anhand dessen potentielle Einflussmöglichkeiten von Migrantinnen und Migranten im täglichen Arbeitsvollzug auf den Pflegeberuf beschreiben zu können. Insbesondere die Phase des role making zeigt, dass theoretisch Wechselwirkungen zwischen den unterschiedlichen Berufsauffassungen entstehen können, wenn das berufliche Selbstverständnis der Zugezogenen auf fremddefinierte Rollenvorgaben trifft.

4.4 Schlussfolgerungen angesichts des skizzierten theoretischen Bezugsrahmens

Im theoretischen Bezugsrahmen der hier vorgestellten Studie wurde das Spannungsgefüge zwischen fremddefinierten betrieblichen sowie beruflichen Handlungserwartungen und den individuellen beruflichen Selbstverständnissen von migrierten Pflegekräften, welche ihre Berufsqualifikation im Ausland erworben haben, in den Mittelpunkt gestellt. Da die für diese Untersuchung relevante berufliche Pflegearbeit in den Strukturen von betrieblich organisierten Institutionen (Kliniken oder [Alten-]Pflegeheimen) geleistet wird, begegnen den Pflegekräften nach der Einmündung in die Betriebe, die dort geltenden formalisierten Regelwerke und informellen Regularien. Diese dienen dazu, das Verhalten der Organisationsmitglieder den Organisationszielen entsprechend auszurichten und in vorher festgelegte Bahnen zu bringen. Damit schränken Regelsysteme das Verhalten der einzelnen Mitglieder intentional, mitunter aber auch nichtintentional ein und begrenzen den Raum für individuelles Handeln. Somit entindividualisierten Regeln das Verhalten und Handlungsrepertoire der Mitarbeitenden.

Jedoch können Regeln „nie *eindeutige* Regieanweisungen, sondern lediglich ein gradmaschiges Ordnungsraster“ (Warwas, 2012, S. 72) darstellen. Dies wird u. a. durch das graduell abgestufte Verbindlichkeitsgefälle der formulierten Handlungserwartungen (Muss-, Soll- und Kann-Erwartungen) deutlich. Daher und ggf. durch selektive Regelverletzungen, welche als informelle Arbeitsorganisation Schwächen des formalen Regelwerks auszugleichen versuchen, entstehen für die Organisationsmitglieder in einigen Situationen Möglichkeiten, um Entscheidungen für oder gegen etablierte Routinen zu treffen. Durch diese (geringen) Gestaltungsmöglichkeiten können Handlungsspielräume und Freiräume zur explorativen Improvisation erwachsen: Trotz der normativen Paradigmen der Betriebe und Einrichtungen können

folglich theoretische Möglichkeiten für die Pflegenden entstehen, ihre Berufsvorstellungen, Interessen und Zielsetzungen in die Wirkungsgeschehen des täglichen Arbeitsvollzugs und somit in die Arbeitsgruppe einzubringen. Diese Verlagerung von passiver Rollenkonformität zu kreativer Eigenleistung bei der Gestaltung der eigenen beruflichen Rolle wird durch das LMX-Modell beschrieben. Aus diesem Grund dient es der theoretischen Fundierung der Studie.

Durch die vorangestellten Ausführungen sowie durch das LMX-Modell rücken folgende Fragen in den Fokus der Untersuchung. Es gilt zu berücksichtigen, ob und wie sich Organisationsrollen weiterentwickeln können und ob und wie die zugezogenen Pflegekräfte über die fremddefinierten Verhaltensanweisungen hinaus Handlungsspielräume für kreative Eigenleistungen nutzen können. Diese Überlegungen werden bei der Formulierung der Forschungsfragen berücksichtigt. Eine Konkretisierung der forschungsleitenden Fragestellungen erfolgt im nachfolgenden Kapitel.

5 Forschungsfragen und Zielformulierung der Studie

Nachfolgend werden die forschungsleitenden Fragestellungen sowie die Ziele der Studie formuliert. Dafür wird auf Basis des themenbezogenen internationalen wissenschaftlichen Erkenntnisstands (s. Kapitel 3) sowie des theoretischen Bezugsrahmens (s. Kapitel 4) das empirisch zu untersuchende Erkenntnisinteresse der Dissertation präzisiert.

Durch die Darlegung des wissenschaftlichen Erkenntnisstands konnte u. a. aufgezeigt werden, dass zwischen im In- und Ausland qualifiziertem pflegerischem Personal vielfach heterogene berufliche Vorstellungen bzgl. der Zuständigkeiten und des Tätigkeitsprofils bestehen. Beispielsweise berichten befragte zugezogene Pflegende davon, dass sie sich im Ankunftsland mit ihnen unbekanntem Aufgabenzuschreibungen konfrontiert sehen. Zudem werden in der Literatur häufige Dequalifizierungsprozesse im Kontext der Migration beschrieben. Jedoch geht aus den Kategorien des Rechercheergebnisses auch hervor, dass Unterschiede zwischen beruflichen Vorstellungen nicht unbedingt und ausschließlich mit Unsicherheiten bzgl. der beruflichen Rollenausgestaltung in Verbindung gebracht werden müssen. Vielmehr bietet pflegekulturelle Diversität auch die Möglichkeit, die internationale pflegefachliche Expertise im Sinne einer Weiterentwicklung von Pflegequalität nutzen zu können. Somit kann festgehalten werden, dass der Zuzug von internationalen Pflegekräften durch die im Herkunftsland erworbenen Berufsvorstellungen und die dort gesammelte Berufserfahrung für den Pflegeberuf im Ankunftsland eine weitreichendere Chance darbieten kann, als bloß eine Intervention gegen den Fachkräftemangel darzustellen. Da bisweilen für das deutsche Pflegewesen empirische Befunde ausstehen, ob, und wenn ja, wie durch eine bewusste Auseinandersetzung mit der pflegekulturellen Diversität in den jeweiligen Pflegeteams die Möglichkeit genutzt werden kann, die vorhandene heterogene internationale Expertise zu nutzen, bleibt vorerst unbekannt, ob der Pflegeberuf durch die zunehmende Arbeitsmigration Entwicklungspotentiale erhalten kann. Diese Forschungslücke versucht die hier vorgestellte Studie zu schließen.

Die Erkenntnisse aus dem theoretischen Bezugsrahmen konnten den Fokus der Dissertation weiter schärfen. Durch die theoretische Annäherung an den Untersuchungsgegenstand zeigt sich, dass die im Vergleich zu Deutschland auf unterschiedlichen Berufsbildungswegen erworbenen Berufsvorstellungen bzw. die individuellen beruflichen Selbstverständnisse des migrierten Pflegepersonals maßgeblich die Erwartungen an die Ausübung des Berufs prägen. Da die Zuziehenden nach ihrer Einmündung in das deutsche Pflegewesen jedoch auf ihnen fremde Berufsvorstellungen stoßen, zeichnet sich ein Spannungsgefüge zwischen heterogenen Handlungserwartungen ab. Zugleich wird die für diese Untersuchung relevante berufliche Pflegearbeit in den Strukturen von betrieblich organisierten Einrichtungen geleistet. Somit folgen die von außen an das Individuum herangetragenen Handlungserwartungen neben der

zuvor erwähnten beruflichen Logik zusätzlich den innerbetrieblichen Regelwerken. Diese dienen dazu, das Verhalten der Organisationsmitglieder in vorher festgelegte Bahnen zu lenken. Die verschiedenen fremddefinierten Handlungserwartungen treffen in den entsprechenden Positionen einer betrieblich organisierten pflegerischen Einrichtung gebündelt aufeinander. Werden diese Positionen mit einer Pflegekraft mit im Ausland erworbener Berufsqualifikation besetzt, dann bringt diese zusätzlich ihre eigendefinierte und im Ausland erworbene Berufsvorstellung und Handlungslogik in das Unternehmen mit. Speziell an dieser Stelle werden die Befunde der Literaturanalyse relevant, welche aufzeigen, dass viele zugezogene Pflegekräfte von Unsicherheiten bzgl. der ihnen im Ankunftsland begegnenden beruflichen Handlungszuschreibungen berichten. Daraus folgt für die vorliegende Studie, dass für die Ausgestaltung einer Position neben den von außen definierten Anforderungen immer auch eigendefinierte Vorstellungen, Interessen und Zielsetzungen relevant werden. Wird den zugezogenen Pflegenden im Arbeitsalltag über die bereits bestehenden Verhaltensanweisungen hinaus Handlungsspielraum für Eigenleistungen eingeräumt, dann hat neben den von außen an das Individuum herangetragenen Zuschreibungen auch die jeweilige eigene Handlungslogik Einfluss auf die Ausübung der beruflichen Rolle. Diese äußert sich letztlich durch das berufliche Handeln des Individuums im täglichen Arbeitsvollzug.

Die vorausgegangenen Ausführungen verdeutlichen, dass die zuziehenden Pflegenden nicht zwangsweise den fremddefinierten Handlungserwartungen im Ankunftsland und einer passiven Rollenkonformität verpflichtet sind. Zusätzlich bestehen immer auch – mal kleinere, mal größere – Spielräume für kreative Eigenleistungen bei der Ausübung der beruflichen Rolle. Diese potentiellen Wechselwirkungen zwischen heterogenen Vorstellungen bzgl. Zuständigkeiten und Tätigkeitsschwerpunkten werden mittels der nachfolgenden forschungsleitenden Fragestellungen in den Mittelpunkt der Arbeit gestellt. Konkret lauten die Forschungsfragen:

- *Welche Erfahrungen machen migrierte Pflegekräfte mit im Ausland erworbener Berufsqualifikation in der Auseinandersetzung mit dem Berufs- und Rollenverständnis in Deutschland?*
- *Wie beschreiben und bewerten sie notwendige Anpassungsleistungen bzw. ihren Beitrag zur Mitgestaltung ihrer beruflichen Rolle?*

Um das Verständnis für die Forschungsfragen weiter zu schärfen, folgen weitere Ausführungen: Grundlegend zielen die Fragen der zwei eng verknüpften Themenbereiche darauf ab, die subjektiven Erfahrungen des zugezogenen Pflegepersonals bezüglich der Auseinandersetzung mit dem deutschen Berufs- und Rollenverständnis zu betrachten, um ggf. als Erkenntnisgewinn identifizieren zu können, wie es Zugezogenen gelingt, sich in den Pflegeberuf in Deutschland einzugliedern. Zusätzlich wird fokussiert, welche Auswirkungen die zunehmende Arbeitsmigration in den Pflegeberuf für das Pflegewesen in Deutschland hat. Durch den ersten

Aspekt und die zuerst gestellte Fragestellung soll erforscht werden, welche Erfahrungen die zugezogenen Pflegenden in ihrem Arbeitsalltag in Deutschland bzgl. der Aufgabenzuschreibungen und Tätigkeitsschwerpunkte sammeln, welche durch das bereits etablierte Personal adressiert wird. Von Interesse ist daher, wie sich diese Anforderungen zu den jeweiligen eigenen Berufsvorstellungen verhalten. Dominieren Übereinstimmungen oder Unterschiede? Daran knüpft die zweite Fragestellung an. Durch diese wird sich auf potentielle Wechselwirkungen zwischen dem beruflichen Selbstverständnis der Zugezogenen und den Rollenzuschreibungen des Kollegiums in Deutschland konzentriert. Zu eruieren ist also, ob oder inwieweit die international ausgebildeten Pflegenden durch ihr Einmünden in das deutsche Pflegesystem Einfluss auf die kollektive Sichtweise sowie die Rollenzuschreibung des Pflegeberufs nehmen und somit der Pflegepraxis Entwicklungsimpulse geben können. Hierbei werden u. a. die theoretischen Vorannahmen über potentielle Entwicklungsmöglichkeiten von Organisationsrollen relevant.

Die Einnahme der Perspektive der migrierten Pflegekräfte mit im Ausland erworbener Berufsqualifikation dient einem Einblick in die Erfahrungswelten der Zugezogenen. Ihren Blickwinkel einzunehmen bedeutet dabei, ihre beruflichen Erfahrungen in Deutschland empirisch zu erheben, ihre besondere Situation im Arbeitsalltag sichtbar zu machen und sie als gleichwertige Mitglieder des Pflegeberufs wahrzunehmen. Insbesondere vor dem Hintergrund der steigenden Nachfrage nach qualifiziertem Pflegepersonal und der Notwendigkeit einer nachhaltigen Eingliederung in den Beruf gilt es, neuhinzukommende Perspektiven und Potentiale differenziert zu betrachten. Dies erscheint nicht nur im Sinne einer ressourcenorientierten, nachhaltigen und damit auch wertschätzenden Integration in den Pflegeberuf unabdingbar, sondern die Wahrnehmung und Auseinandersetzung mit internationaler Expertise kann gleichzeitig auch zur Weiterentwicklung von Pflegequalität eingesetzt werden. Daher wird den Erfahrungswelten und der Perspektive des migrierenden Pflegepersonals eine zentrale Bedeutung in der vorliegenden Studie beigemessen.

6 Methodisches Verfahren

In den folgenden Darlegungen wird die in der Untersuchung anzuwendende forschungspraktische Methodik beschrieben. Ziel ist es, die Methodenauswahl zu begründen sowie die entsprechenden Verfahren transparent darzustellen. Dafür werden die einzelnen Entscheidungsvorgänge während des Planungsprozesses und der Durchführung der Untersuchung beleuchtet. Deziert vorgestellt werden das Forschungsdesign (Kapitel 6.1), das Verfahren der Datenerhebung (Kapitel 6.2) sowie die Datenaufbereitung und -Analyse (Kapitel 6.3).

6.1 Forschungsdesign als methodologische Rahmung

Im Zentrum dieser Untersuchung stehen die Erfahrungswelten und die individuellen Sichtweisen der zugezogenen Pflegekräfte bezüglich ihrer gesammelten Erfahrungen in der Auseinandersetzung mit dem Arbeitsalltag des Pflegeberufs in Deutschland. Somit besteht das Ziel der Studie darin, die Lebenswirklichkeiten, die nach der Einmündung in den Pflegeberuf in Deutschland erlebt bzw. konstruiert werden, empirisch zu untersuchen und durch Interpretation und Bedeutungszuweisung zu rekonstruieren. Durch dieses Forschungsziel liegt bei dieser Studie eine „*entdeckende Forschungslogik*“ (Brüsemeister, 2008, S. 9) zugrunde. Das Prinzip der entdeckenden Forschungslogik ist neben dem explorativen Erkenntnisinteresse der Grund für die Auswahl eines vornehmlich induktiven und qualitativen Forschungsdesigns für die vorliegende Forschungsarbeit. Ein qualitatives Forschungsdesign bzw. die qualitative Ausrichtung dieser Studie ermöglichen Einblicke in die Erfahrungs- und Erlebniswelt der teilnehmenden zugezogenen Pflegekräfte. Bedeutungen oder Handlungen, die Menschen ihren Erlebnissen während der Generierung der verbalen Daten zuordnen, können in der Auswertung interpretativ verwendet und verarbeitet werden (Döring & Bortz, 2016). Dadurch hat qualitative Sozialforschung den Anspruch, „Lebenswelten «von innen heraus» aus Sicht der handelnden Menschen zu beschreiben. Dadurch will sie zu einem besseren Verständnis sozialer Wirklichkeit(en) beitragen und auf Abläufe, Deutungsmuster und Strukturmerkmale aufmerksam machen“ (Flick, von Kardorff & Steinke, 2008, S. 14). Demzufolge, so wird insbesondere durch die in Kapitel 5 explizierten Forschungsfragen ersichtlich, benötigt die vorliegende Studie ein qualitatives Forschungsdesign als ihre methodologische Rahmung.

6.1.1 Qualitatives Forschungsparadigma

In der einschlägigen Literatur für qualitative Sozialforschung werden dem qualitativen Forschungsparadigma fünf wesentliche wissenschaftstheoretische Grundprinzipien zugeschrieben (vgl. hierzu u. a. Döring & Bortz, 2016, S. 63ff). Diese Grundprinzipien geben auch der vorliegenden Studie die Ausrichtung vor und werden während des Forschungs- und Erkennt-

nisprozesses berücksichtigt. Nach Mayring (2002) zählen zu den fünf Prinzipien die *Subjektbezogenheit*, die *Deskription* des Gegenstandsbereichs, die *Interpretation* des Untersuchungsgegenstands, die Nähe zur *alltäglichen* Umgebung der Subjekte und die schrittweise Generalisierung als *Verallgemeinerungsprozess*. Im Folgenden werden diese Kategorien genauer beschrieben und bezüglich ihrer Anwendung in der vorliegenden Untersuchung beleuchtet.

Subjektbezogenheit als erster Grundsatz des qualitativen Forschungsdesigns meint, dass die Zielgruppe einer Studie immer den Ausgangspunkt und das Ziel der Untersuchung darstellen soll, damit sie nicht in den Hintergrund geraten (Mayring, 2002). Dies galt es auch bei den an der Studie teilnehmenden Pflegekräften einzuhalten, und entsprechend wurden die forschungsleitenden Fragestellungen der Untersuchung formuliert (s. Kapitel 5). Ebenfalls wurde das Prinzip der Subjektbezogenheit bei der Auswahl der nachfolgend beschriebenen Methoden für Datenerhebung (s. Kapitel 6.2) und Datenanalyse (s. Kapitel 6.3.2) berücksichtigt. *Deskription* des Gegenstandsbereichs als zweites Prinzip bedeutet, dass eine umfassende Beschreibung des Forschungsgegenstands immer der Datenerhebung und Auswertung vorausgegangen sein muss (Mayring, 2002). Dieser Beschreibung des Gegenstands dienen u. a. das zweite Kapitel, in welchem die Hintergründe der Arbeit dargestellt werden, die Literaturanalyse in Kapitel 3 und das theoretische Vorverständnis der Studie in Kapitel 4. Der dritte Grundsatz, die *Interpretation* des Untersuchungsgegenstands, verdeutlicht, dass der Forschungsgegenstand nie völlig offenliegt, sondern immer erst interpretativ erschlossen werden muss. Da Menschen immer auch mit ihren subjektiven Intentionen Gesprächssituationen annehmen, muss das Vorgebrachte bzw. das Rohdatenmaterial dementsprechend immer von den Untersuchenden durch Interpretation erschlossen werden (Mayring, 2002). Zudem können interpretative Verfahren nicht explizite oder teilweise schwer zu explizierende Inhalte aufdecken, welche dem Gesagten als Muster zugrunde liegen (Döring & Bortz, 2016). Um dem gerecht zu werden, wurden die Interviews entsprechend aufbereitet und nach einem einschlägigen Analyseverfahren ausgewertet (s. Kapitel 6.3). Des Weiteren wird mit dem Prinzip der Nähe zur *alltäglichen* Umgebung der Subjekte darauf hingewiesen, dass sozialwissenschaftliche Forschungsgegenstände möglichst immer in ihrem natürlichen und alltäglichen Umfeld und nicht während einer Laborsituation untersucht werden müssen, da Menschen im Labor anders als im Alltag reagieren (Mayring, 2002). Dementsprechend wurde für die vorliegende Untersuchung festgelegt, dass die Teilnehmenden den Ort des Interviews nach ihren Bedürfnissen entsprechend wählen konnten. Zudem wurde während der Datenerhebung darauf geachtet, keine Laborsituation entstehen zu lassen, indem die Interviewteilnehmenden während eines (so normalen wie möglichen) Gesprächs Einblicke in ihre Erfahrungs- und Erlebniswelt zuließen. Der fünfte Grundsatz des qualitativen Forschungsparadigmas, die schrittweise Generalisierung als *Ver*

allgemeinerungsprozess, meint, dass sich die Verallgemeinerung der Ergebnisse in der qualitativen Forschung nicht automatisch über bestimmte Verfahren, wie bspw. das der repräsentativen Stichprobe, garantieren lässt. Da in qualitativen Studien oftmals mit kleineren Fallzahlen als in der traditionellen Empirie der quantitativen Forschung gearbeitet wird, sind Thesen, warum und wofür das Ergebnis von Bedeutung ist, welche durch das Datenmaterial aufgestellt und geprüft werden, von größerer Relevanz für die Güte der Befunde als hohe Fallzahlen (Mayring, 2002). Auch in der vorliegenden Studie wurde dieses Prinzip berücksichtigt.

6.2 Datenerhebung

Kapitel 6.2 ist wie folgt untergliedert: Nachdem einem Einblick in die Vorbereitung auf die Datenerhebung (s. Kapitel 6.2.1) wird das Vorgehen bei der Gewinnung der Studienteilnehmenden (s. Kapitel 6.2.2) beschrieben. Daran knüpfen eine Beschreibung der Durchführung der Datenerhebung und ein Überblick über den Datenbestand (s. Kapitel 6.2.3) an.

6.2.1 Vorbereitung der Datenerhebung

Entlang der folgenden Schritte erfolgte die Vorbereitung auf die Datenerhebung. Diese beginnt mit der Auswahl des Erhebungsinstruments (s. Kapitel 6.2.1.1), setzt sich mit der Vorbereitung auf die Interviewsituationen fort (s. Kapitel 6.2.1.2) und schließt mit der Entwicklung des Interviewleitfadens (s. Kapitel 6.2.1.3).

6.2.1.1 Auswahl des problemzentrierten Interviews als Erhebungsinstrument

Die gewöhnliche Methode, um Informationen von Mitmenschen zu erhalten, ist der Weg der Konversation mit einer Dialektik bestehend aus Fragen oder Erzählstimuli und den entsprechenden Antworten. Auch in der Wissenschaft und besonders in der qualitativen Forschung haben verbale Datenerhebungen eine hohe Relevanz, um empirische Daten über das menschliche Denken, Erleben und Verhalten gewinnen zu können (Döring & Bortz, 2016; Kleeemann, Krähnke & Matuschek, 2013; Witzel & Reiter, 2012). Zwar gibt es mittlerweile eine Vielzahl von verschiedenen Interviewgrundtechniken, welche in der qualitativen Sozialforschung verwendet werden, jedoch vereint eine Besonderheit fast alle Interviewmethoden: Der Gesprächsverlauf und somit auch die inhaltliche Schwerpunktsetzung wird weniger durch die forschende Person als wesentlich durch die Interviewteilnehmenden gestaltet (Döring & Bortz, 2016).

Für diese Untersuchung wurde, bedingt durch das tendenziell eher eng gefasste Forschungsinteresse, für die Datenerhebung nach einem Instrument gesucht, welches die in Kapitel 5 beschriebenen spezifischen Problem- und Fragestellungen, welche die Erfahrungswel-

ten der Zugezogenen fokussierten, abbilden kann. So sollten u. a. auch das theoretische Vorverständnis sowie der aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisstand berücksichtigt werden können. Zusätzlich sollte durch das Datenerhebungsinstrument den Studienteilnehmenden ermöglicht werden, das Wort ergreifen zu können, um ihre Geschichten aus ihrer Perspektive erzählen zu können. Diese vorangestellten Kriterien erfüllte das maßgeblich von Witzel (1982) geprägte halbstandardisierte problemzentrierte Interview (PZI). Daher wurde das PZI als Erhebungsinstrument für die vorliegende Untersuchung herangezogen. Nachfolgend wird ein kurzer theoretischer Überblick über das PZI gegeben, wobei jedoch gleichzeitig der Auswahlprozess für das gewählte Verfahren offengelegt wird. Anschließend wird auch berücksichtigt, welche weiteren Methoden für die Datenerhebung erwogen, jedoch nicht ausgewählt wurden.

Mit dem PZI entwickelte Witzel (2000) ein Datenerhebungsverfahren, welches den vermeintlichen Gegensatz zwischen Theoriegeleitetheit und Offenheit aufzuheben versucht: Die Teilstrukturierung des Instruments und damit die grobe Vorgliederung der anzusprechenden Themen eröffnen die Möglichkeit, dass zwar das theoretische Vorwissen, welches in den Leitfaden einfließt, deduktiv genutzt werden kann, indem die Befragten mit diesen Themen in den Gesprächen konfrontiert werden, jedoch erfolgt die Erfassung des Interviewinhaltes offen und unvoreingenommen, da sich die Teilnehmenden zu jedem Thema frei äußern und ihre eigenen Schwerpunkte setzen können (Döring & Bortz, 2016). Somit eignet sich das PZI besonders als Erhebungsinstrument für die vorliegende Studie, welche aufgrund des in Kapitel 4 beschriebenen sensibilisierenden Konzepts nicht frei von theoretischen Vorüberlegungen ist. Des Weiteren stellt das PZI die Erfahrungen, Wahrnehmungen und Reflexionen der Befragten in den Mittelpunkt der Untersuchung und realisiert dadurch ein problemorientiertes Sinnverstehen (Döring & Bortz, 2016; Lamnek & Krell, 2016). Durch diese Konzentration auf die einzelnen Interviewteilnehmenden wurde auch in der eigenen Untersuchung eine Gesprächsstruktur möglich, mittels derer die Erfahrungswelten und Sichtweisen der migrierten Pflegekräfte eruiert werden konnten. Zusätzlich war es für die Beantwortung der Forschungsfrage bedeutsam, dass die an der Studie teilnehmenden Pflegenden gemäß der qualitativen Sozialforschung „nicht nur ein Untersuchungsobjekt, sondern auch ein erkennendes Subjekt“ (Lamnek & Krell, 2016, S. 44) darstellen. Ihre Erzählungen, Interpretationen und Bedeutungszuweisungen sind für die Empirie dieser Untersuchung wesentlich. Abbildung 8 verdeutlicht das Kontinuum, welches aus der dialogischen Rekonstruktion und Beantwortung der problembasierten Fragestellungen zwischen der interviewenden und der interviewten Person resultiert. Neben den beiden Gesprächsparteien zeigt die Abbildung auf, welche Vorkenntnisse in das Interview von beiden Seiten mitgebracht werden, und dass nur ein Austausch über die verschiedenen Konstrukte und Schwerpunktsetzungen zur Beantwortung der forschungsleitenden Fragestellung führen

kann. Zusätzlich führt dieser dialogische Ansatz für die Erhebungssituation dazu, dass Erfahrungen und Wahrnehmungen der Befragten in den Mittelpunkt der Untersuchung gerückt werden.

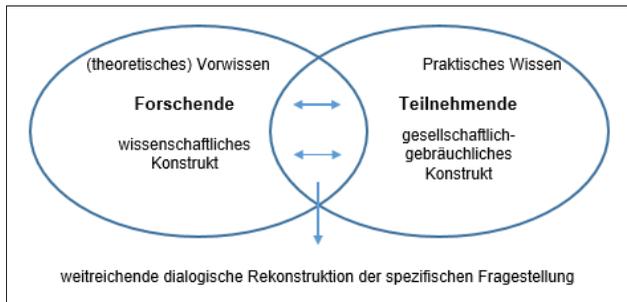


Abbildung 8: Dialogische Beantwortung der Forschungsfrage durch das PZI (eigene Darstellung in Anlehnung an Witzel & Reiter, 2012, S. 18)

Weiterführend soll in diesem Kapitel neben den Überlegungen, welche zu einer Entscheidung für das PZI als Datenerhebungsinstrument führten, auch Erwähnung finden, welche Techniken hingegen weniger geeignet für die vorliegende Untersuchung erschienen. Beispielsweise wurde auf eine Erhebung mit rein *narrativen Interviews* verzichtet, welche v. a. im Rahmen biografischer Forschung verwendet werden. Narrative Interviews können zwar einen noch offeneren Zugang zu subjektiven Erfahrungen ermöglichen als (teil-)standardisierte Interviews, denen zumindest partiell ein Frage-Antwort Schema zugrunde liegt, jedoch berücksichtigen sie dafür weniger theoretische Vorannahmen, welche jedoch in der hier vorgestellten Studie Beachtung finden sollten. Zudem verlangen narrative Interviews von den Interviewteilnehmenden, dass sie sich nicht von der „Verletzung der Rollenerwartungen an beide Beteiligte“ (Flick, 2017, S. 234) – es werden kaum Fragen im klassischen Sinn gestellt – irritieren lassen und dass sie Erzählen als gut beherrschte Alltagskompetenz aufweisen (Flick, 2017). Da die in dieser Untersuchung Interviewten nicht über Deutsch als Muttersprache verfügen, wurde die Nutzung der narrativen biografischen Interviews im Kontext dieser Arbeit als ungeeignet beurteilt. Zwar handelte es sich bei den Interviewteilnehmenden um eine gut abgrenzbare Gruppe (Mitglieder in Pflgeteams mit im Ausland erworbener Berufsqualifikation), jedoch erschien auch die *Gruppendiskussion/focus group* weniger geeignet für das Forschungsvorhaben. Ziel der Gruppendiskussion ist es, „die Daten, die darin erhoben werden, stärker zu kontextualisieren und eine alltagsnähere Interaktionssituation zu schaffen“ (Flick, 2017, S. 248f). Die dadurch zu erlangenden kollektiven Wissensbestände beziehen sich jedoch weniger auf die in dieser Untersuchung zu ermitteln versuchten individuellen Erfahrungen, Wahrnehmungen und Bedeutungsbeimessungen im beruflichen Pflegealltag. Deswegen

wurde auch das Gruppeninterview in diesem Fall nicht als die bestgeeignete Methode angesehen. Des Weiteren wurde das *Experten-Interview* als Erhebungsinstrument ausgeschlossen, da dieses die Teilnehmenden „auf den Status des <Sachverständigen> in einer bestimmten Funktion“ (Flick, 2017, S. 215) beschränkt. Da jedoch nicht Ziel der Interviews war, eingeschränkte Informationen zu einem bestimmten Sachverhalt zu erlangen, wurde sich gegen Experten-Interviews entschieden. Zudem werden die einzelnen Befragten auch nicht „als Repräsentant einer Gruppe (von bestimmten Experten [...])“ (Flick, 2017, S. 214) angesehen, sondern als Individuen, die verschiedenen Situationen eine jeweils individuelle Bedeutung beimessen.

6.2.1.2 Vorbereitung des problemzentrierten Interviews

Im Anschluss an die zuvor beschriebenen Überlegungen zum Auswahlverfahren des Erhebungsinstruments begann die Vorbereitungsphase auf die Datenerhebung mit dem PZI. Witzel und Reiter (2012) benennen zwei wichtige Aspekte für die Planung des Forschungsvorhabens. Demnach besteht beim PZI zum einen die Notwendigkeit, dass die dafür benötigten Instrumente entwickelt und getestet werden, und zum anderen ist es Aufgabe der Forschenden, sich mit ihrer Rolle im Forschungsprozess auseinandersetzen. Durch diese Vorbereitungen sollen die Rahmenbedingungen während der Datenerhebung möglichst gleich gestaltet werden. Dadurch können die Interviewsituationen weitestgehend identisch ablaufen, was die Vergleichbarkeit der Fälle bei der Analyse unterstützt (Renner, Heydasch & Ströhlein, 2012).

Gewöhnlich werden bei der Datenerhebung mit dem PZI vier Instrumente eingesetzt: Diese vier Instrumente sind ein Kurzfragebogen für die Erhebung von relevanten personenbezogenen Daten (s. Anhang A8), ein Interviewleitfaden (s. Anhang A9), die Aufzeichnungen der Gespräche sowie pro Interview ein Postskriptum, in welchen die Besonderheiten der Interviews festgehalten werden können (s. Anhang A10) (Döring & Bortz, 2016; Lamnek & Krell, 2016; Witzel, 2000; Witzel & Reiter, 2012). Auch für diese Studie wurden die vier Instrumente entwickelt. Nachfolgend wird ein kurzer Überblick über diese Hilfsmittel des PZI gegeben, dem sich eine kurze Beschreibung darüber anschließt, wie und wofür die Instrumente in der vorliegenden Studie eingesetzt wurden.

Der *Kurzfragebogen* (1) dient als standardisiertes Medium dazu, wichtige soziale Daten zu erheben und den zu Interviewenden eine erste Annäherung an den Inhalt des Interviews zu ermöglichen (Witzel & Reiter, 2012). In dieser Studie brachte der Kurzfragebogen zudem den Vorteil, dass wichtige personenbezogene Details bereits vor Beginn des Interviews beantwortet wurden, sodass der Einstieg ins Gespräch dadurch leichter fiel und das Interview weniger durch Ad-hoc-Zwischenfragen unterbrochen werden musste.

Als weiteres Hilfsinstrument des PZI ist der bereits erwähnte *Interviewleitfaden* (2) anzuführen. Dieser wird aus den Vorüberlegungen zum Problembereich entwickelt und dient im Interview als Gedächtnisstütze sowie der Orientierung (Witzel & Reiter, 2012). Diese Vorteile des Interviewleitfadens konnten auch für die eigene Untersuchung genutzt werden. Des Weiteren erlangte die Studie durch den Leitfaden die von Lamnek und Krell (2016) als hilfreich beschriebene Semistrukturierung. Diese ermöglichte eine Eingrenzung der Thematik und eine gewisse Vorstrukturierung des Gesprächsverlaufs, jedoch konnten die Studienteilnehmenden zudem durch offen gestellte Fragestellungen ihre Erfahrungen frei erzählen und nach ihren subjektiven Deutungen vorstellen. Zudem bot die Semistrukturierung den Vorteil, dass dadurch die Vergleichbarkeit der Interviews erleichtert wurde. Dies wurde u. a. bei der gewählten Analyseverfahren (s. Kapitel 6.3.2) bedeutsam.

Die *Interviewaufnahme* (3) als drittes Instrument des PZI dient der Sicherung des Gesprächs und schafft die Möglichkeit der vollständigen Transkription der Interviews im Anschluss an die Aufzeichnung (Witzel & Reiter, 2012). Auch in der vorliegenden Untersuchung wurden die Gespräche per Diktiergerät aufgenommen, die Interviewteilnehmenden vorab über die Aufzeichnung informiert und ihre Zustimmung per Einverständniserklärung festgehalten.

Im Anschluss an die Interviewtreffen können seitens der Interviewenden im *Postskriptum* (4) Angaben über die Geschehnisse vor, während und nach dem Interview festgehalten werden. Auch können die Gesprächsatmosphäre sowie weitere Rahmenbedingungen beschrieben werden und in die Analyse einfließen (Lamnek & Krell, 2016; Witzel & Reiter, 2012). Auch in der vorliegenden Studie wurden die Postskripte nach der Verabschiedung der Interviewteilnehmenden nach den genannten Kriterien angefertigt.

Des Weiteren beschreiben Witzel und Reiter (2012) neben der Vorbereitung der vier Instrumente des PZI, dass sich die Interviewenden vor der Führung der Interviews mit ihrer Rolle im Forschungsprozess auseinandersetzen müssen. Sie verweisen diesbezüglich auf die Rolle eines „well-informed traveller“ (Witzel & Reiter, 2012, S. 2). Dies bedeutet, dem Bild einer oder eines Reisenden entsprechend, vor der Reise Informationen über das Ziel zu sammeln und Prioritäten zu setzen, jedoch den genauen Verlauf und die Entdeckungen der Reise abhängig vom Insider-Wissen der Einheimischen zu machen. Für die vorliegende Untersuchung bedeutet *well-informed travelling*, dass zwar die inhaltlichen und theoretischen Vorbereitungen in den Interviewleitfaden eingeflossen sind und somit die Themen des Leitfadens auf das theoretische Vorwissen rekurrieren, jedoch die Forschungsergebnisse von den Ausführungen der Interviewteilnehmenden abhängen und durch sie bestimmt werden.

Zudem wurde bezüglich der Datenerhebung für die vorliegende Untersuchung geplant, dass der Interviewkontakt möglichst persönlich und *face to face* stattfinden sollte, um bei ggf. auftretenden Sprach- und Verständnisschwierigkeiten nonverbale Kommunikation – wie bspw.

Gestik und Mimik – oder auch digitale Online-Übersetzungsprogramme zur Verständigung nutzen zu können. Um einen ersten Eindruck vom zu erforschenden Feld zu erlangen, wurde vor der eigentlichen Datenerhebung ein Pretest durchgeführt. Dadurch konnten der entwickelte Leitfaden sowie die weiteren Instrumente des PZI erprobt und modifiziert werden. Im Pretest wurden die Anordnung der Themen, der Erzählstimulus sowie die Interviewfragen hinsichtlich ihrer Verständlichkeit getestet. Für die vorliegende Untersuchung wurden die Instrumente durch eine Befragung von zwei deutschen Pflegefachkräften, die zum Zeitpunkt der Testung im Ausland arbeiteten, validiert.

6.2.1.3 Entwicklung des Interviewleitfadens

Da der Interviewleitfaden für das PZI von besonderer Relevanz ist, wird im Folgenden dessen Gestaltung beschrieben. In erster Linie diente der entwickelte Leitfaden als eine Gedächtnisstütze, um während des Gesprächs abzugleichen, ob alle als relevant angesehenen Themen bzw. die dazu entwickelten Fragen im Gespräch von den Interviewten beantwortet wurden. Um diese Überprüfung auf Vollständigkeit zu vereinfachen und um der verbalen Datenerhebung eine zusätzliche Struktur zu geben, wurde der Interviewleitfaden in vier Phasen gegliedert. Diese Phasen orientieren sich an die diesbezüglich von Witzel (2000; 2012) angestellten Überlegungen zum PZI.

Als einleitende und gesprächseröffnende Phase wurde während der Pretestung die folgende Erzählaufforderung vorformuliert. Sie konnte in diesem Wortlaut während der Erhebung bei fast allen Interviews eingehalten werden.

- *Ich möchte Sie bitten, mir von Ihren Erfahrungen in der Pflege in Deutschland zu erzählen. Beginnen Sie bei Ihrer Erzählung, wo Sie möchten. Erzählen Sie mir ruhig alles, was Sie wichtig finden. Ich interessiere mich für Ihre ganz persönliche Geschichte. Ich höre erst einmal nur zu, mache mir ein paar Notizen und unterbreche Sie nicht.*

Die erste Erzählaufforderung, so betonen Witzel und Reiter (2012) und auch Flick (2017), ist für die Interviewsituation von zentraler Bedeutung, da durch sie für die Interviewteilnehmenden Raum für deren subjektive Problemsicht geschaffen wird. Durch den vorangestellten Erzählstimulus, welcher als offen gestellte Eingangserzählaufforderung formuliert wurde, sollten auch die Interviews dieser Studie narrative Anteile erhalten. Zudem sollte den Interviewteilnehmenden die Möglichkeit eröffnet werden, ihre eigenen Relevanzsetzungen in den Gesprächen darzulegen. Bei der Formulierung des Stimulus wurde der Hinweis von Flick (2017) beachtet, dass zu unpräzise gestellte Erzählaufforderungen dazu führen können, dass Erzählungen sprunghaft und thematisch irrelevant blieben. Die Erzählaufforderung müsse thematisch zwar breit, jedoch so spezifisch formuliert werden, dass darin der für die Untersuchung relevante Lebensabschnitt anvisiert werde.

Nach dem Intervieweinstieg folgte die Vertiefung der eingangs erwähnten relevanten Themen. Durch Vertiefungsfragen, welche sich an den Ausführungen der Interviewteilnehmenden orientierten und der allgemeinen Sondierung dienten, wurde an dieser Stelle die sukzessive Offenlegung der Problemsicht erarbeitet (Witzel, 2000). Die Erzählungen aus dem Pretest, welche auf den Erzählstimulus folgten, dienten der Erstellung möglicher Vertiefungsfragen, indem die hierbei relevanten thematischen Aspekte aufgegriffen wurden. Das forschungspraktische Ziel der nachfolgenden Fragen war es, inhaltlich ausführlichere Darstellungen der subjektiv erlebten Erfahrungswelten im Pflegealltag sowie persönliche Relevanzsetzungen der Befragten anzuregen. Durch auf die Fragen folgende Narrative konnten bereits Hinweise darüber erlangt werden, welche Erlebnisse den Zugezogenen im Pflegealltag besonders bedeutsam erschienen. Folgende weiterführende Themen und entsprechende Vertiefungsfragen wurden in den Leitfaden aufgenommen und dienten während der Gespräche als Anhaltspunkte:

- *Der erste Tag in der Pflege in Deutschland: Wie war der erste Tag für Sie? Was haben Sie an dem Tag erlebt? Wie hat man auf Sie reagiert?*
- *Vorstellungen und Erwartungen: Gab es Unterschiede zwischen Ihrer Vorstellung/ Ihren Erwartungen von der Pflege in Deutschland und der Wirklichkeit im Pflegealltag in Deutschland? Können Sie von einem konkreten Beispiel erzählen?*
- *Unterschiede: Was sind für Sie die größten Unterschiede in Bezug auf die Arbeit zwischen Ihrem Herkunftsland und Deutschland?*

Neben dem Pretest wurden auch in fast allen für die Untersuchung geführten Interviews mit nach Deutschland zugezogenen Pflegenden die genannten Vertiefungsthemen angesprochen, sodass sich die Relevanz dieser Fragen während der Datenerhebung bestätigte.

Nach der Vertiefung der angesprochenen Themen folgte die zweite Phase des Interviews. Diese Phase beinhaltete weiterführende Fragen zur aktuellen Situation im Pflegeberuf in Deutschland. Nach dem offenen Intervieweinstieg erhielten die Gespräche an dieser Stelle einen etwas strukturierteren Charakter. Jedoch ist der Leitfaden weiterhin als „flexible Checkliste“ (Kleemann et al., 2013, S. 208) zu verstehen und die vorformulierten Fragen wurden während der Interviews nur gestellt, wenn sie nicht zuvor bereits thematisiert bzw. beantwortet wurden. Diese Interviewphase hatte zum Ziel, weitere Erzählungen aus dem Arbeitsalltag zu generieren, um im weiteren Verlauf Kontextbezüge herstellen zu können. Dabei war es hilfreich, nach konkreten Beispielen und Erlebnissen zu fragen. Die nachfolgenden im Leitfaden vermerkten Fragen ergaben sich vornehmlich aus den Ergebnissen der Literaturrecherche.

- *Sie haben gerade schon Unterschiede in der Pflegepraxis zwischen Herkunftsland und Deutschland beschrieben. Damit ich mir das besser vorstellen kann: Wie sieht bei Ihnen*

ein normaler Arbeitstag aus? Was machen Sie so normalerweise und in welchen Situationen erleben Sie Unterschiede?

- *Gab es Situationen, in denen Sie aufgefordert worden sind, Aufgaben zu erledigen, bei denen Sie sich nicht wohlfühlt haben (beruflich oder persönlich)? Wie sind Sie damit umgegangen? Haben Sie Unterstützung erhalten?*

Im Mittelpunkt der vorangestellten Fragen stand, Wissen über erlebte Unterschiede zwischen Herkunftsland und Deutschland zu erlangen. Ziel war es, über die auf die Fragen hin geäußerten erlebten Unterschiede Hinweise auf die Rollenvorstellungen der Zugezogenen zu erhalten bzw. Rückschlüsse auf deren berufliche Selbstverständnisse ziehen zu können.

Anschließend wurden für die dritte Phase des Interviews Fragen entwickelt, welche auf verschiedene Einschätzungen der Zugezogenen über die Pflege in Deutschland abzielten. Dafür wurden Ad-hoc-Fragen notwendig, mit denen im Interview Themen angesprochen werden konnten, die die Interviewten zunächst ausgeklammerten. Diese Ad-hoc-Fragen dienten der Vergleichbarkeit der Interviews (Witzel, 2000; Witzel & Reiter, 2012). Sie wurden erst am Ende des Gesprächs gestellt, um nicht vorher im weitestgehend narrativen Hauptteil des Interviews den Erzählfluss der Teilnehmenden zu stoppen. Für diese dritte Phase der Interviews wurden die nachfolgenden Fragen entwickelt, welche schwerpunktmäßig der Erhebung von erlebten Potentialen und Zurückweisungen der Befragten dienen sollten.

- *Gibt es bestimmte Fähigkeiten oder Wissen, dass für Sie hilfreich gewesen wäre zu lernen, bevor Sie hier in der Pflege anfangen zu arbeiten?*
- *Gibt es spezifische pflegerische Aufgaben, die Sie nicht mehr durchführen, sodass Sie Ihre pflegerischen Fähigkeiten nicht mehr einsetzen können? (→ Haben Sie trotzdem die Möglichkeit, Ihr Wissen im Pflegealltag einfließen zu lassen?)*
- *Was glauben Sie, müssen hier die Pflegeleitungen über internationale Mitarbeitende wissen, damit sie Ihnen helfen können, sich hier gut in das Team einzugliedern?*
- *Wenn Sie in der Position Ihres/Ihrer Vorgesetzten (Stationsleitung - Bereichsleitung - Pflegedirektion) wären, gäbe es etwas, was Sie anders machen würden?*
- *Wenn ich eine PK aus Ihrem Herkunftsland wäre und in Deutschland arbeiten wollen würde, welche Tipps würden Sie mir geben wollen?*

In dem Fall, dass durch die Ad-hoc-Fragen neue Themen angesprochen wurden, erfolgten auch an dieser Stelle erneut weiterführende Fragen, welche sich an dem Muster der Vertiefungsfragen orientierten und einem besseren Verständnis der Situation dienten.

Die vierte Phase des Interviews stellt dessen Gesprächsabschluss dar. Die Teilnehmenden wurden gefragt, ob für sie ein entscheidendes Thema ausgelassen wurde. So sollte vermieden werden, dass weiterer Gesprächsbedarf bestand und übersehen wurde. Folgende Frage diente dem Gesprächsabschluss:

- *Ist in dem Interview noch etwas offengeblieben oder wurde noch nicht angesprochen, von dem Sie mir gerne noch erzählen möchten?*

Nach Abschluss dieser Frage und gelegentlichen weiteren Ausführungen wurde mit Ankündigung das Aufnahmegerät offiziell ausgeschaltet.

6.2.2 Gewinnung der Studienteilnehmenden

Die folgenden Ausführungen thematisieren die Gewinnung der Studienteilnehmenden für die vorliegende Untersuchung. Dabei wird abgebildet, welche Ein- und Ausschlusskriterien für die Studienpopulation festgelegt wurden (s. Kapitel 6.2.2.1), über welche Kanäle die Gewinnung der Teilnehmenden stattfand (s. Kapitel 6.2.2.2) und welche Überlegungen im Vorfeld zur Forschungsethik und den Datenschutzbestimmungen bestanden und wie diese im Forschungsprozess berücksichtigt werden konnten (s. Kapitel 6.2.2.3).

6.2.2.1 Ein- und Ausschlusskriterien der Teilnehmenden

Lamnek und Krell (2016) heben bei der Auswahl der Studienpopulation für die qualitative Sozialforschung die Wichtigkeit hervor, die Teilnehmenden nach dem Forschungsinteresse auszuwählen. Die Auswahl der Teilnehmenden begründet sich folglich durch die forschungsleitenden Fragestellungen und dem Ziel der Untersuchung. Dies kontrastiert zu quantitativen Forschungsansätzen, in welchem die Untersuchungsperspektive „auf die statistisch-bevölkerungsrepräsentative Auswahl als Basis generalisierender Aussagen gerichtet ist“ (Lamnek & Krell, 2016, S. 672). Da sich die vorliegende Studie dem qualitativen Paradigma zuordnen lässt und für die Untersuchung gezielt nach Studienteilnehmenden gesucht wurde, mit deren Erfahrungen und Geschichten „genügend Fallmaterial“ (Brüsemeister, 2008, S. 173) gesammelt werden konnte, beeinflussten die vorangestellten Anmerkungen von Lamnek und Krell (2016) zur Auswahl des Samples den Feldzugang der eigenen Untersuchung.

Für die Beantwortung der in Kapitel 5 formulierten Forschungsfragen sollten zugezogene Pflegekräfte interviewt werden, welche ihre Berufsqualifikation im Ausland erworben und eine Pflegetätigkeit in Deutschland aufgenommen haben. Die Herkunftsländer der Migrierten stellten für die Studienteilnahme keine Limitation dar, sodass Interessierte aus der EU sowie den Drittstaaten berücksichtigt wurden. Diese Entscheidung wurde getroffen, da es Ziel der Arbeit war, eine praxisnahe Wirklichkeit abzubilden, in welche eben nicht nur migrierte Pflegende einer bestimmten Gruppe oder Nationalität eintreten. Vor Beginn der Datenerhebung wurde

zudem festgelegt, dass die Teilnehmenden seit mindestens ein bis zwei Jahren in der Pflege in Deutschland arbeiten sollten, damit es ihnen während der Interviewsituation möglich war, von ihren Erfahrungen retrospektiv und rekonstruktiv zu erzählen. Der Abstand von mindestens ein bis zwei Jahren zwischen Aufnahme der Tätigkeit im Zielland und dem Interview wurde aufgrund der Annahme festgelegt, dass die zu erforschenden Rollenaushandlungsprozesse besonders während der ersten Zeit im neuen Team stattfinden. Mit der genannten Zeitspanne sollte sichergestellt sein, dass die Teilnehmenden ihre Erfahrungen in der Pflege in Deutschland bereits reflektieren konnten und die Ausführungen so für die Analyse reichhaltig genug wurden. Des Weiteren war Arbeitserfahrung im Herkunftsland wünschenswert, jedoch kein entscheidendes Ein- oder Ausschlusskriterium. Auch wurde für die Teilnehmenden keine Altersspanne bzw. ein Mindest- oder Höchstalter festgesetzt, welches den Ein- oder Ausschluss reglementierte. Ferner war es für die Aufnahme in das Sample nicht relevant, in welcher Position und in welchem Setting die im Ausland ausgebildeten Pflegekräfte in Deutschland zum Zeitpunkt des Interviews arbeiteten und wie sich diese zu den ursprünglich im Herkunftsland erlernten Tätigkeitsschwerpunkten und erworbenen Positionen verhielten. Ausschließlich privat geschlossene Arbeitsverhältnisse – z. B. Live-in-Care (= 24-Stunden-Pflege) – sowie die Arbeit im häuslichen Umfeld der zu Pflegenden – z. B. die Tätigkeit in einem ambulanten Pflegedienst – stellten Ausschlusskriterien für eine Teilnahme an der Studie dar. Festgelegt wurde dies, da Pflegekräfte in diesen Settings weitestgehend eigenständig und ohne direkten Kontakt zu anderen Pflegenden arbeiten und somit ihre Rolle weniger in einem Team verhandeln müssen. Dadurch entstehen für sie weniger Auseinandersetzungs- und Explorationserfordernisse im Arbeitsalltag. Für die Studie relevante Arbeitgeber waren folglich Krankenhäuser und verschiedene pflegerisch geprägte Einrichtungen, sodass sowohl das stationäre klinische als auch das Feld der Altenpflege in der Studie berücksichtigt wurde. Wichtig war zusätzlich, dass die Interviews in deutscher Sprache geführt werden konnten. Hierfür wurde zur Orientierung das Sprachniveau der Stufe B2 nach dem gemeinsamen Europäischen Referenzrahmen für Sprachen (CEF) genannt, welches in den meisten Fällen für die zuziehenden Pflegenden auch als Deutschkenntnisse-Nachweis zur Berufsanerkennung erforderlich ist (u. a. Stremmlau & Bartels, 2012). Tabelle 2 fasst die zuvor beschriebenen Ein- und Ausschlusskriterien der Studie zusammen.

Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien für die Studienteilnehmenden

Einschluss	Ausschluss
Migrierte Pflegekräfte mit im Ausland erworbenen Berufsqualifikationen	Zugezogene Pflegekräfte, welche Pflegearbeit ohne Berufsqualifikation leisten
> 1-2 Jahre Arbeitserfahrung in der Pflege in Deutschland	< 1Jahr Arbeitserfahrung in der Pflege in Deutschland
Arbeitsplatz ist im Krankenhaus oder in einer (Alten-)Wohneinrichtung	Arbeitgeber ist eine Privatperson oder ein ambulanter Pflegedienst (Häusliche Pflege, Live-in-Pflegearbeit)

6.2.2.2 Organisation und Gestaltung des Feldzugangs

Nach der Festlegung der Ein- und Ausschlusskriterien für die Studienteilnehmenden wurde die Organisation und Gestaltung des Feldzugangs geplant. Dieser Schritt beinhaltet die Überlegungen zur Samplestruktur, zur Strategie beim Vorgehen und zur Vorbereitung auf den Kontakt zu potentiellen Teilnehmenden.

Um für die Studie Teilnehmende zu finden, mit deren Interviews Antworten auf die forschungsleitenden Fragestellungen gefunden werden können, wurden einige organisatorische Entscheidungen getroffen: Für die Fallzahlen der Studie wurde geplant, dass insgesamt etwa 10 bis 12 Interviews geführt werden sollen. Dabei sollten jeweils etwa gleich viele Befragungen mit Teilnehmenden aus dem klinischen Setting und der Altenpflege geführt werden. Hinsichtlich der Unterteilung in verschiedene Herkunftsländer wurde zudem geplant, dass sowohl bei den Arbeitnehmenden in den Kliniken als auch bei den in Heimen beschäftigten Pflegekräften etwa gleich viele Pflegenden aus EU und Drittländern berücksichtigt werden sollten. Folglich resultierten aus dieser Einteilung vier verschiedene Interviewgruppen: Pflegenden aus der EU in Kliniken; Pflegenden aus der EU in Heimen; Pflegenden aus Drittstaaten in Kliniken und Pflegenden aus Drittstaaten in Heimen. Durch diese vier genannten Interviewgruppen sollte das heterogene Bild der Arbeitsmigration in den Pflegeberuf in der Studie abgebildet werden. Diese Überlegungen zur Samplestruktur orientieren sich am „Sampling mit vorab festgelegten Gruppen“ (Brüsemeister, 2008, S. 172). Um nach der Erhebung in der Datenanalyse alle vier genannten Gruppen genauer betrachten und sie ggf. vergleichen zu können, sollten pro Gruppe etwa 2 bis 3 Interviews geführt werden. Da sich im Sinne der Forschungsfragen und der methodischen Planung der Studie allerdings in erster Linie „für spezielle Erfahrungen von

einzelnen Menschen interessiert“ (Ritschl & Stamm, 2016, S. 79) wurde, war es für die Erhebung bedeutender, die Studieninteressierten aufgrund der Reichhaltigkeit ihrer Erfahrungen und ihrer unterschiedlichen Geschichten in das Sample aufzunehmen, als sich an eine stringente Einhaltung der genannten Fallzahlen zu halten. Um durch die Interviews nach und nach immer noch neuen Erkenntnisgewinn generieren zu können, wurde geplant, die Studienteilnehmenden sukzessive im Zuge der Datenerhebung für die Untersuchung zu gewinnen.

Für den Zugang zum Feld bzw. für die Kontaktaufnahme mit Institutionen und den dort beschäftigten und geeigneten Pflegekräften wurde viel Zeit eingeplant (min. 6 und max. 12 Monate). Der dafür vorgesehene Zeitraum erstreckte sich von November 2017 bis Oktober 2018. Durch diesen langen Zeitraum sollte einerseits genügend Zeit für den Zugang bzw. die Kontaktaufnahme mit der Zielgruppe eingeplant werden und andererseits sollten die potentiellen Interviewteilnehmenden auch genügend Zeit erhalten können, um sich über die Studie zu informieren und mit einer möglichen Teilnahme auseinandersetzen zu können. Dafür wurden für die Freiwilligen und für mögliche sog. Gatekeeper (vgl. hierzu u. a. Breidenstein, Hirschauer, Kalthoff & Nieswand, 2013, S. 52) Informationsmaterialien (s. Anhang A2 und A3) verfasst und ein Informationsflyer (s. Anhang A4) gestaltet. Erst nach dem Erhalt der Unterlagen und einer Einwilligung vonseiten der Interessierten erfolgte die Terminabsprache für die Durchführung des Interviews. Gerade durch die beruflichen Verpflichtungen im Schichtdienst und durch weitere bekannte Termine der Zielgruppe wie bspw. Sprachkurse oder Anerkennungslehrgänge wurde angenommen, dass die Terminfindung erschwert sein könnte. Auch dafür sollte in dem für den Feldzugang vorgesehenen Zeitraum Zeit eingeplant sein. Zusätzlich wurde berücksichtigt, da keine Limitationen in Bezug auf Bundesländer und Regionen gesetzt wurden, dass evtl. auch etwas Zeit für Forschungsaufenthalte (ggf. mit Übernachtung) anfallen konnte. Auch Breidenstein et al. (2013) weisen für Datenerhebungen mit besonderen Zielgruppen darauf hin, dass, um die Eigenheiten der Gruppe zu verstehen, genügend Zeit eingeplant werden sollte, um sich im Forschungsfeld orientieren zu können.

Um diese Überlegungen bezüglich der Kontaktaufnahme zu den migrierten Pflegenden mit im Ausland erworbener Berufsqualifikation in die Praxis zu überführen, wurde eine mehrschrittige Strategie entwickelt, durch die das forschungspraktische Vorgehen eine Struktur erhalten und der Feldzugang transparent gestaltet werden sollte. In Abbildung 9 wird das Vorgehen schrittweise veranschaulicht. Anschließend, im weiteren Verlauf des Kapitels werden die einzelnen Schritte erläutert.

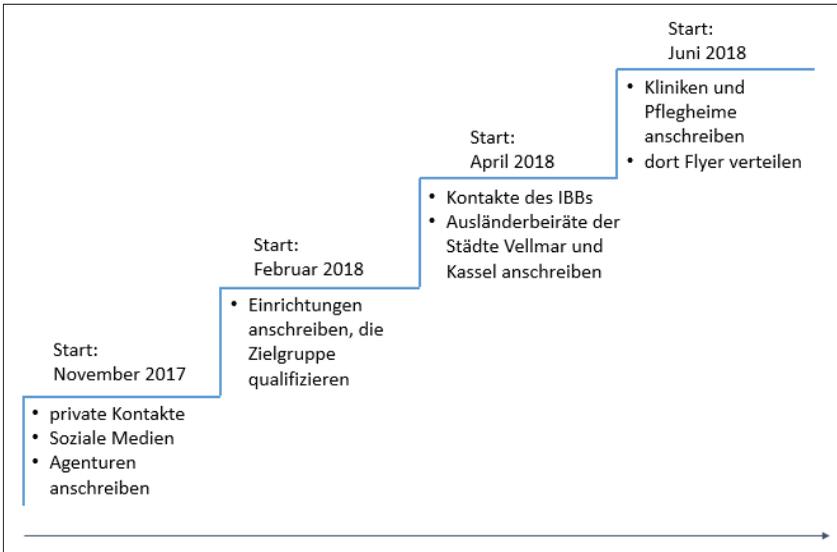


Abbildung 9: Stufenschema zur Organisation des Feldzugangs

Ende 2017 (November 2017) wurden erste private Kontakte, v. a. aus der Zeit der eigenen praktischen Tätigkeit in der Pflege genutzt, um zu erfahren, ob bereits jemand mit der Zielgruppe der Studie in Berührung gekommen war bzw. ob bereits Kontakte zu potentiell interessierten Studienteilnehmenden bestanden. Schnell wurde dieses Vorgehen auf die sozialen Medien ausgeweitet. Dafür wurde ein Studienaufruf in entsprechenden Netzwerken sowie in (geschlossenen) pflegespezifischen Gruppen mit der Bitte um Weiterleitung verbreitet. Durch die Nutzung der privaten Möglichkeiten sollte ein erster Zugang zum Feld hergestellt werden, aus welchem sich im Sinne eines Schneeballprinzips weitere potentielle Interviewteilnehmende finden ließen. Auch Breidenstein et al. (2013) weisen darauf hin, dass ein Feldzugang, welcher über persönliche Beziehungen abgewickelt wird, leichter zu bewältigen sei. Demzufolge wurde dieser Schritt als Ausgangspunkt des Zugangs gewählt. Anschließend wurden zudem per E-Mail Agenturen angeschrieben, welche sich auf die Fachkräfterekrutierung aus dem Ausland und der Vermittlung in Deutschland spezialisiert hatten. Der zweite Schritt der Organisation des Feldzugangs diente einem noch gezielteren Vorgehen. Es wurden Verantwortliche von Einrichtungen kontaktiert, in denen migrierte Pflegende Deutschkurse belegen oder Vorbereitungskurse auf die Kenntnis- und Eignungsprüfung oder auch Anpassungslehrgänge besuchen. Da sich viele Pflegekräfte diese Vorbereitungszeiten finanzieren, indem sie bereits als Hilfskräfte im Pflegewesen arbeiten, wurde sich auch durch diesen Schritt erhofft, passende Teilnehmende für die Studie zu finden. Übersichten über solche Einrichtungen waren auf den Websites der IQ-Netzwerke der Bundesländer gelistet. Zudem wurde während

dieser Phase ein pflegespezifischer Berufsinformationstag besucht, auf welchem Personalverantwortliche von Kliniken und weiteren pflegerischen Einrichtungen um potentielle neue Mitarbeitende warben.

Im nächsten Schritt, dieser Kontakt entstand aus der ersten Phase der Planung, wurden zwei Ausländerbeiräte in der Nähe des eigenen Arbeitsplatzes kontaktiert. Dieser Kontaktaufnahme entstammte auch die Einladung und Möglichkeit, das Promotionsvorhaben und somit auch den Studienaufruf im großen Plenum des einen Beirats vorzustellen. Dieser Termin unterstützte maßgeblich die Akzeptanz im Feld. Zudem wurde etwa zeitgleich auf die Möglichkeit zurückgegriffen, einige Personen des Universitäts-Instituts, in dem die Verfasserin derzeit beschäftigt ist, zu kontaktieren, welche aus früheren Kooperationen bereits bekannt waren. Dies hatte den positiven Effekt, dass Gatekeeper gewonnen werden konnten, welche weitere Zugänge zum Feld schufen. Falls anschließend noch weitere Teilnehmende für die Studie gesucht würden, wurde im nächsten Schritt beabsichtigt, einigen Pflegedirektionen von Kliniken und Pflegeheimen direkt Informationen über die Studie zuzusenden. Auch wurde die Möglichkeit in Betracht gezogen, die erwähnten Informationsmaterialien direkt in den Einrichtungen vor Ort auszulegen, um dort Werbung für das Forschungsvorhaben zu machen. Insgesamt sollten bei dieser Planung die begonnenen Schritte parallel weiter nebeneinander herlaufen (s. den Pfeil unten in Abbildung 9).

Bei der Ausführung der geplanten Strategie des Feldzugangs war es für das gewählte Forschungsdesign wesentlich, dass an den Interviews Menschen teilnahmen, die gerne von ihren besonderen Erfahrungen im Pflegeberuf in Deutschland berichteten. Auch darauf musste während des Feldzugangs Rücksicht genommen werden. Dieses Anliegen wurde bei der Kontaktaufnahme formuliert. Häufig erfolgte der Zugang zum Feld nach einer Kontaktaufnahme zu Gatekeepern über die direkte mündliche oder schriftliche Ansprache. In mehreren Fällen war es hilfreich, wenn eine dritte Person (entweder Gatekeeper oder der Schneeballeffekt) die potentiellen Teilnehmenden auf die Studie verwies, da so einfacher ein vertrauensbasiertes Fundament für ein Interview geschaffen wurde.

Des Weiteren stellte die eigene Vorbereitung auf den Kontakt zur Zielgruppe einen wesentlichen Schritt in der Organisation und Gestaltung des Feldzugangs dar. Dies erschien relevant, da die zu Interviewenden als Angehörige einer besonderen Population mit entsprechend spezifischen Bedürfnissen eingeschätzt wurden: Dazu zählte u. a., dass die Teilnehmenden (oder die Mehrheit der potentiellen Studieninteressenten) nicht Deutsch als Muttersprache erlernt hatten und sich teilweise noch in der Situation befanden, ihre ausländische Qualifikation noch nicht in Deutschland anerkannt bekommen zu haben. Zusätzlich bestand zu diesem Zeitpunkt kaum persönlicher Kontakt zur Zielgruppe, sodass diese noch weitestgehend unbekannt war. Aufgrund dieser Besonderheiten erschien es erforderlich, sich gezielt auf

den Kontakt vorzubereiten. An erster Stelle wurde dafür in entsprechender Literatur nach Informationen und Empfehlungen recherchiert, welche Hinweise auf die Besonderheiten bei Datenerhebungen mit vulnerablen und zuvor kaum bekannten Zielgruppen lieferten. Zwar konnten in den Werken von Breidenstein et al. (2013) und Lamnek und Krell (2016) einige Hinweise auf potentielle Herausforderungen bei dem Kontakt zum zu erforschenden Feld nachgeschlagen werden, jedoch waren für diese Erschwernisse in der Literatur kaum relevante Lösungsvorschläge identifizierbar. Lamnek und Krell (2016) führen bspw. aus, dass für den Feldzugang eine Vertrauensbasis von zentraler Bedeutung sei. Sie schlagen vor, Kontaktpersonen einzubeziehen, welche den Zugang zu geeigneten Zielpersonen herstellen können. Diese Überlegung wurde jedoch bereits zuvor ohnehin bei der Planung berücksichtigt. Zudem verweisen Lamnek und Krell (2016) auf den Umstand, dass Migrierende in der qualitativen Sozialforschung als ethnische Minderheiten betrachtet werden und aufgrund „mangelnder Sprachkenntnisse auf Seiten der Zielpersonen wie auf Seiten der Forscher“ (Lamnek & Krell, 2016, S. 680) lange Zeit kaum Berücksichtigung fanden, da sie in der Wissenschaft als „Problemgruppe“ (Lamnek & Krell, 2016, S. 680) angesehen wurden. Aufgrund dieser Herausforderungen, welche beim Feldzugang mit der zur erforschenden Gruppe auftreten können, verweisen Breidenstein et al. (2013) darauf, dass in den entsprechenden Studien selten detaillierte Forschungspläne eingehalten werden können. Sie empfehlen, Flexibilität im Forschungsprozess zu bewahren und viele Entscheidungen während des Aufenthalts im Feld zu treffen. Auch Lamnek und Krell (2016) resümieren in diesem Zusammenhang, dass qualitativ Forschende in der Praxis „in der Regel individuelle Lösungen für auftauchende Probleme finden“ (Lamnek & Krell, 2016, S. 672) müssen, v. a. wenn es um Untersuchungen mit Minderheiten geht. Da keine weiteren Informationen z. B. über den Umgang mit Fremdsprachlichkeit gefunden werden konnten, wurde für die eigene Studie im Sinne der individuellen Lösungssuche festgehalten, zwar die Interviews auf Deutsch zu führen, jedoch sollte es den Teilnehmenden jederzeit möglich sein, in den Gesprächen ein Wort oder auch einen Satz auf Englisch sagen zu können. Zudem wurde auch die Möglichkeit berücksichtigt, bei weiteren Verständigungsproblemen auf ein vor den Gesprächen bereitgestelltes Online-Übersetzungsprogramm zuzugreifen.

6.2.2.3 Ethische Überlegungen und Datenschutzbestimmungen

Da im vorliegenden Forschungsvorhaben die Erfahrungen und Sichtweisen von zugezogenen Pflegekräften mit im Ausland erworbener Berufsqualifikation in der Auseinandersetzung mit den an sie herangetragenen Berufs- und Rollenverständnissen untersucht wurden und die erforschte Zielgruppe im deutschen Gesundheitswesen eine Minderheit darstellt, wird sie u. a. deswegen als eine eher verletzbare bzw. vulnerable Gruppe angesehen. „*Vulnerabilität* ist ein Schlüsselbegriff der Forschungsethik!“ (Schnell & Heinritz, 2006, S. 43). Es gilt zu beachten,

dass bei vulnerablen Zielgruppen die Untersuchung umso achtsamer durchgeführt werden muss. Da bei Studien mit menschlichen Untersuchungsteilnehmenden im Allgemeinen und bei vulnerablen Gruppen im Speziellen immer zumindest „ein minimales Risiko von Beeinträchtigungen besteht“ (Döring & Bortz, 2016, S. 131), welches sich aus ethischer Perspektive nicht neutral verhalten kann, wurde bei der vorliegenden Studie auf die Freigabe einer Ethikkommission Wert gelegt. Zudem weisen u. a. Schnell und Heinritz (2006) darauf hin, dass es ein Merkmal guter Forschungsqualität darstellt, wenn ethische Standards im Forschungsprozess beachtet werden. Diesen Gründen entsprechend wurde das eigene Forschungsvorhaben zur Beurteilung der Ethikkommission des Fachbereichs 01 der Universität Kassel im November 2017 vorgelegt.³

Gemäß den ethischen Richtlinien des Großteils der einzelnen sozial- und humanwissenschaftlichen Fachgesellschaften und Berufsverbände werden für einen ethisch verantwortungsvollen Umgang mit den Teilnehmenden sowie mit den erhobenen Daten vornehmlich drei Prinzipien genannt, welche es bezüglich der Forschungsethik zu berücksichtigen gilt: *Freiwilligkeit und informierte Einwilligung, Schutz vor Beeinträchtigung und Schädigung und Anonymisierung und Vertraulichkeit der Daten* (Sales & Filkman, 2002; zitiert nach Döring & Bortz, 2016; Schnell & Heinritz, 2006). Hinter diesen drei Prinzipien „steht jeweils der Schutz der Menschenwürde, der Menschenrechte, der Persönlichkeitsrechte sowie der Integrität der Untersuchungspersonen“ (Döring & Bortz, 2016, S. 123). Formuliert wurden die Kodizes von verschiedenen wissenschaftlichen Fachgesellschaften oder den Berufsverbänden, um das Verhältnis zwischen den Forschenden und den entsprechenden Zielgruppen zu regeln (Flick, 2017). Nachfolgend wird die Berücksichtigung der genannten drei forschungsethischen Grundsätze für die vorliegende Studie dezidiert dargestellt.

Bezüglich des Grundsatzes der *Freiwilligkeit und der informierten Einwilligung* gilt allgemein, dass die Studienteilnehmenden vor Beginn der Datenerhebung über das Forschungsvorhaben aufgeklärt werden sollen und freiwillig entscheiden können, ob sie an der Studie teilnehmen möchten (Döring & Bortz, 2016; Flick, 2017). Um diesem Prinzip in der eigenen Untersuchung nachzukommen, erhielten die Interessierten umfangreiches Informationsmaterial (ein Informationsschreiben, eine Datenschutz- und eine Interessenkonflikterklärung – s. Anhang A3, A6 und A7) in einfacher Sprache. Die Interessenten erhielten Zeit, um sich mit dem Material und der Studie zu beschäftigen und sie konnten bei Bedarf z. B. über die mitgegebenen Kontaktdaten jederzeit Rückfragen stellen. Das Informationsmaterial klärte über die folgenden Sachverhalte auf: Die Interessenten erhielten Informationen über das Forschungsvor-

³ In Anhang A11 dieser Arbeit befindet sich die Unbedenklichkeitserklärung der Ethikkommission zum vorliegenden Forschungsvorhaben.

haben sowie das Forschungsziel, den Ablauf und die angesetzte zeitliche Dauer der Erhebung, ihr Recht auf eine freiwillige Teilnahme, welche sie jederzeit ohne nachteilige Konsequenzen unter- oder abbrechen durften, und ihnen wurde die Gewährleistung von Vertraulichkeit und Anonymität zugesagt. Auch erfolgte an dieser Stelle die Aufklärung über die Aufnahme des Gesprächs per Diktiergerät und dessen Archivierung. Erst nachdem die Interessierten diese Informationen erhalten hatten und weiterhin an der Studie teilnehmen wollten, wurde ein Termin für ein Interview vereinbart. Da der Kontakt zu potentiellen Teilnehmenden häufig über dritte Personen erfolgte, die die Informationsmaterialien weiterleiteten und somit auf das Forschungsvorhaben aufmerksam machten, bekamen die meisten Interessenten über diesen Kanal die Kontaktdaten und konnten frei entscheiden, ob sie Kontakt aufnehmen und einen Interviewtermin verabreden wollten. Erst wenn nach diesem Procedere die Teilnehmenden das schriftliche Einverständnis für eine Teilnahme (s. Anhang A5) gaben (*informed consent*), wurden sie in das Sample der Studie aufgenommen.

Des Weiteren wurden bezüglich des *Schutzes vor Beeinträchtigung und Schädigung* der Informantinnen und Informanten einige Überlegungen und Anstrengungen unternommen. Döring und Bortz (2016) heben in diesem Zusammenhang hervor, dass insbesondere bei sehr belastenden Befragungsthemen darauf geachtet werden müsse, dass die Untersuchungsteilnehmenden durch die Studie keine (psychischen) Beeinträchtigungen erleiden. Zudem ergänzen sie als Referenzwert, dass eventuelle kurzfristig auftretende negative Stimmungslagen während der Befragung nicht über alltägliche Befindlichkeitsschwankungen hinausreichen sollten. Auch bei der vorliegenden Studie wurde die Möglichkeit in Betracht gezogen, dass einige Teilnehmende, welche einen besonders schweren Start im Pflegeberuf in Deutschland erlebt hatten, in das Sample gerieten und durch die Fragen im Interview mit ihren negativen Erfahrungen und Emotionen konfrontiert wurden. Um im schlimmsten Fall eine Retraumatisierung zu verhindern, wurden die Studieninteressierten vor den Interviews umfänglich über das Forschungsvorhaben aufgeklärt und auf ihre Möglichkeit hingewiesen, jederzeit eine Pause während des Gesprächs oder sogar dessen Beendigung einzufordern. Auch wurden sie darauf hingewiesen, dass sie nicht jede Frage beantworten mussten. Zudem wurde während der Befragung darauf geachtet, dass die Teilnehmenden die Gespräche weitestgehend selbst steuerten, indem größtenteils (abgesehen von den vorbereiteten Ad-hoc-Fragen) nur zu den Themen weiterführend gefragt wurde, welche die Teilnehmenden selbst während der Gespräche anboten. Als abschließende Kontrollfrage, um sicher zu gehen, dass die Teilnehmenden nicht mit noch weiterem Redebedarf aus der Interviewsituation verabschiedet wurden, wurde immer noch noch offen gebliebenen Themen gefragt. Des Weiteren wurden, um den Aufwand für die Studienteilnehmenden durch die Teilnahme weitestgehend gering zu halten, vor den Interviewverabredungen einige Vorkehrungen getroffen. Beispielsweise konnten die Teilnehmenden den Ort für das Interview frei wählen und auch bei der Terminfindung wurde ihnen viel

Freiraum gelassen. Um sich bei den Teilnehmenden für deren Unterstützung zu bedanken, bekamen sie zu den Interviewterminen kleine Geschenke mitgebracht, welche für sie zusammengestellt wurden (bspw. Süßigkeiten oder Snacks, Muffins, Blumen, Pflegeprodukte, Taschenreiseführer). Dabei handelte es sich jedoch nicht um „übertriebene oder unverhältnismäßige finanzielle oder anderweitige Anreize“ (Deutsche Gesellschaft für Psychologie, 2017, S. 3), sondern um angemessene Aufwandsentschädigungen. Damit erfüllten Letztere keine Werbefunktion, welche der Gewinnung der Studienteilnehmenden diene, sondern die Geschenke wurden den Teilnehmenden als Dankeschön zu den Gesprächen mitgebracht. Hier ist auch der Aspekt von Fairness anzubringen. Die Teilnehmenden stellten sich und ihre Erfahrungen „zur Verfügung und leisten damit einen Beitrag zur Erzeugung von Wissen, das für andere, eventuell auch für die Gesellschaft, wertvoll ist“ (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, 2009, S. 83). Für diesen Dienst sollten die Teilnehmenden der eigenen Studie eine kleine Entschädigung erhalten.

Des Weiteren wurden für die vorliegende Studie Vorkehrungen getroffen, um die *Anonymisierung und Vertraulichkeit der Daten* der Teilnehmenden während des Forschungsvorhabens und darüber hinaus wahren zu können. Üblicherweise werden Forschungsdaten aus diesem Grund anonym erhoben, um die Privatsphäre und die Persönlichkeitsrechte der Teilnehmenden gewährleisten und sie vor negativen Effekten schützen zu können (Döring & Bortz, 2016). Jedoch war es bei der eigenen Studie aufgrund der face-to-face-Interviews nicht möglich, eine komplett anonyme Datenerhebung durchzuführen. Auch die Aufzeichnung des Gesprächs schränkte die Anonymität der Teilnehmenden weiter ein. Folglich wurde ein besonders vertraulicher Umgang mit dem Rohdatenmaterial erforderlich. Daher wurden bspw. die Audiodateien in einem passwortgeschützten Ordner gespeichert, welcher nur wenigen autorisierten Personen zugänglich war. Diese Zusage erhielten die Teilnehmenden u. a. in der Datenschutzerklärung. Zudem wurde bereits während der Datenaufbereitung und insbesondere der Transkription darauf geachtet, dass Informationen über die Teilnehmenden, welche Rückschlüsse auf sie zuließen, anonymisiert wurden. Beispielsweise wurden sämtliche personenbezogene Daten wie Namen, Städte, Wohnorte und die Arbeitsplätze entfernt oder geändert. Dadurch wurden diese Informationen direkt verschlüsselt weiterverarbeitet. Personenbezogen erhoben wurde durch den Kurzfragebogen lediglich das Geschlecht, das ungefähre Alter, die Nationalität, das Land, in dem die pflegerische Qualifikation erlangt wurde, der berufliche Abschluss und die Beschäftigungssituation. Den Teilnehmenden wurde zudem versichert, dass bei einem Widerruf der Teilnahme sämtliche Daten gelöscht und nicht mehr verwendet würden. Zudem wurden keine Daten an Dritte weitergegeben. Diese Datenschutzbestimmungen gelten auch bei der Veröffentlichung der Studie sowie weiteren möglichen Publikationen. Zudem wurde den Teilnehmenden mitgeteilt, dass die Interviews sowie die weiteren erhobenen Daten nach Beendigung der Studie gelöscht werden. Durch diese Vorkehrungen sollte für die

vorliegende Untersuchung auch der dritte forschungsethische Grundsatz berücksichtigt werden.

6.2.3 Durchführung der Datenerhebung und Datenbestand

Im Anschluss an die Planung und die Vorbereitung erfolgte die Datenerhebung der Untersuchung. Insgesamt wurden im Rahmen der Studie neun Interviews durchgeführt. Die Erhebungen erfolgten in der ersten Jahreshälfte 2018. Von neun geführten Interviews konnten acht in die Studie aufgenommen werden. Das neunte Interview erfüllte nicht die festgelegten Einschlusskriterien, da die Teilnehmende zum einen noch nicht ein Jahr in Deutschland in der Pflege arbeitete und zum anderen bei einem ambulanten Pflegedienst und nicht im stationären klinischen Setting oder in einem Altenpflegeheim beschäftigt war. Die Interviews wurden alle von der Verfasserin durchgeführt. Die acht eingeschlossenen Gespräche mit den Interviewteilnehmenden (I1 – I8) dauerten zwischen 17 Minuten und 110 Minuten. Die durchschnittliche Gesprächsdauer lag bei 60,35 Minuten. Den Teilnehmenden wurde für ihr Wohlbefinden bei dem Gespräch die Möglichkeit gegeben, eine ihnen vertraute Person mit zu den Interviews zu nehmen. Dies wurde in vier Fällen in Anspruch genommen. Zusätzlich konnten sich die Teilnehmenden den Ort der Befragung frei aussuchen. Die Gespräche fanden bei den Befragten zu Hause (1), im Büro der Verfasserin (3), in einem Schulgebäude (2) oder in einem Café (2) statt. Vor den Interviews erhielten die Teilnehmenden Informationsmaterialien über die Studie und hatten Zeit zum Lesen und Fragen stellen, bevor sie die Einverständniserklärung der Studie zum Unterschreiben ausgehändigt bekamen. Sie wurde kopiert und die Kopie wurde den Teilnehmenden mitgegeben. Zusätzlich erhielten sie die vorbereitete Datenschutzerklärung und Interessenskonflikterklärung. Vor den Gesprächen füllten die Teilnehmenden den Kurzfragebogen aus. Dann begannen die Interviews mit der vorformulierten Einstiegsfrage. Durch die verschiedenen Instrumente des PZI besteht der Datensatz der Studie aus den aufgezeichneten Interviews mit den entsprechenden Transkripten, den von den Teilnehmenden ausgefüllten Kurzfragebögen und den nach den Interviews von der Verfasserin ausgefüllten Postskripten.

Da die Fallauswahl für die Interviews stark abhängig von der Bereitschaft der migrierten Pflegekräfte mit ausländischer Berufsqualifikation war, kamen für die Datenerhebung nur Freiwillige aus dem Untersuchungsfeld infrage. Dennoch sollte die heterogene Zuwanderung und die heterogenen Beschäftigungssituationen der Betroffenen abgebildet werden. Deswegen wurde bei der Auswahl darauf geachtet, Pflegekräfte aus den verschiedenen Berufsgruppen (Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege und Altenpflege) für die Interviews zu gewinnen, sowie Fach- und Hilfskräfte aus EU-Ländern sowie Drittstaaten. Auch wurde darauf geachtet, dass sich die Teilnehmenden hinsichtlich ihres Alters, ihres Geschlechts und ihrer Berufserfahrung sowohl im Herkunftsland als auch in Deutschland unterschieden. Eine ausführliche

Beschreibung der Studienteilnehmenden sowie der Besonderheiten der jeweiligen Datenerhebungen erfolgt in Kapitel 7.1.

6.3 Datenaufbereitung und -analyse

Im Anschluss an die Datenerhebung erfolgte die Aufbereitung des Rohdatenmaterials, um die erhobenen Daten für die Analyse vorzubereiten. Die Datenaufbereitung und Bearbeitung des Materials schließt die Transkription (s. Kapitel 6.3.1) sowie die anschließende Analyse der Interviews (s. Kapitel 6.3.2) ein. Entsprechend wird nachfolgend der Weg vom Rohdatenmaterial zum Ergebnis der Studie skizziert.

6.3.1 Transkriptionsregelsystem

Bevor die geführten Interviews ausgewertet werden konnten, mussten die Gesprächsaufnahmen wortwörtlich verschriftlicht und in Transkripte umgewandelt werden. Dieser Schritt zwischen Datenerhebung und Datenauswertung ermöglichte eine möglichst genaue und nachvollziehbare Rekonstruktion der Interviewsituationen (u. a. Küsters, 2006). Da sich bislang in der qualitativen Sozialforschung kein einzelnes Transkriptionsregelsystem als Standard durchgesetzt hat und mehrere unterschiedliche Verfahren nebeneinander bestehen (Flick, 2017), wurde für die vorliegende Studie ein System gesucht, mit welchem die geführten Interviews transkribiert werden sollten. Es sollte Beachtung finden, dass der Genauigkeitsgrad der Transkripte zum Forschungsziel passte.

Demzufolge stellten sich zu Beginn der Datenaufbereitung zunächst die Fragen nach dem *Umfang* und dem spezifischen *Verschriftlichungsverfahren* der Interviews. Diese Faktoren sollten zu den vorhandenen forschungsökonomischen Ressourcen in einem angemessenen Verhältnis stehen. Bezüglich des Umfangs der Verschriftlichung wurde sich für eine Volltranskription des Materials entschieden, um alle Informationen erfassen und in die Analyse einbeziehen zu können. Die dadurch höhere Zeitintensität stand gemessen am daraus resultierenden Erkenntniswert in einem angemessenen Verhältnis. Auch konnten nach einer ersten Anhörung des Materials keine herausragend relevanten Interview- und Diskussionspassagen festgemacht werden, was eine Teiltranskription der Audiodateien gerechtfertigt hätte. Hinsichtlich der Frage nach einem spezifischen Verschriftlichungsverfahren ist festzustellen, dass verschiedene sich in Genauigkeit bzw. Authentizitätsgrad unterscheidende Transkriptionsregelsysteme vorliegen (Fuß & Karbach, 2014; Küsters, 2006). Wesentlich für die vorliegende Forschung war, dass sich die Auswahl des Transkriptionsregelsystems am Forschungsproblem orientierte: Es wurde nach einem System gesucht, welches die Anforderungen eines „wissenschaftlichen Transkriptes“ (Fuß & Karbach, 2014, S. 17f; 61) erfüllte und das Gespro-

chene mit dem Authentizitätsgrad der sog. „mittleren Genauigkeit“ (Küsters, 2006, S. 16) abbildete. Mittlere Genauigkeit meint in diesem Zusammenhang, dass das Transkript neben dem Interviewtext auch über prägnante Merkmale des Gesprächsverlaufs (z. B. Betonungen, besonders lautes und leises Sprechen, Sprechpausen und deren Dauer, nichtsprachliches Verhalten wie bspw. Lachen, Weinen, Stöhnen und andere Aktivitäten und Geräusche wie auf den Tisch hauen, klingelndes Telefon, Öffnen oder Schließen von Türen, wenn eine weitere Person den Raum betritt, etc.) informiert, die für die Analyse von Bedeutung sein könnten (Brüsemeister, 2008; Küsters, 2006). Transkriptionsregelsysteme mit einer geringeren Genauigkeit dokumentieren diese nichtsprachlichen Ereignisse nicht, womit diese in nachfolgenden Analysen keine Berücksichtigung mehr finden können. Auch von einem höheren Authentizitätsgrad, welcher die Verwendung des internationalen Phonetischen Alphabets voraussetzt, wurde abgesehen, da zur Beantwortung der Forschungsfrage keine linguistische Analyse als notwendig erachtet wurde. Zudem schien eine solche Genauigkeit bei der besonderen Gruppe von Interviewteilnehmenden, deren Muttersprache nicht Deutsch war, nicht zu tieferen Einsichten verhelfen zu können. Ferner wurde im Vorfeld an die Transkription festgelegt, „wie präzise die gesprochene Sprache in die orthografisch korrekte Schriftsprache übertragen und somit im Sinne der deutschen Rechtschreibung geglättet“ (Fuß & Karbach, 2014, S. 38) werden sollte. Hierbei wurde die Zwischenposition „leichte Glättung“ (Fuß & Karbach, 2014, S. 40) gewählt. Mit dieser Form der Sprachglättung wird Wort für Wort transkribiert, es bleiben jedoch unkorrekte Satzstellungen im Transkript enthalten. So können sprech-sprachliche Eigenheiten des Ausdrucks berücksichtigt werden, jedoch lässt die Annäherung an die Hochsprache eine leichte Verbesserung der Lesbarkeit zu.

Das Transkriptionsregelsystem von Rosenthal (1987, 1995) erfüllt die vor der Transkription festgelegten Kriterien und wurde aus diesem Grund für die Verschriftlichung der geführten Interviews herangezogen. Die Transkription des eigenen Materials erfolgte somit in Anlehnung an das von Rosenthal (1987, 1995) erarbeitete Regelsystem. Unter anderem ließen sich durch dieses Vorgehen die Interviews ohne Rücksicht auf die Regeln der Schriftsprache, dafür „entsprechend ihrer hörbaren Gestalt“ (Rosenthal, 1987, S. 148) gemäß der erwähnten mittleren Genauigkeit transkribieren. Eine Legende der angewandten Regeln ist der Arbeit angehängen (s. Anhang A13). Für die Transkription wurde die Software MAXQDA 2018 genutzt.

6.3.2 Auswertung der Interviews

Im Folgenden wird die Auswertung der Interviews dargestellt. Dafür wird die Auswahl des Datenanalyseinstruments begründet (s. Kapitel 6.3.2.1), ein theoretischer Überblick über die gewählte Analysemethode gegeben (s. Kapitel 6.3.2.2) sowie das Verfahren schrittweise beschrieben (s. Kapitel 6.3.2.3), um anschließend den Analyseprozess der vorliegenden Studie dezidiert darzustellen (s. Kapitel 6.3.2.4).

6.3.2.1 Auswahl der Datenanalysemethode

Für nahezu alle qualitativen Datenanalysemethoden gilt, dass sie „induktiv, d. h. datengesteuert“ (Döring & Bortz, 2016, S. 540) zum Ziel haben, Antworten auf das Forschungsproblem bzw. die offenen Forschungsfragen zu finden. Grundsätzlich dienen die Analyseverfahren dazu, aus dem aufbereiteten Material die individuellen Erlebnisse und Sichtweisen der Interviewteilnehmenden „qualitativ-interpretativ“ (Döring & Bortz, 2016, S. 540) herauszuarbeiten. Somit ist die Funktion der Methoden immer explorativ oder theoriebildend. Für die Auswertung des Materials stehen diverse Datenanalysetechniken zur Verfügung. Sie unterscheiden sich jedoch „hinsichtlich ihrer erkenntnistheoretischen Fundierung und inhaltlichen Zielsetzung sowie ihrer Eignung für bestimmte Arten von qualitativem Datenmaterial“ (Döring & Bortz, 2016, S. 540). Unter der Berücksichtigung dieser verschiedenen Eigenschaften der divergenten Methoden wurde nach einem Datenanalyseinstrument gesucht, mit welchem die forschungsleitenden Fragestellungen auch im Hinblick auf die geführten PZI beantwortet werden konnten.

Für die Auswertung von PZI weist Witzel (2000) auf keine exklusive Datenanalysemethode hin. Er unterstreicht jedoch die Relevanz des fallorientierten Vorgehens mit anschließendem Fallvergleich, welcher „auf die Erarbeitung fallübergreifender zentraler Themen“ (Witzel, 2000, S. 8) abzielt. Maßgeblich von dem britischen Psychologen Jonathan A. Smith (1996) wurde eine solche Datenanalysemethode, namens *interpretative phänomenologische Analyse* (interpretative phenomenological analysis = IPA), entwickelt, welche der von Witzel (2000) favorisierten Vorgehensweise bei der Analyse der Interviews nahekommt. Unter anderem deswegen wurde die Methode zur Auswertung des Materials in Betracht gezogen. Im Verlauf des Kapitels werden weitere Ausführungen dargelegt, warum in der vorliegenden Arbeit mit der IPA ausgewertet wurde und welche weiteren Analysetechniken sich als weniger geeignet für die Datenauswertung erwiesen.

Die IPA wird in der einschlägigen Literatur immer dann als zielführende Analysemethode angeführt, wenn ausgehend von autobiografischen Erzählungen individuelle Erfahrungen von Menschen zu besonderen biografischen Ereignissen ermittelt werden sollen. Wichtig ist dabei, dass diese Ereignisse für die Studienteilnehmenden von Bedeutung sind. Auch steht die Frage im Mittelpunkt, wie die Befragten ihre Erlebnisse interpretieren und verstehen (u. a. Döring & Bortz, 2016; Ritschl & Stamm, 2016). Dafür werden die Erzählungen der Studienteilnehmenden in den Fokus gerückt, sodass kein zuvor angefertigtes Kategoriensystem über das Datenmaterial gelegt werden muss. Dies trifft auch den Kern der forschungsleitenden Fragestellungen vorliegender Untersuchung, welche die individuellen Beschreibungen der Teilnehmenden zentriert. Ferner wird bei der IPA immer davon ausgegangen, dass das Datenmaterial etwas über das „Eingebundensein einer Person in ihre Umwelt“ (Ritschl & Stamm, 2016, S. 78) sagt.

Smith, Flowers und Larkin (2013) bezeichnen die für die Befragten besonderen Erfahrungen als „major life experiences“ (Smith et al., 2013, S. 1). Sie benennen u. a. „Life transitions and identity“ (Smith et al., 2013, S. 163) als solche Erfahrungen und deren Erforschung als einen wesentlichen Anwendungsbereich der Analysemethode. Darunter sind auch Studien einzuordnen, in welchen der Themenbereich „Migration and threat to identity“ (Smith et al., 2013, S. 172) untersucht wird. Da es Ziel der vorliegenden Arbeit war, die Erfahrungen und Anschauungen der zuziehenden Pflegekräfte mit ausländischer Berufsqualifikation über ihren Eintritt in das und ihre Arbeit im deutschen Pflegewesen zu ermitteln, wobei das berufliche Selbstverständnis der Teilnehmenden von zentraler Bedeutung war, ist das vorliegende Thema auch in den von Smith et al. (2013) benannten Anwendungsbereich der Methode einzuordnen. Die IPA bot die Möglichkeit, die individuellen Erfahrungswelten der Interviewteilnehmenden zu erforschen und die beigemessenen persönlichen Bedeutungen zu erfassen. So konnten die einzelnen Fälle in ihrer jeweiligen Komplexität erfasst und die Rekonstruktion der subjektiven Sichtweisen und Sinngebungen der Zugezogenen dargestellt werden. Auch diese idiografische Ausrichtung der IPA und damit der Rückbezug auf Witzel (2000), welcher die Relevanz der einzelnen Fälle während der Analyse von PZI betonte, trug maßgeblich dazu bei, dass die IPA als Analysemethode für die vorliegende Studie ausgewählt wurde.

Durch den im vorangestellten Abschnitt beschriebenen Zuschnitt auf ausgewählte Forschungsprobleme zählt die IPA zu den *spezialisierten qualitativen Datenanalyseverfahren* (u. a. Döring & Bortz, 2016) und unterscheidet sich von anderen qualitativen Analyseansätzen. Um die Auswahl und den Entscheidungsprozess für die IPA noch etwas transparenter auszuführen, soll zusätzlich ein kurzer Überblick über weitere qualitative Auswertungstechniken gegeben werden, mit welchen sich während der Planungsphase intensiver beschäftigt wurde und welche anschließend als weniger geeignet für die vorliegende Studie erschienen als die IPA. Bei der Auswahl erwies es sich als zweckmäßig, sich mit den Zielsetzungen der unterschiedlichen Datenanalyseverfahren zu beschäftigen. Die *Qualitative Inhaltsanalyse* nach Mayring (1983, 2010) stellt bspw. ein Auswertungsverfahren für qualitative Daten dar, welches darauf abzielt, das Material durch vorab „übergeordnete verbal beschriebene Codes und Kategorien“ (Döring & Bortz, 2016, S. 541) zu analysieren. Da die Methode folglich weitestgehend deskriptiv bleibt und nicht den explorativen Charakter der vorliegenden Studie stützt, wurde die Qualitative Inhaltsanalyse für die vorliegende Arbeit als nicht relevant und ungeeignet beurteilt. Die *Grounded-Theory-Methodologie* hingegen, welche in den 1960er Jahren von den beiden US-amerikanischen Soziologen Strauss und Glaser entwickelt wurde (Glaser & Strauss, 2010), reicht über eine Beschreibung des Untersuchungsgegenstands bzw. eines Phänomens hinaus und dient der Entwicklung einer erklärenden und gegenstandsverankernden Theorie (Döring & Bortz, 2016; Ritschl & Stamm, 2016). Zwar zählt die Grounded Theory zu den meistgewählten Forschungsstrategien innerhalb der qualitativen Sozialforschung, da sie sich für „die

Bearbeitung verschiedenster Forschungsprobleme“ (Döring & Bortz, 2016, S. 602) eignet, jedoch wurde in der vorliegenden Untersuchung nicht das Ziel der Grounded Theory verfolgt, eine Theorie mit Erklärungskraft zu entwickeln, sondern persönliche Erfahrungen und individuelle Entscheidungen zu verstehen. Aufgrund dessen und aufgrund der zuvor beschriebenen Anlage der Untersuchung wurde auch die Grounded Theory als Forschungsstrategie bzw. die entsprechende Auswertungsmethodik nicht herangezogen. Des Weiteren wurde die *Objektive Hermeneutik* als Analysetechnik in die engere Auswahl aufgenommen. Diese Analysetechnik geht auf den deutschen Soziologen Oevermann zurück und stellt ein Verfahren dar, mit welchem in dem gesammelten Datenmaterial fallorientiert nach „latenten Sinnstrukturen und objektiven Bedeutungsstrukturen“ (Döring & Bortz, 2016, S. 602) gesucht wird. Somit verlangt dieses Verfahren tiefgehende und detaillierte Fallanalysen, durch welche übersubjektive Deutungsmuster erschlossen werden sollen (Brüsemeister, 2008; Wernet, 2006). Analysiert wird in der Objektiven Hermeneutik sequenzanalytisch, weswegen das Verfahren häufig bei narrativen Interviews angewendet wird (Brüsemeister, 2008). Angesichts der zuvor genannten Gründe für den Verzicht auf ausschließlich narrative Interviews (u. a. aufgrund der dafür nötigen sicheren und hohen Sprachkompetenz) wurde auch von der Durchführung des Verfahrens der Objektiven Hermeneutik abgesehen.

6.3.2.2 Wissenschaftstheoretischer Hintergrund der interpretativen phänomenologischen Analyse

Die IPA ist eine in der Psychologie verwurzelte qualitative Datenanalysemethode und wird vornehmlich in den Sozial- und Gesundheitswissenschaften angewandt (Reid, Flowers & Larkin, 2005). Sie beinhaltet und kombiniert Aspekte aus drei „key areas“ (Smith et al., 2013, S. 11) der erkenntnistheoretischen Forschungslogik: Phänomenologie, Hermeneutik und Idiografie (Smith et al., 2013). Im Folgenden wird ein kurzer wissenschaftstheoretischer Überblick über diese drei Kernbereiche gegeben und es wird deren jeweilige Verbindung zur IPA aufgezeigt. Das Voranstellen des theoretischen Überblicks vor der Beschreibung der einzelnen Bearbeitungsschritte soll dem Verständnis für das Vorgehen bei dem IPA-Prozess dienen.

Phänomenologie als Forschungslogik, so beschreiben Smith et al. (2013) vereint trotz verschiedener Gewichtungen das besondere Interesse „about what the experience of human is like, in all its various aspects, but especially in terms of the things which constitute our lived world“ (Smith et al., 2013, S. 11). Dieses Forschungsverständnis bestimmt maßgeblich die Ausrichtung der IPA (Döring & Bortz, 2016; Smith et al., 2013). Insbesondere der Fokus auf gesammelte Erfahrungen und deren individuelle Wahrnehmungen wird in IPA-Auswertungen durch den Ansatz der Phänomenologie berücksichtigt. Denn durch die IPA wird versucht, die Hintergründe einzelner Entscheidungen, Handlungen und Vorgänge greifbar zu machen

(Smith et al., 2013). Dies leitet über zu dem zweiten zugrundeliegenden wissenschaftstheoretischen Kernbereich der IPA: der *Hermeneutik*. Smith et al. (2013) bezeichneten sie als „theory of interpretation“ (Smith et al., 2013, S. 21), da sie – zuverlässiger als die Phänomenologie – durch Interpretation das Ziel verfolgt die sozial konstruierten Wirklichkeiten aus dem qualitativen Datenmaterial zu entwickeln (Flick, 2017). Entsprechend können die auftretenden Phänomene durch genaueres Hinsehen auf Sinnhaftigkeit überprüft werden (Smith et al., 2013). Den dritten wichtigen theoretischen Ursprung der IPA stellt die *Idiografie* dar. Diese Ausrichtung bedeutet die Fokussierung auf die einzelnen Interviewteilnehmenden. Für die vorliegende Arbeit bedeutet dies, dass die Erfahrungswelten aller Interviewteilnehmenden in den Ergebnissen der Studie abgebildet werden. Ausgehend von diesem fallorientierten Vorgehen und der Sensibilität für Individualität können jedoch trotzdem im Verlauf der Analyse auch allgemein gültige Aussagen gemacht werden. Jedoch verweisen Smith et al. (2013) darauf, dass die idiografische Ausrichtung eines Forschungsprozesses nicht die Vermeidung, sondern vielmehr einen anderen Weg zur Bestimmung von Generalisierbarkeit anstrebt, sodass es durch die IPA durchaus auch möglich ist, allgemein gültige Aussagen für die involvierten Studienteilnehmenden zu treffen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die IPA durch die Verbindung der drei teils sehr unterschiedlichen Strömungen – Phänomenologie, Hermeneutik und Idiografie – einen recht engen Anwendungsbereich markiert und insbesondere bei der Erforschung der „human lived experience“ (Smith et al., 2013, S. 32) eine geeignete Analysetechnik darstellt. Jedoch erfordert sie genau aus diesem Grund das Zusammenspiel der unterschiedlichen Strömungen: Durch die Phänomenologie wird das Ziel verfolgt, so nah wie möglich die persönlichen Erfahrungen der Teilnehmenden einzuordnen, die Idiografie rückt den Fokus auf die Individuen und durch die Hermeneutik können interpretative Analyseschritte in die Auswertung des Datenmaterials integriert werden. Smith et al. (2013) halten in diesem Zusammenhang abschließend die gegenseitige Verflochtenheit der unterschiedlichen Forschungsansätze fest: „Without the phenomenology, there would be nothing to interpret; without the hermeneutics, the phenomenon would not be seen“ (Smith et al., 2013, S. 37).

6.3.2.3 Beschreibung des Verfahrens der interpretativen phänomenologischen Analyse

Im Anschluss an die Beschreibung des wissenschaftstheoretischen Hintergrunds der IPA erfolgt die Darstellung der einzelnen Arbeitsschritte. Um möglichst viel Transparenz zu schaffen und um Einsichten in den Forschungsprozess der vorliegenden Studie zu ermöglichen, wird im Anschluss an die Deskription des Vorgehens in Kapitel 6.3.2.4 die eigene Umsetzung des Analyseverfahrens offengelegt.

Der Datenanalyseprozess der IPA unterteilt sich im Regelfall in sechs voneinander abgegrenzte Arbeitsschritte, Smith et al. (2013) betonen jedoch, dass der Prozess der Analyse flexibel verstanden und abgewandelt werden könne. Diese einzelnen Schritte leiten durch den Analyseprozess und unterstützen die Auswertung des Datenmaterials. In Abbildung 10 werden die einzelnen Analyseschritte zur Übersicht grafisch dargestellt und anschließend beschrieben.

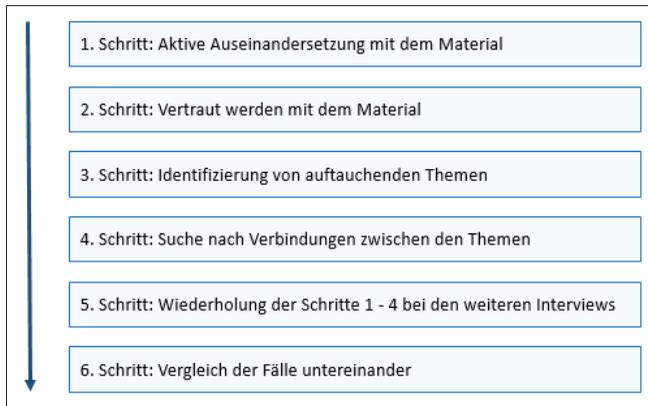


Abbildung 10: Übersicht über die sechs Bearbeitungsschritte der IPA

Schritt 1:

In der ersten Phase der Datenanalyse steht die aktive Auseinandersetzung mit den in den Interviews erhobenen Daten im Fokus. Dafür werden die Transkripte wiederholt gelesen. Gleichzeitig können unterstützend die Audiodateien abgespielt werden (Ritschl & Stamm, 2016; Smith et al., 2013). Mittels dieser Maßnahmen soll „ein *Globalverständnis* des untersuchten Phänomens aus Sicht der jeweiligen Untersuchungsperson“ (Döring & Bortz, 2016, S. 544) entwickelt werden, was das Eintreten in die Lebenswelt der Teilnehmenden ermöglichen soll.

Schritt 2:

Die zweite Analysephase der IPA garantiert ein immer größeres Vertrautwerden mit dem Material. Aus jedem Transkript werden die von den Forschenden festgelegten aussagekräftigsten Stellen bzw. Zitate extrahiert (Döring & Bortz, 2016; Ritschl & Stamm, 2016). Smith et al. (2013) schlagen bezüglich der Textpassagen vor, zwischen den markantesten deskriptiven (den Inhalt beschreibenden), sprachlichen (die Sprache beschreibenden) und konzeptionellen (den Inhalt bezogen auf die Fragestellung interpretierenden) Stellen zu unterscheiden. Schon zu diesem frühen Zeitpunkt der Analyse werden sowohl phänomenologische und hermeneutische als auch idiografische Ansätze in dem Analyseprozess berücksichtigt. Ritschl und Stamm

(2016) schlagen eine Visualisierung dieses Schrittes mittels einer Analysetabelle vor (s. Tabelle 3).

Tabelle 3: Aufbau einer Analysetabelle (eigene Darstellung in Anlehnung an Ritschl & Stamm, 2016, S. 80)

Transkript	Inhaltliche Notizen	Sprachbezogene Notizen	Interpretierende Notizen

Schritt 3:

Nachdem das Datenmaterial für die Analysierenden vertrauter sowie erste Ideen und Informationen notiert wurden, folgt die dritte Phase der Datenanalyse. In diesem Schritt sollen zentrale Themen aus den zuvor gemachten Notizen entwickelt werden. Durch die Vorsortierung der markantesten Stellen während des zweiten Schrittes können nun bereits erste Themencluster gebildet werden (Ritschl & Stamm, 2016).

Schritt 4:

Dieser Schritt dient dazu, die entwickelten Themen so umzuordnen, dass sie entsprechend der Forschungsfrage sinnvoll sortiert erscheinen. Dazu stehen verschiedene Instrumente zur Verfügung.

„Hierfür bedient sich die IPA unter anderem der Abstraktion (Gruppieren von Ähnlichem unter einer übergeordneten Bezeichnung), der Subsumption (Zusammenbringen von verwandten Themen), der Polarisation (Unterschiede/ Gegensätzlichkeiten herausarbeiten), der Kontextualisierung (zeitliche und kulturelle Zusammenhänge zwischen Themen), der Nummerierung (Häufigkeit auftauchender Themen) und der Funktion (Themen werden aufgrund ihrer spezifischen Funktion innerhalb des Transkripts untersucht)“ (Ritschl & Stamm, 2016, S. 80).

Durch diesen Schritt werden die zuvor gebildeten Themen überprüft, weiterentwickelt oder umgestaltet, sodass erste Themencluster entstehen (Ritschl & Stamm, 2016).

Schritt 5:

In dieser Phase der Datenanalyse werden Schritt 1 bis 4, welche bereits bei einem ersten Interview durchgeführt wurden, mit dem Datenmaterial der weiteren Fälle wiederholt. Hierbei soll berücksichtigt werden, dass jedes Interview separat analysiert wird. Damit soll u. a. der

idiografischen Ausrichtung der IPA nachgekommen werden. Durch die Analyse weiterer Fälle werden die bereits entwickelten Themen geschärft (Ritschl & Stamm, 2016).

Schritt 6:

Gemäß Smith et al. (2013) dient dieser nach den einzelnen Analysen aller Daten auszuführende Schritt dem Vergleich der Fälle. Es wird nach Verbindungen zwischen den einzelnen Fällen gesucht und die (evtl. weiterentwickelten) Themen werden erneut nach ihrer Wichtigkeit gereiht.

6.3.2.4 Anwendung der interpretativen phänomenologischen Analyse

Die sechs in Kapitel 6.3.2.3 vorgestellten Analyseschritte der IPA unterstützten auch die Auswertung eigenen gesammelten Datenmaterials. Um den Analyseprozess der zugrundeliegenden Untersuchung zwecks größtmöglicher Nachvollziehbarkeit offenzulegen, wird das in der vorliegenden Untersuchung angewandte Verfahren im Folgenden skizziert. Da bei der Ausführung der einzelnen Schritte teils auf zusätzliche Hilfsmittel zurückgegriffen wurde, finden auch diese in der nachfolgenden Beschreibung Berücksichtigung.

Schritt 1 und **Schritt 2** des vorgestellten Prozesses dienten maßgeblich dem Vertrautwerden mit dem Material und der ersten Einsicht in die Lebenswelten der Interviewteilnehmenden. Hierbei wurden die Interviews einzeln nacheinander betrachtet, u. a. um die idiografische Ausrichtung der IPA beizubehalten. Bereits bei der Bearbeitung der ersten Interviews wurde deutlich, dass während des Lesens und Hörens der Gespräche (Schritt 1) mehrere Schlüsselstellen identifiziert werden konnten. Um diese Zitate direkt festhalten zu können und um Raum für erste Gedanken und *Memos* zu schaffen, wurde in der eigenen Analyse schnell zum zweiten Schritt übergegangen. Die Verwendung der von Ritschl und Stamm (2016) empfohlenen Tabelle als Visualisierungstool des zweiten Analyseschritts erwies sich dabei als sehr gewinnbringend, da in der Tabelle die aussagekräftigsten Interviewpassagen näher beleuchtet und wichtige erste Gedanken festhalten werden konnten. Dieser Analyseschritt erfolgte händisch. Tabelle 4 bildet exemplarisch die Ausführung dieses Schrittes ab. Bei dem dafür ausgewählten Textausschnitt handelt es sich um eine kurze Sequenz aus dem ersten Interview (I1). Auf dieses wurde zum Zweck der Veranschaulichung an dieser Stelle vorgegriffen.

Tabelle 4: Beispiel der Datenauswertung, Schritt 2; Interviewexzerpt I1

Abs.	Transkriptexzerpt I1	Inhaltl. Notizen	Sprachbez. Notizen	Interpret. Notizen
4	1: also erst als äh Pflegehelferin weil ich hab noch keine Anerkennung, also haben und dann ä:hm mit dem Pflege, ich finde also -. Als ich ähm neu hier war, das finde ich sehr schwer, weil bei uns in Philippinen hat also keiner Pflege also weniger Pflege oder als, keine, weil ja (2) weil der Pflege macht der=n, macht der Angehörige und die Familie.	a) arbeitet als Pflegehelferin b) Anfang war „sehr schwer“ d) In D liegt Schwerpunkt auf Körperpflege. Das kennt sie anders.	a) „noch keine Anerkennung“ → Lesart: strebt sie sowie beruflichen Aufstieg an c) „bei uns in den Philippinen“ d) Mit „Pflege“ meint sie in diesem Kontext die Körperpflege.	a) arbeitet unter Qualifikationsniveau (Bachelorabschluss) b) Die Orientierung im Beruf in D fällt ihr schwer. c) Lesart: Sie hat noch kein Zugehörigkeitsgefühl zur Pflege in D. d) Körperpflege ist für I1 kein Beruf. → Frage: Was dann?

Nachdem mithilfe der inhaltlichen – der sprachbezogenen – und der interpretierenden Notizen erste Gedanken, Inhalte, Lesarten und Interpretationen für die einzelnen Fälle festgehalten wurden, erfolgte in der Analyse der Übergang zu **Schritt 3**. Ziel dieser Phase war es, wesentliche Themen in den Interviews zu identifizieren und erste Themencluster zu bilden. Dafür wurden die zuvor angefertigten Interviewtranskripte herangezogen. Mithilfe der Software MAXQDA 2018, welche die Analyse des qualitativen Datenmaterials unterstützte, wurden die Fälle einzeln nacheinander bearbeitet: Durch die Codierung des vorhandenen empirischen Materials, wobei die Techniken des *offenen* und des *selektiven Kodierens* (vgl. hierzu Brüsemeister, 2008, S. 156f) genutzt wurden, konnten aus dem Material erste Codings, Subcodes und In-vivo-Codes gewonnen werden. Die zuvor verschriftlichten Notizen unterstützten diesen Prozess. Bei der Benennung der Codes wurde darauf Wert gelegt, dass die gewählten Bezeichnungen genug Aussagekraft besaßen, um für sich selbst zu stehen. Zusätzlich wurden an dieser Stelle durch die Memo-Funktion der Software MAXQDA wichtige Gedankengänge und Interpretationsideen festgehalten. Dabei wurden auch die in Arbeitsschritt 2 verschriftlichten Notizen berücksichtigt und in die Software eingepflegt. Durch dieses Vorgehen konnten Themencluster gebildet werden, welche die Grundlagen für abstraktere übergeordnete Kategorien bildeten. In Tabelle 5 wird beispielhaft vorgestellt, wie das empirische Datenmaterial in

einzelne Sinneinheiten unterteilt und anschließend benannt bzw. kodiert wurde. Um diesen Schritt anschaulich zu gestalten, wurden kurze Sequenzen aus dem dritten Interview herangezogen.

Tabelle 5: Beispiele für Codes, Subcodes und In-vivo-Codes; Interviewexzerpte I3

Abs.	Transkriptexzerpt I3	Code	Subcode	In-Vivo Code
4	[...] als ich erstmal gekommen bin, war das war das <u>schwer</u> , auf jeden Fall, [...]	Schwerer Start		
24	Ähm, und (2) ich fand es doof wenn ich den Patienten sagen muss "Ok was haben Sie denn gesagt? Können Sie das langsam sagen?"			
26	[...] das fand ich am am=am an die erste Stelle, am schwierigsten. [...]			

Durch diesen Arbeitsschritt, welcher sequenzanalytisch bei allen Interviews durchgeführt wurde, konnte ein Codebaum erarbeitet werden. Abbildung 11 zeigt exemplarisch den kurzen Ausschnitt des Baumes, welcher anhand der in Tabelle 5 vorgestellten Interviewsequenzen erstellt wurde.

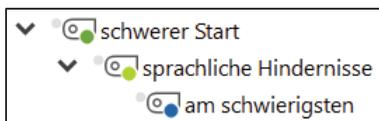


Abbildung 11: Ausschnitt des Codebaums; Bsp. für ein Themencluster

Durch die Bearbeitung der Interviews, welche schrittweise und nacheinander erfolgte, konnten mit jedem weiteren Fall neue Codings, Unter-codes sowie In-vivo-Codes hinzugewonnen werden. Während dieses Analyseschritts entsprach der Codebaum einer chronologischen

Ordnung, welche in der Reihenfolge, in der die Codings identifiziert wurden, aufgelistet wurde. Um diese Themen für den weiteren Arbeitsprozess zu visualisieren, wurde an dieser Stelle für jede interviewte Pflegekraft eine Mindmap angefertigt. Diese bildeten für jeden Fall die entwickelten Codings und Cluster ab und unterstützten, dass die Interviews weiterhin im Einzelnen betrachtet und separat analysiert werden konnten. Durch diesen zusätzlichen Zwischenschritt bzw. durch die Mindmaps zeigten sich erste Verbindungen zwischen den Themenclustern.

Diese Verbindungen zwischen den Themenclustern wurden im Anschluss in **Schritt 4** der Datenanalyse relevant. Ziel dieses Analyseschrittes war es, die Codings so umzuordnen, dass sie der Beantwortung der forschungsleitenden Fragestellungen dienten. Auch wurden in Schritt 4 die zuvor gebildeten Themencluster überprüft, weiterentwickelt oder umgestaltet. Beispielsweise wurde u. a. das vorgestellte Themencluster *Schwerer Start* der Kategorie *Anfangszeit in Deutschland im Pflegeberuf* zugeordnet. Durch die Verbindungen zwischen den Themenclustern und deren Gruppieren von Ähnlichem unter einer übergeordneten Bezeichnung (Abstraktion) und dem Zusammenbringen von verwandten Codes (Subsumption) (s. Kapitel 6.3.2.3; Schritt 4) konnten übergeordnete Kategorien entwickelt werden. In Schritt 4 der Datenanalyse wurde weiterhin fallbasiert vorgegangen.

Mit **Schritt 5** wurde das zuvor beschriebene Vorgehen für die weiteren Interviews wiederholt. Es konnten mit jedem Fall weitere Codings und Themencluster aus dem Material gebildet werden und teilweise wurden auch weitere Kategorien entwickelt. Je mehr Interviews analysiert wurden, desto mehr Codings konnten gebildet werden. Ab dem sechsten ausgewerteten Fall erwies sich diese Entwicklung jedoch nicht mehr als Regel und die bereits gebildeten Kategorien ließen sich größtenteils in den weiteren Fällen wiederfinden.

Die weitere Extraktion von Themenclustern und Kategorien stellte den Übergang zu **Schritt 6** der Analyse dar, welche dem Vergleich der Fälle diene. Die richtungsweisenden Themen konnten für die zentralen Befunde der Arbeit formuliert werden. Abbildung 12 zeigt exemplarisch drei relevante durch das zuvor beschriebene Vorgehen entwickelte Themen, welche zusammen den Hauptthemenkomplex *Erfahrungen und Anforderungen des Arbeitsalltags in Deutschland* bildeten (s. Kapitel 7.2.1). Die Abbildung entstammt der Software MAXQDA. Für eine verbesserte Lesbarkeit wurden die jeweils untergeordneten Themencluster (wie bspw. *Schwerer Start* bei *Anfangszeit in Deutschland im Pflegeberuf*) aus der Abbildung entfernt.

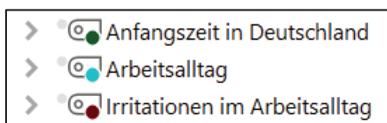


Abbildung 12: Von der Kategorie zum übergeordneten Hauptthemenkomplex

Während dieses sechsten Analyseschritts zeigte sich, dass zwar die entwickelten Hauptthemen für die beiden untersuchten Bereiche der Pflegearbeit (Setting der stationären Pflege in klinischen Einrichtungen; Setting der Altenpflegeeinrichtungen) galten, dass jedoch die Kategorien und Themencluster für die beiden Bereiche mit unterschiedlicher Gewichtung zu beachten waren. Dies hatte zur Folge, dass die verschiedenen Disziplinen des Pflegewesens in der weiteren Arbeit getrennt voneinander behandelt wurden.

7 Ergebnisse

Das vorliegende Ergebniskapitel wurde in drei Themenbereiche unterteilt. Zu Beginn erfolgen kurze Beschreibungen der Interviewteilnehmenden (s. Kapitel 7.1). Anschließend werden die zentralen Ergebnisse der Studie vorgestellt (s. Kapitel 7.2). Mit einem Zwischenfazit, das die wesentlichen Erkenntnisse sowie die Beantwortung der Forschungsfragen betrifft, schließt das Kapitel (s. Kapitel 7.3).

7.1 Beschreibung der Interviewteilnehmenden

Um einen Überblick über die Personen erlangen zu können, deren Narrative maßgeblich die empirischen Befunde der Studie bestimmen, und um dem Transparenzgebot wissenschaftlicher Arbeiten nachzukommen, werden die Interviewteilnehmenden nachfolgend in kurzen Fallbeschreibungen vorgestellt. Dabei werden jeweils die soziodemografischen Daten der Studienteilnehmenden sowie die jeweiligen Datenerhebungssituationen berücksichtigt. Anschließend folgt im Unterkapitel 7.1.9 eine zusammenfassende und tabellarische Übersicht der Informationen.

7.1.1 Fallbeschreibung Interview 1

Soziodemografische Daten

Das erste Interview, welches nach dem Pretest erfolgte, wurde mit einer Pflegekraft von den Philippinen geführt. Ihre pflegerische Qualifikation, einen Bachelorabschluss, hatte die Teilnehmende in ihrem Herkunftsland erworben. I1 ist weiblich und zwischen 40 und 49 Jahre alt. Zum Zeitpunkt des Interviews lebte sie etwa fünf Jahre in Deutschland und war seit zwei Jahren in Deutschland in einem Pflegeberuf tätig. Sie berichtete von ca. 20-jähriger Berufserfahrung in den Fachbereichen Neurologie und Geriatrie, welche sie auf den Philippinen sammeln konnte. Zum Zeitpunkt des Interviews arbeitete sie in einer Therapie- und Rehabilitationsklinik im geriatrischen Bereich als Pflegehilfskraft in einer kleineren Stadt in der Nähe ihres Wohnortes in Nordrhein-Westfalen (NRW). Auf die genannte Einrichtung wurde sie über eine Stellenausschreibung aufmerksam und bewarb sich dort. Da I1 ihre Berufsqualifikation in einem Drittstaat erwarb, erfolgte eine Überprüfung ihres Abschlusses auf Gleichwertigkeit mit dem deutschen Referenzberuf. Diese wurde negativ beschieden, sodass ihre Berufsqualifikation nicht anerkannt wurde. Daraufhin nahm die Interviewteilnehmende Kontakt zum für sie zuständigen IQ-Netzwerk auf und bekam einen Platz in dem Förderprogramm *Integration durch Qualifizierung*. Zum Zeitpunkt des Interviews absolvierte I1 neben ihren beruflichen Verpflichtungen einen ca. sechs bis sieben Monate langen Anpassungsqualifizierungslehrgang mit integriertem Deutschkurs für zugewanderte Pflegenden, um sich auf die Gleichwertigkeitsprüfung ihrer

Berufsqualifikation vorzubereiten. Zum Zeitpunkt des Interviews hatte die Teilnehmende noch nicht das für die Anerkennung erforderliche B2-Sprachniveau erreicht. Während der Interviewsituation (s. nachfolgender Absatz) sprach die Teilnehmende nicht über die Gründe für ihre Migration nach Deutschland oder über ihren Familienstand.

Erhebungssituation

Der Kontakt zu der Interviewteilnehmenden I1 ergab sich über die Vorstellung des Forschungsprojekts im März 2018 an einem Schulzentrum für Gesundheitsberufe (s. Kapitel 6.2.2.2). Dort belegte die Teilnehmende ihren Anpassungsqualifizierungslehrgang. Die Projektvorstellung endete mit einem Studienaufruf, woraufhin I1 ihr Interesse an dem Forschungsvorhaben bekundete. Sie äußerte, dass sie sehr gern über ihre Erfahrungen im Pflegeberuf in Deutschland sprechen würde und sich sehr über die Möglichkeit freue. Daraufhin folgte eine Verabredung für das Interview im Anschluss an die Veranstaltung. I1 hinterließ einen interessierten Eindruck und wirkte motiviert, als sie in die Interviewsituation ging. Da die Teilnehmende im Anschluss an das Interview äußerte, einen Bus bekommen zu müssen, verlief die Verabschiedung recht abrupt. Die Gesprächssituation fand in einem der Klassenräume des Schulungszentrums statt. Die Lehrerin, in deren Veranstaltungszeit das Forschungsprojekt vorgestellt werden konnte, stellte im Anschluss an ihren Unterricht den Raum für das Interview zur Verfügung. Das Gespräch verlief ohne Störungen. Anwesend war neben der Befragten noch eine Freundin der Interviewteilnehmenden, welche auch von den Philippinen stammte und im Raum auf I1 wartete. Sie verhielt sich passiv und griff nicht in das Gespräch ein. Das Interview begann mit der vorformulierten Einstiegsfrage. Es dauerte etwas über 20 Minuten.

7.1.2 Fallbeschreibung Interview 2

Soziodemografische Daten

Die Interviewteilnehmende I2 ist eine weibliche Pflegekraft. Sie ist zum Zeitpunkt des Interviews unter 30 Jahre alt und in Simbabwe geboren und aufgewachsen. Dort absolvierte sie auch ihre dreijährige Pflegeausbildung. Arbeitserfahrung sammeln und die Berufspraxis kennen lernen konnte I2 während ihrer Ausbildung hauptsächlich im Fachbereich der allgemeinen Chirurgie. Nach dem Erwerb ihrer Berufsqualifikation migrierte sie nach Deutschland. Zum Zeitpunkt des Interviews war die Teilnehmerin ledig und hatte keine Kinder. Sie lebte seit etwa zwei Jahren in NRW und arbeitete seit etwa eineinhalb Jahren in der Pflege in Deutschland. Davon absolvierte sie ein Jahr lang ein Freiwilliges Soziales Jahr (FSJ) in der Fachrichtung Innere Medizin. Anschließend wechselte sie auf eine kardiologische Station. Diese Arbeitsstelle fand sie per Initiativbewerbung. Während des Kennenlernens erzählte I2, dass sie seit

ihrer Kindheit Deutschland kennen lernen wollte, da ihr Vater in der ehemaligen DDR Agrarwissenschaften studiert habe. Trotz der längerfristigen Planung ihrer Migration konnte I2 bislang keine Anerkennung ihrer beruflichen Qualifikation erlangen. Aus diesem Grund nahm sie, wie auch die erste Interviewpartnerin I1, Kontakt zu dem IQ Netzwerk NRW auf, über das die Teilnehmende einen Platz in dem besagten Förderprogramm *Integration durch Qualifizierung* bekam. Zum Zeitpunkt des Interviews besuchte I2, wie auch I1, neben ihren beruflichen Verpflichtungen als Pflegehilfskraft einen sechs bis sieben Monate langen Anpassungsqualifizierungslehrgang mit integriertem Deutschkurs für zugewanderte Pflegenden. Während des Gesprächs äußerte sie Interesse an Weiterbildung und ihren Wunsch nach einer Karriere in einem Pflegeberuf in Deutschland.

Erhebungssituation

Der erste Kontakt zu I2 ergab sich über die Projektvorstellung in dem Schulzentrum für Gesundheitsberufe. Die Studienteilnehmende bekundete nach dem Studienaufruf ihr Interesse an dem Forschungsvorhaben und einem Interview. Daraufhin folgte eine Verabredung für die Befragung im März 2018. Das Gespräch fand in dem genannten Schulungszentrum nach dem Unterricht der Teilnehmenden statt. Wieder konnte ein Klassenraum für das Interview genutzt werden. Das Interview verlief fließend bis auf eine kurze Unterbrechung nach ca. zwei Dritteln des Gesprächs. Während des Interviews waren keine weiteren Personen anwesend. Das Interview begann mit der vorformulierten Einstiegsfrage und dauerte etwa 60 Minuten. Während des Treffens wirkte die Interviewpartnerin entspannt, fröhlich und selbstsicher. Sie vermittelte den Eindruck, als habe sie sich gründlich auf das Gespräch vorbereitet, da sie ausführliche Antworten gab und es so schien, als habe sie einige Geschichten aus ihrem Arbeitsalltag zusammengestellt, welche sie in das Gespräch einfließen lassen wollte. Auf dem Heimweg nach dem offiziellen Termin erzählte I2, dass sie zwar Heimweh habe, da sie ihre Familie seit zwei Jahren nicht mehr gesehen hatte, jedoch habe sie inzwischen auch viele Freunde in Deutschland, sodass sie auf die Anerkennung ihrer Berufsqualifikation warte und dann gern in Deutschland bleiben wolle.

7.1.3 Fallbeschreibung Interview 3

Soziodemografische Daten

An dritter Stelle wurde ein Interview mit einer Pflegekraft aus Bosnien und Herzegowina geführt. I3 ist weiblich und unter 30 Jahre alt. Ihre bosnische Krankenpflegeausbildung dauerte 4 Jahre. Davon, so berichtete sie, waren die ersten drei Jahre schwerpunktmäßig Theorie und das vierte Jahr wurde in der Praxis absolviert. Letzteres leistete die Teilnehmende im Fachbereich Innere Medizin. Im Anschluss an ihre Ausbildung migrierte I3 nach Deutschland. Zum

Zeitpunkt des Interviews lebte und arbeitete sie seit zweieinhalb Jahren in Deutschland. Auf die Pflegefachkräftesituation in Deutschland und die daraus resultierenden Arbeitsmarktchancen wurde I3 durch eine bosnische Freundin aufmerksam gemacht, welche bereits in Deutschland in der Pflege arbeitete. Diese berichtete ihr, dass in ihrer Klinik Stellen im Pflegebereich ausgeschrieben waren und stellte den Kontakt her. I3 erzählte während des Interviews, dass sie in Deutschland schwerpunktmäßig in der Fachrichtung Innere Medizin und Chirurgie arbeitete. Sie halte die Innere Medizin für einen guten Einstieg in die Pflegepraxis, da sie dort sehr viele verschiedene Krankheitsbilder kennen lerne und anschließend besser entscheiden könne, ob sie sich in einer der kennengelernten Fachrichtungen weiterbilden möchte. Zum Zeitpunkt des Interviews arbeitete sie als Pflegehilfskraft, da ihre bosnische Berufsqualifikation von der zuständigen Behörde als nicht gleichwertig mit der deutschen Pflegequalifikation bewertet wurde. Neben ihren beruflichen Verpflichtungen besuchte sie einen Anerkennungslehrgang an ihrem Wohn- und Arbeitsort, welcher über das IQ-Netzwerk NRW organisiert wurde. Die Interviewteilnehmende war zum Zeitpunkt des Gesprächs ledig und hatte keine Kinder.

Erhebungssituation

Durch postalische Verbreitung der Studieninformationen erreichte der Aufruf mehrere Einrichtungen, in denen Qualifizierungsmaßnahmen und Lehrgänge des IQ-Netzwerkes angeboten wurden. Die Lehrerin verteilte daraufhin die beigelegten Flyer in ihrem Anerkennungskurs, woraufhin I3 per E-Mail Kontakt aufnahm und ihr Interesse an einem Interview bekundete. Die Verabredung erfolgte im März 2018 in der Nähe des Schulungszentrums nach dem Lehrgang, den sie dort besuchte. Die Teilnehmende schlug ein nahegelegenes Café als Interviewort vor, das sich als dafür geeignet erwies. Die Tische waren weit genug voneinander entfernt, sodass genügend Privatsphäre für das Gespräch herrschte. Auch wurde das Interview nicht von den Servicekräften unterbrochen, da an einer Theke bestellt werden musste. Die Teilnehmende wirkte während des Treffens aufgeschlossen und freundlich. Sie machte einen reflektierten Eindruck, da sie die Fragen detailliert beantwortete und ausführlich von ihren Erfahrungen und Sichtweisen auf den Pflegealltag berichtete. Das Interview dauerte 34 Minuten, das Treffen jedoch den ganzen Nachmittag. Nachdem die Aufnahme ausgeschaltet wurde, erzählte I3 noch weiter von ihrer Arbeit und den Aufgaben, die sie im Dienst in Deutschland erfüllte. Sie trug bereits sehr viel Verantwortung, leistete bspw. Nachtschichten allein auf einer Station, obwohl sie zum Zeitpunkt des Gesprächs als Pflegehilfskraft und nicht als Fachkraft beschäftigt war. I3 brachte zum Treffen einen Bekannten aus ihrem Anpassungslehrgang mit, welcher auch aus Bosnien und Herzegowina stammte und in Deutschland in einem Pflegeberuf tätig war. Auch er signalisierte Interesse an der Studie, sodass er während des Treffens mit I3 blieb und das Interview phasenweise in Anwesenheit des Bekannten stattfand. Er verhielt sich passiv, übersetzte an einer Stelle des Gesprächs eine Redensart vom Bosnischen ins Deutsche.

7.1.4 Fallbeschreibung Interview 4

Soziodemografische Daten

Mit I4 nahm ein männlicher Teilnehmer an der Studie teil. Er ist zum Zeitpunkt des Interviews jünger als 30 Jahre und stammt wie I3 auch aus Bosnien und Herzegowina. Dort ist er geboren, aufgewachsen und hat seine pflegerische Qualifikation erlangt. I4 erklärte, dass seine Ausbildung durch die katholische Kirche und von Nonnen organisiert war und sich leicht von der Ausbildung unterschied, wie sie I3 absolvierte. Beispielsweise dauerte seine Ausbildung 4,5 Jahre und beinhaltete während der Zeit mehrere Praxiseinsätze. Er berichtete, dass er bereits Berufserfahrung in der Inneren Medizin, der Notaufnahme und besonders in der Intensivversorgung sammeln konnte. Des Weiteren äußerte I4, dass er sich schon zu Beginn seiner Ausbildung darüber im Klaren war, dass er mit dem pflegerischen Abschluss gute Chancen hatte, in Deutschland eine berufliche Perspektive zu haben, und dass er von Bosnien und Herzegowina nach Deutschland migrieren wollte. Direkt nach dem Erhalt seiner Berufsqualifikation bewarb er sich bei einer Vermittlungsagentur in Bosnien, welche ihm zu einer Stelle in Niedersachsen verhalf. I4 berichtete, dass er zu Beginn in einem ländlich gelegenen Klinikum gearbeitet hatte, was ihm aufgrund der Abgeschiedenheit so schlecht gefiel, dass er direkt versuchte, einen Arbeitsplatz in einem Krankenhaus in einer großen Stadt in Norddeutschland zu finden. Er erwähnte, dass ihm bei der Suche viele Schwierigkeiten durch die Einwanderungsbehörden der verschiedenen Bundesländer begegneten. Zum Zeitpunkt des Interviews wohnte I4 mit seinem Partner zusammen und hatte keine Kinder. Er lebte und arbeitete etwa drei Jahre in Deutschland und ist in der Zeit schon von Niedersachsen nach NRW umgezogen. Der Teilnehmende berichtete davon, in Deutschland bereits in der Intensivpflege, der Inneren Medizin und zum Zeitpunkt des Interviews auf einer Privatstation gearbeitet zu haben. Jedoch fehlte ihm die Anerkennung seines bosnischen Abschlusses, sodass er zum Zeitpunkt des Interviews als Pflegehilfskraft angestellt war und einen Anerkennungslehrgang an seinem Wohnort in NRW belegte. Der Studienteilnehmer sprach die Sprache bereits beinahe akzentfrei, was er damit erklärte, dass er als Kind während des Kosovokriegs sehr viel Fernsehen schauen durfte und da dies aufgrund zerstörter Kabelleitungen weitestgehend nur über Satellit möglich war, lief bei seiner Familie so viel deutsches Fernsehen, dass er über den *KIKKA* (Fernsehsender von ARD und ZDF für Kinder und Jugendliche) so gut die Sprache lernte, dass er sich mit seinen Cousins und Cousinen bereits im Kindesalter auf Deutsch unterhalten konnte.

Erhebungssituation

Den Kontakt zu I4 stellte Studienteilnehmerin I3 her, indem sie ihn mit zu ihrem Interviewtermin nahm. Im Anschluss an ihr Gespräch konnte das Interview mit I4 im März 2018 erfolgen. Das Interview wurde im bereits erwähnten Café durchgeführt. Auch das Treffen mit I4 dauerte den

ganzen Nachmittag, obwohl das Interview davon nur 70 Minuten einnahm. I4 wirkte währenddessen sehr kommunikativ und spontan, teilweise neigte er zu Abschweifungen. Bevor die Tonaufnahme gestartet wurde, fand eine längere Unterhaltung statt. Der Teilnehmende berichtete von seinem beruflichen Alltag und hob hervor, dass er trotz seiner Tätigkeit als Pflegeassistent bereits sehr viel Verantwortung trage, die über die offiziellen Anforderungen an eine Hilfskraft hinausgehen. Seinen Arbeitsalltag in Deutschland bewertete er als stressig und wenig zumutbar. Diese Aussage unterstrich er mit einer Erzählung über sechs aus Spanien und sechs aus Italien rekrutierten Pflegefachkräften, die ihm zufolge aufgrund der Arbeitsbedingungen sofort wieder in ihre Herkunftsländer zurückgekehrt seien. Des Weiteren empörte er sich über die von ihm empfundene Willkür bei Behördengängen; die Benachteiligung seiner Person wurde thematisiert. Nach dem Interview geriet I4 etwas in Eile und die Verabschiedung erfolgte etwas plötzlich und schnell, da er einen Freund abholen wollte, welcher ihn über das Wochenende besuchte. Die Gesprächssituation vor und während des Interviews fand in Anwesenheit von I3 statt. Sie verhielt sich passiv und griff nicht in das Gespräch ein. Manchmal lachte sie über die ausführlichen Erzählungen von I4.

7.1.5 Fallbeschreibung Interview 5

Soziodemografische Daten

An fünfter Stelle wurde ein Interview mit einer Altenpflegefachkraft geführt. Der Teilnehmer I5 ist im Iran geboren und aufgewachsen. Er ist männlich und zwischen 40 und 49 Jahre alt. Im Iran absolvierte er ein dreijähriges Studium zur Pflegekraft und spezialisierte sich auf die Anästhesiepflege. Er erzählte, dass zu seinen Tätigkeiten im Iran bspw. Verlegungsfahrten und die Überwachung von sedierten und beatmeten Patienten im Rettungswagen zählten. Auch habe er fünf Jahre im Operationsbereich gearbeitet. I5 deutete an, wegen der politischen Situation und aufgrund von Kriegserlebnissen im Jugendalter vom Iran in die Bundesrepublik Deutschland migriert zu sein. Zum Zeitpunkt des Interviews lebte I5 seit 22 Jahren in Deutschland, besitzt die deutsche Staatsbürgerschaft und arbeitete seit sechs Jahren in der Altenpflege. Er ist verheiratet und hat zwei Kinder. Da seine iranische Berufsqualifikation nicht anerkannt wurde, vermittelte ihm das Jobcenter erst einen Praktikums- und später einen Ausbildungsplatz in einer Altenpflegeeinrichtung in der Nähe seines Wohnorts in Hessen. Nach einiger Zeit des Abwägens entschied er sich dazu, erneut eine Pflegeausbildung zu absolvieren. Während des Gesprächs begründete er seine Entscheidung für die Altenpflege damit, dass ein naher Familienangehöriger, der im Iran lebte schwer erkrankte und er aufgrund der Entfernung dieser Person nicht beistehen und helfen konnte. I5 gab an, durch seine Arbeit im Seniorenbereich etwas zurückgeben zu wollen.

Erhebungssituation

Der Termin für das Interview mit I5 kam im April 2018 zustande. Der Teilnehmende hatte von jemandem aus seinem Bekanntenkreis einen Flyer der Studie erhalten, woraufhin er den Kontakt suchte und sein Interesse an der Studie bekundete. Das Interview wurde in der Privatwohnung des Teilnehmers geführt. Anwesend war während des Treffens auch seine Ehefrau. Einige Male klinkte sie sich in das Gespräch ein und konkretisierte Erzählungen von I5. Auch sie war aus dem Iran emigriert, wo sie im medizinischen Bereich gearbeitet hatte. Der Empfang und die Verabredung verliefen sehr gastfreundlich und herzlich. Die Familie wirkte modern. Das Interview dauerte insgesamt etwa eineinhalb Stunden. Nach ca. einer Stunde wünschte sich der Teilnehmende eine kurze Pause, um auf der Terrasse eine Zigarette rauchen zu können. Es gab keine weiteren Unterbrechungen und das Interview verlief ohne Störungen.

7.1.6 Fallbeschreibung Interview 6

Soziodemografische Daten

Der Interviewteilnehmende I6 ist eine nigerianische Pflegefachkraft, männlich und zwischen 40 und 49 Jahre alt. Er ist in Nigeria geboren und aufgewachsen und absolvierte dort eine dreijährige Pflegeausbildung. Anschließend arbeitete er auf einer kardiologischen Station, wechselte jedoch bald in die Ölindustrie, um auf einer Ölplattform schnelles Geld für seine geplante Migration zu verdienen. Er lebte zum Zeitpunkt des Interviews seit 25 Jahren in Deutschland und arbeitete davon etwa 17 Jahre in der Altenpflege. Der Teilnehmende erzählte während des Treffens, dass er ursprünglich gar nicht in Deutschland bleiben wollte; eigentlich wollten seine Frau und er mit dem gemeinsamen Kind in die USA migrieren. Dafür hätte er schon alle Unterlagen und Genehmigungen zusammen gehabt sowie einen entsprechenden Sprachtest und eine U.S.-amerikanische Pflegeprüfung bestanden. Dann wurde seine Frau mit Zwillingen schwanger und die Familie entschied sich dazu, in Deutschland zu bleiben. Zu dem Zeitpunkt versuchte er, einen Job in Deutschland zu finden. Durch das Jobcenter wurde ihm seine erste Stelle in der Altenpflege vermittelt. I6 erzählte, dass er etwa zwei bis drei Monate auf seine Anerkennung durch die zuständige Behörde warten musste und so lange als Altenpflegehilfskraft in einem Altenpflegeheim arbeitete. Nach Anerkennung seiner Pflegequalifikation wurde sein Vertrag entsprechend dem einer Fachkraft angepasst. Da I6 nach eigenen Angaben zwischen Wohn- und Arbeitsort etwa eine Stunde pendeln musste, entschied er sich, nach einer Arbeitsstelle zu suchen, welche näher an seinem Wohnort lag. Dadurch erhoffte er sich mehr Zeit für seine Familie. Er fand eine neue Arbeitsstelle in einem Seniorenzentrum in der Nähe seines Wohnorts, welche er fußläufig erreichen könne. Dort machte er eine Fachweiterbildung als Pflegedienstleitung und gab an, inzwischen als Stationsleitung zu arbeiten. In dieser Funktion ist er auch zum Zeitpunkt des Interviews tätig.

Erhebungssituation

Ein erster Kontakt zu I6 ergab sich während einer Veranstaltung des Ausländerbeirats in dem I6 aktives Mitglied ist. Während dieser Veranstaltung im Juni 2018 wurde das Promotionsprojekt vorgestellt. Nach der Projektvorstellung und einen Studienaufwurf bekundete I6 in einem ersten Gespräch sein Interesse an einem Interview, woraufhin ihm ein Flyer mit den Kontaktdaten aushändigigt wurde. Daraufhin nahm er per E-Mail Kontakt auf und es folgte eine Verabredung für das Interview. Das Interview fand im Juli 2018 im Büro der Verfasserin statt. Am Tag des Treffens machte I6 den Eindruck, dass er offen und positiv in die Interviewsituation kam und Lust auf das Gespräch hatte. Bevor die Tonbandaufnahme gestartet wurde, erzählte er von mehreren sozialen Projekten, in welchen er zu diesem Zeitpunkt aktiv mitarbeitete. Mit diesen Ausführungen, so der Eindruck, wollte er seine Hilfsbereitschaft ausdrücken und vermitteln, dass er gern an Projekten teilnahm, die der Allgemeinheit dienen. Während des Interviewtermins waren nur der Teilnehmende und die Interviewerin anwesend. Das Gespräch dauerte 115 Minuten. Unterbrochen wurde es einmal nach etwa zwei Dritteln der Zeit durch einen Telefonanruf.

7.1.7 Fallbeschreibung Interview 7

Soziodemografische Daten

An siebter Stelle wurde ein Interview mit einer Pflegehilfskraft aus Spanien geführt. I7 gab an, dass ihre Ausbildung in Spanien zwei Jahre gedauert habe. I7 ist weiblich, unter 30 Jahre alt und arbeitete zum Zeitpunkt des Interviews seit etwa einem Jahr als Hilfskraft in der Altenpflege in Deutschland. Da sie schon zu Beginn ihrer Tätigkeit in Deutschland ihren Wunsch nach beruflicher Perspektive geäußert hatte, bekam sie von ihrem Arbeitgeber die Möglichkeit, parallel zu ihrer Tätigkeit als Altenpflegehilfskraft eine Altenpflegeausbildung zu absolvieren. Zum Zeitpunkt des Interviews hatte sie bereits zehn Monate lang an der Ausbildung teilgenommen. Ihre in Spanien erworbene Berufsqualifikation sowie ihre Berufserfahrung konnte sie sich nicht auf die Altenpflegeausbildung anrechnen lassen. Bevor I7 in die Bundesrepublik Deutschland migrierte, hatte sie in Spanien bereits in einer Wohneinrichtung gearbeitet, in welcher Menschen mit Behinderungen oder gesundheitlichen Einschränkungen lebten. Sie gab an, schwerpunktmäßig mit Menschen mit Trisomie 21 gearbeitet zu haben, jedoch auch mit Pflegebedürftigen, die z. B. nach einem Schlaganfall nicht mehr allein zu Hause wohnen konnten. Vor dem Interview hatte I7 von der hohen Jugendarbeitslosigkeit in Spanien und ihrer damaligen Verunsicherung berichtet, ggf. ihre Arbeitsstelle zu verlieren und keine Neuanstellung finden zu können. Auf die Pflegefachkräftesituation in Deutschland wurde I7 über das Internet aufmerksam. Sie fand eine Messeausstellung, welche der Anwerbung von spanischen Pflegefach- und Pflegehilfskräften nach Deutschland diene. Auf dieser Veranstaltung lernte

sie ihren deutschen Arbeitgeber kennen, bei welchem sie zum Zeitpunkt des Interviewtermins beschäftigt war, knüpfte erste Kontakte zu anderen Interessenten und meldete sich zu einem Sprachvorbereitungskurs an. Dort lernte sie Deutsch bis zum erforderlichen B2-Niveau. I7 betonte während des Treffens, dass sie sich zu diesem Zeitpunkt nicht vorstellen könne, wieder zurück nach Spanien zu ziehen.

Erhebungssituation

Der Kontakt zur Interviewteilnehmerin wurde über eine dritte Person hergestellt, welche zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme im Koordinationsbereich des Rekrutierungsprojekts des Arbeitgebers von I7 tätig war. Da bekannt war, dass durch die Verantwortlichen der Einrichtung verstärkt Pflegekräfte aus EU-Ländern angeworben wurden, erfolgte dort bei einem Treffen im Juni 2018 die Vorstellung des Forschungsprojekts. Die Verantwortlichen sagten ihre Unterstützung bei der Studie und der Suche nach Interviewteilnehmenden zu. Kurz nach diesem Termin nahm eine weitere Projektmitarbeiterin aus der Einrichtung den Kontakt auf und teilte mit, dass sie drei Pflegerinnen gefunden hatte, die an der Studie teilhaben wollten. Daraufhin erfolgte sowohl die Suche nach einem Termin zum Kennenlernen als auch eine Verabredung mit I7 im August 2018 für das Interview. Die Teilnehmende wirkte vom ersten Eindruck her vergleichsweise jung, freundlich und aufgeschlossen. Auffallend war, dass sie schnell ihre Unsicherheit ablegte, Vertrauen fasste, viel erzählte und während des Treffens häufig lachte. Ihre anfängliche Nervosität zeigte sich durch vermehrtes Kratzen an ihrem mitgebrachten Kaffeebecher zu Beginn des Gesprächs. Die Interviewsituation fand im Büro der Verfasserin statt. Während des etwa 60-minütigen Interviews waren nur die Interviewte und die Interviewerin anwesend. Bevor die Tonbandaufnahme startete, erwähnte I7, dass ihr die Abläufe von Forschungsprojekten aus Spanien bekannt seien und dass sie bei der Anfrage für eine mögliche Teilnahme direkt entschlossen war, sich an der Studie zu beteiligen.

7.1.8 Fallbeschreibung Interview 8

Soziodemografische Daten

Das achte und letzte Interview wurde mit einer weiteren Pflegehilfskraft geführt. I8 wurde in Spanien geboren, wuchs dort auf und absolvierte eine zweijährige Ausbildung zur Pflegehilfskraft. Bevor I8 in die Bundesrepublik Deutschland migrierte, hatte sie sieben Jahre lang Arbeitserfahrung in Senioreneinrichtungen in Spanien gesammelt. Sie gab an, dass sie dort schwerpunktmäßig für die Pflege und Betreuung von pflegebedürftigen älteren Menschen zuständig gewesen war. Bei ihren Ausführungen war auffällig, dass sie Pflege und Betreuung stark von medizinisch-pflegerischen Tätigkeiten abgrenzte, welche in ihrer ehemaligen Einrichtung in den Aufgabenbereich der Pflegefachkräfte fielen. I8 ist weiblich, unter 30 Jahre alt

und arbeitete zum Zeitpunkt des Interviews seit etwa einem Jahr als Pflegehilfskraft in der Altenpflege in Deutschland. Wie auch I7 bekam sie von ihrem Arbeitgeber die Möglichkeit, parallel zu ihrer Tätigkeit als Altenpflegehilfskraft, eine Altenpflegeausbildung zu absolvieren. Zum Zeitpunkt des Interviews stand I8 kurz vor dem Abschluss des ersten Ausbildungsjahres. Auch sie konnte sich weder Inhalte ihrer Berufsqualifikation noch ihre Berufserfahrung für die Altenpflegeausbildung in Deutschland anrechnen lassen. Die Interviewteilnehmerin erzählte beim ersten Treffen zum Kennenlernen, dass sie nach Deutschland ziehen wollte, da sie Freude daran habe, andere Sprachen zu lernen, sich gern beruflich weiterentwickeln und sie Abwechslung und Veränderungen möge. Auf die Möglichkeit einer Arbeitsmigration nach Deutschland machte eine Freundin die Teilnehmende aufmerksam, die gemeinsam mit I8 aus Spanien auswanderte, da sie in Spanien aufgrund ihrer Arbeitslosigkeit für sich keine Perspektive sah. I8 schloss sich ihrer Freundin an und sie belegten zusammen einen Sprachkurs, welcher sie bis zum erforderlichen B2 Niveau vorbereitete. Ihren Arbeitgeber in Deutschland fand I8 per Initiativbewerbung.

Erhebungssituation

Die Kontaktaufnahme zu I8 erfolgte durch die selben Gatekeeper wie bereits bei I7. Nachdem I8 den Flyer und das Informationsschreiben der Studie erhalten und der Teilnahme zugestimmt hatte, folgte eine Verabredung für das Interview. Zum Treffpunkt wurde I8 von der – bereits in der Fallbeschreibung von I7 erwähnten – Projektmitarbeiterin begleitet. Sie verabschiedeten sich jedoch vor dem Interview, sodass während der Datenerhebung keine weitere Person im Raum anwesend war. Die Interviewsituation fand im August 2018 im Büro der Verfasserin statt. Bei dem Treffen fiel auf, dass die Teilnehmende für die kurze Zeit in Deutschland schon auffallend gut Deutsch sprach. Durch ihre Erzählungen, warum sie sich für das Arbeiten in Deutschland entschieden hatte, wirkte sie mutig, zielstrebig und selbstbewusst. I8 betonte, wie gern sie neue Kontakte knüpfte und dass sie gern mit dem Interview das Forschungsprojekt unterstützen wolle. Sie sei bei der Anfrage über eine mögliche Teilnahme direkt entschlossen gewesen, sich an der Studie zu beteiligen. Das Interview dauerte etwa 45 Minuten. Es kam zu keinen Unterbrechungen.

7.1.9 Zusammenfassende Übersicht über die Teilnehmenden

Die vorangestellten Fallbeschreibungen bilden zentrale Informationen über die acht Studienteilnehmenden sowie die jeweiligen Erhebungssituationen der Datenmaterialsammlung ab. Zwecks übersichtlicher Darstellung der Informationen zu den Befragten werden in Tabelle 6 die wesentlichen soziodemografischen Daten der Interviewteilnehmenden I1 – I8 zusammengefasst.

Tabelle 6: Soziodemografische Daten der Interviewteilnehmenden

Interviewteilnehmende	Herkunftsland	Alter	Abschluss	Status in Deutschland	Fachbereich in Deutschland	Bundesland
I1	Philippinen	zw. 40 u. 49	Studium (Bachelor)	PHK	Geriatrie	NRW
I2	Simbabwe	u 30	Ausbildung	PHK	Kardiologie	NRW
I3	Bosnien und Herzegowina	u 30	Ausbildung	PHK	Innere Medizin	NRW
I4	Bosnien und Herzegowina	u 30	Ausbildung	PHK	Privatstation	NRW
I5	Iran	zw. 40 u. 49	Studium (Titel unbekannt)	AP	Wohnheim	Hessen
I6	Nigeria	zw. 40 u. 49	Ausbildung	AP	Wohnheim	Hessen
I7	Spanien	u 30	Ausbildung	APHK	Wohnheim	Hessen
I8	Spanien	u 30	Ausbildung	APHK	Wohnheim	Hessen

7.2 Erfahrungswelten der zugezogenen Pflegekräfte – Befunde der Studie

Durch die Datenanalyse konnten zwei Hauptphänomene der Erfahrungswelten des beruflichen Alltags der zugezogenen Pflegekräfte in dem gesammelten Datenmaterial identifiziert werden. Bevor diese in den folgenden Unterkapiteln ausführlich vorgestellt werden, geben die nachfolgenden Ausführungen einen kurzen Überblick über den weiteren Aufbau des vorliegenden Kapitels. Den beiden Phänomenen entsprechend – diese werden nachfolgend benannt – erfolgt die Darstellung der Befunde der Studie entlang dieser zwei Themenkomplexe:

- *Erfahrungen und Anforderungen des Arbeitsalltags in Deutschland,*
- *Auseinandersetzung mit den und wechselseitige Reaktionen auf die adressierten Handlungserwartungen.*

Eine dezidierte Übersicht über die weiteren aus dem Material entwickelten Themen und Subthemen findet sich in Tabelle 7. Zusätzlich sei an dieser Stelle darauf verwiesen, dass nachfolgend im Fließtext verwendete Zitate dem Regelsystem der Transkription folgen und

nicht der deutschen Rechtschreibung entsprechen. Die Zitate werden jeweils mit Angaben über die entsprechenden Absätze der Transkripte ausgewiesen. Diese orientieren sich an den jeweiligen MAXQDA-Dateien.

Tabelle 7: Übersicht über Hauptthemenkomplexe, Themen und Subthemen

Hauptthemenkomplexe	Themen	Subthemen
Erfahrungen und Anforderungen des Arbeitsalltags in Deutschland	Erfahrungen der klinischen pflegerischen Versorgung: Sichtweisen auf die Pflege in Deutschland	Starr strukturierte Arbeitsabläufe; Quantität vor Qualität bei hoher Arbeitsbelastung; Erwartungen, Wiedererkennung und Ernüchterung
	Erfahrungen der klinischen pflegerischen Versorgung: Aufgabenkomplexe und Rollenzuschreibungen	Anforderungen an die zugezogenen Pflegekräfte
	Erfahrungen des Altenpflegesettings: Sichtweisen auf die Pflege in Deutschland	Hohe Arbeitsbelastung durch Zeitdruck und einen niedrigen Personalschlüssel; Eine konfliktbelastete Arbeitsatmosphäre; Erwartungen und Enttäuschungen
	Erfahrungen des Altenpflegesettings: Aufgabenkomplexe und Rollenzuschreibungen	Anforderungen an die zugezogenen Pflegekräfte
Auseinandersetzung mit den Rollenzuschreibungen und wechselseitige Reaktionen auf die adressierten Handlungserwartungen	Positionierungen gegenüber den Rollenzuschreibungen	Positionen aus Fall I1 – I8
	Reaktionen auf die Rollenzuschreibungen vonseiten der Zugezogenen sowie der Arbeitsgruppen	Reaktionen aus Fall I1 – I8

7.2.1 Erfahrungen und Anforderungen des Arbeitsalltags in Deutschland – Hauptthema 1

Die von den Befragten beschriebenen *Erfahrungen und Anforderungen des Arbeitsalltags in Deutschland* zeigen, welche Aufgabenkomplexe und Rollenzuschreibungen ihnen im Arbeitsalltag in Deutschland begegnen. Die folgenden Beschreibungen dienen einem grundlegenden Verständnis der Perspektiven der zugezogenen Pflegekräfte und konzentrieren sich auf die an die Befragten im Arbeitsvollzug gerichteten Erwartungen. Durch die Einnahme des Blickwinkels der Zugezogenen ermöglicht das vorliegende Kapitel eine Insider-Perspektive in die Erfahrungswelt der Befragten bzgl. des Arbeitsalltags in der Pflege in Deutschland. Dabei werden die Erkenntnisse für die Versorgungsbereiche klinische, stationäre Pflege und Altenpflege getrennt voneinander analysiert. Diese Trennung erfolgte nicht zuletzt deswegen, weil die Arbeitsbereiche von den Studienteilnehmenden verschieden wahrgenommen werden und sich die Erfahrungen und damit die aus dem Material entwickelten Subthemen in den beiden Versorgungsbereichen unterscheiden. Entsprechend erfolgt die Unterteilung der folgenden Unterkapitel in den klinischen pflegerischen Bereich (Kapitel 7.2.1.1 und Kapitel 6.2.1.2) und in das Setting der Altenpflgewohnheime (Kapitel 7.2.1.3 und Kapitel 7.2.1.4). Anschließend werden die Pflegebereiche in einem zusammenfassenden Vergleich (s. Kapitel 7.2.1.5) wieder zusammengeführt.

7.2.1.1 Erfahrungen der klinischen pflegerischen Versorgung: Sichtweisen auf die Pflege in Deutschland

Um zu erfahren, ob und welche besonderen charakteristischen Merkmale die zugezogenen Pflegekräfte dem Pflegeberuf im klinischen Setting zuschreiben, wurden sie in den Interviews gebeten, aus ihrem Arbeits- und Stationsalltag in Deutschland zu erzählen. In den untergeordneten Absätzen werden die Erzählungen thematisch in Subthemen aufgegliedert, um einen umfassenden Einblick in den Arbeitsalltag der Befragten (I1 - I4) zu ermöglichen. Die nachfolgenden Untergliederungen des Kapitels zeigen zusätzlich auf, welche Erwartungen und Regelsysteme an die Befragten adressiert werden, in welche es sich für sie einzufügen gilt. Die drei Subthemen lauten: Starr strukturierte Arbeitsabläufe; Quantität vor Qualität bei hoher Arbeitsbelastung; Erwartungen, Wiedererkennung und Ernüchterung.

Starr strukturierte Arbeitsabläufe – „muss man in der=in der Linie bleiben“ (I2, Abs. 6)

Durch die Erzählungen der migrierten Pflegekräfte, welche im klinischen Setting arbeiten, wird transparent, dass den Zugezogenen in Deutschland eine strenge Aufgabenverteilung und stark strukturierte Arbeitsabläufe begegnen. Bereits das einleitende Interviewexzerpt von I2 („muss man in der=in der Linie bleiben“) weist auf diesen Zusammenhang hin und verdeutlicht

die Verbindlichkeit der Arbeitsabläufe. Weiterführend beschreibt die Interviewteilnehmende die von ihr wahrgenommene Arbeitsorganisation wie nachfolgend dargestellt:

„[...] es ist auch so die Aufgaben sind so streng, also verteilt beim Aufgabenverteilung. Es ist so klar was man machen muss genau und wenn du so das machen musst zum Beispiel Blutzucker messen oder Blutdruck messen, dann muss man besonders das für den Tag machen. Wenn man vielleicht etwas machen muss obwohl man für diesen Tag besonders Blutzucker messen sollte muss man etwas also Bescheid geben ja.“ (I2, Abs. 6).

Mit dieser Aussage stellt die Befragte heraus, dass in ihrer Arbeitsgruppe regelmäßig Aufgaben an die Pflegenden verteilt werden, welche für einen verabredeten Zeitraum auszufüllen sind. Wie bereits mit der Überschrift hervorgehoben wurde, gilt es für I2, sich in diese Arbeitsorganisation einzufügen. Für eine Abweichung von den an sie gestellten Vorgaben kann sie sich nicht frei entscheiden, sondern sie muss diese im Team melden („muss man etwas also Bescheid geben“). Dadurch ergibt sich für die Befragte eine enge Arbeitsorganisation, in der kaum Möglichkeiten für Eigenleistungen bzw. eigene Entscheidungen gegeben zu sein scheinen. Das nachstehende Zitat verdeutlicht I2s Sichtweise auf die starr strukturierten Arbeitsabläufe:

„[...] wenn ich für den Tag, für die [...] Vitalzeichen zuständig bin, dann muss ich das machen, also ich m- ich muss immer mich um kümmern, dass alle die Vitalzeichen auf Station gemessen sind, genau. Ich kann nicht einspringen und sagen, ich wasch mal ein Patient, ohne, Blutzucker zu messen oder ohne Temperatur zu messen dann kommt vielleicht jemand danach und fragt "Du hast aber kein Temperatur nicht gemessen.", dann ich muss wirklich nach diese Vitalzeichen, ja. Also immer Vitalzeichen messen o:der wenn ich, ähm, für=den Begleitung, des Patient, dann zuständig bin dann muss ich immer, also sichern dass alle Patienten die alle Untersuchungen in den Tag haben begleite ansonsten, nein also es ist so funktionell ja es ist so funktionell einer macht das einer macht das“ (I2, Abs. 44).

Mit dieser Aussage unterstreicht I2, in welch starkem Ausmaß ihr Arbeitsalltag durch eine strenge Funktionspflege für sie tätigkeitsorientiert organisiert erscheint. Dass diese funktionale Organisation nicht nur sie betrifft oder nur für sie aufgrund ihres besonderen Status gilt, wird auch in dem Zitat deutlich („einer macht das einer macht das“). An anderer Stelle im Gespräch akzentuiert sie zudem, dass diese Organisation auch „für die anderen im Team“ (I2, Abs. 49), für „die Examinierten“ (I2, Abs. 51) gilt. Nicht nur für I2 ist die Einmündung in diese neue und zunächst unbekannte Arbeitsorganisation eine Herausforderung. Auch I1 schildert im Interview, dass sie während der andauernden Eingewöhnungsphase nach der Tätigkeitsaufnahme in Deutschland Zeit brauchte („jeden Tag muss ich also lernen wie das, wie das, wie, wie eine Station läuft 'wie ist.' (I1, Abs.8)), um sich in den unbekanntem Strukturen und in dem für sie neuen und anders organisierten System zurechtzufinden. Unterstützend, um sich in den fremden Strukturen zurechtzufinden, können für die Pflegekräfte mit ausländischer Berufsqualifikation während der Anfangszeit Einarbeitungszeiten sein. Jedoch erhielten nicht alle Befragten eine für sie befriedigende Einarbeitung. Besonders I4 betont mit Nachdruck: „[...] die Einarbeitung in Deutschland war, sehr schlecht, kann ich schon sagen, richtig schlecht in meinem

Fall“ (I4, Abs.4). Er habe sich gefühlt, als hätte das Kollegium versucht, ihn „einfach nur ins kalte Wasser reinzuwerfen“ (I4, Abs. 319). Mit dem Bild des *kalten Wassers* drückt I4 – wie auch schon I1 und I2 – aus, dass der Einstieg für die Zugezogenen in das deutsche Pflegewesen sowie die Auseinandersetzung mit den für sie unbekanntem Strukturen eine sehr schwierige und beängstigende Phase und Aufgabe darstellt.

Das Kollegium, in welchem die Zugezogenen durch ihren Eintritt Mitglied werden, trägt während dieser sensiblen Zeit eine besondere Verantwortung. Es formuliert, lenkt und sanktioniert die Anforderungen und Aufgaben, welche an die migrierten Fachkräfte herangetragen werden. Diese Verantwortung zeichnet sich bereits in den von I2 vorangestellten Aussagen („ich kann nicht einspringen“/ „dann kommt vielleicht jemand danach und fragt“) ab. Zusätzlich wird jedoch auch durch diese kurzen Interviewausschnitte deutlich, dass in den Arbeitsgruppen Hierarchien und Machtstrukturen zum Tragen kommen. Auch I1 berichtet in ihrem Gespräch, sie benötige das Einverständnis ihres Kollegiums, bevor sie Aufgaben übernehme, welche für sie eigentlich gängige und vertraute Tätigkeitsroutinen darstellen: „[...] ich muss natürlich fragen, ob ich darf“ (I1, Abs. 25). Dass es bzgl. des Einholens des Einverständnisses nicht bloß um die Sicherstellung bzw. Kontrolle der Aufgabenbewältigung geht, sondern auch um die Ausübung von Macht bspw. durch das Einsetzen von Sanktionen bei Abweichung von den Vorgaben, beschreibt I4. Denn wenn sich nicht an die zugeteilten Aufgaben gehalten wird, „dann kriegt man von der Chefin auf’n Deckel (I4, Abs. 40). Der Teilnehmende macht mit dieser Aussage deutlich, dass im Sanktionen drohen, falls er von den ihm zugeteilten Routinen abweicht.

Das ärztliche Personal wird von den Teilnehmenden als weitere Berufsgruppe und Faktor benannt, welche bzw. welcher für starre Routinen während des Arbeitsalltags verantwortlich ist. Durch die interprofessionelle Zusammenarbeit erleben die migrierten Pflegenden u. a. „viel Anordnung“ (I1, Abs. 116). Dies strukturiert auf der einen Seite den Arbeitstag zeitlich streng – „[...] ist der Patient zufrieden, vielleicht NEIN aber ich muss trotzdem weiter weil ja Visite kommt gleich“ (I2, Abs. 173) – und grenzt auf der anderen Seite die Ermessensspielräume der Zugezogenen noch weiter ein: „[...] der Arzt hat immer das letzte Wort“ (I2, Abs. 100). I2 erfährt durch diese Beschreibung ein ihr in dem Ausmaß unbekanntes Machtgefälle zwischen den Berufsgruppen. Zu einer ähnlichen Einschätzung kommt auch I3. Sie schildert, dass die Regelungen über die Zusammenarbeit im interprofessionellen Team sie daran hindern, ihr in Bosnien und Herzegowina erworbenes Fachwissen sowie Berufs- und Pflegeverständnis in den Pflegealltag in Deutschland einzubringen. Sie beschreibt die Kompetenzverteilung in ihrem Herkunftsland wie folgt:

„Wir entscheiden selber ob er Magensonde braucht oder nicht und wir führen das durch, und hier wenn ich merke dass jemand Magensonde vielleicht eventuell braucht, muss ich erstmal mit dem Arzt drüber reden, und dann wenn Arzt ja sagt, dann kann ich das legen. [...]. Oder zum Beispiel

beim Katheter legen, das ist auch hier nach Anordnung, in Bosnien, das ist un- unsere eigene Entscheidung, weil wir, lernt man auch hier, Indikation oder Kontraindikation, aber wir dann=äh, wir machen das dann in Wirklichkeit in Bosnien.“ (I3, Abs. 176–178).

Durch dieses Interviewexzerpt wird erneut erkennbar, dass die standardisierten Arbeitsabläufe und die streng den einzelnen Berufsgruppen zugeordneten Tätigkeiten zur Folge haben können, dass es für zuziehende Fachkräften durch enge Organisation kaum möglich ist, ihre im Herkunftsland erworbenen Kompetenzen in den Arbeitsalltag in Deutschland einzubringen. Nicht nur für I3 entstehen so Einschränkungen in ihrem pflegerischen Handeln. Auch I4 berichtet von inneren Widersprüchen zwischen seinen eigenen Vorstellungen von seinen Aufgaben als Pflegekraft und der von ihm erlebten Praxis. Als ein Beispiel für eine solche Kontroverse beschreibt er, dass seine Teamkollegen selbst in Notfallsituationen lieber warten würden

„bis n=Arzt kommt oder, Bericht schreiben (1) Patient, hat das und das, Arzt informiert. Das ist das höchste der Gefühle was man machen kann, und dann steh ich da "Ja, aber man kann das und das noch erledigen, das und das machen.““ (I4, Abs. 226).

Damit verdeutlicht I4 erneut in besonderer Dringlichkeit, dass die beschriebenen starr und funktionell organisierten Arbeitsabläufe für die Zugezogenen eine Einbuße von Ermessensspielräumen für das pflegerische Handeln zur Folge haben („man kann das und das noch erledigen“). Hinzu kommt, – dies irritiert I4 am meisten – dass durch formale Zuständigkeiten aus seiner Sicht das Verantwortungsbewusstsein der Pflegekräfte sinkt und für ihn selbstverständliche Verantwortung für die Patientinnen und Patienten an das ärztliche Kollegium abgegeben wird. In diesem Zusammenhang merkt auch I2 während ihres Interviews an, dass nicht nur Verantwortung für die zu Pflegenden an das ärztliche Team abgegeben werde. Für sie bedeuten die unterschiedlichen Zuständigkeiten sowie die geforderte Funktionspflege, dass sie weniger Wissen über die Patientinnen und Patienten habe. Dadurch fällt ihr die Identifikation mit dieser Art von pflegerischer Tätigkeitsausübung schwer:

„Also ich finde das so, okay also es ist so organisiert, also meine ich Auf- Aufgabeverteilungen, aber es ist so gefährlich wenn man so ein Krankenpflegerin ist so immer ein Aufgabe auszufüllen oder zu erledigen ohne ein Patient wirklich kennen zu lernen, warum ist der Patient hier gekommen und was für=n Medikament hat der Patient an solche also verschiedene Zeiten genommen und was hat der Patient vor, genau also so Sachen finde ich so wichtig, also in der Pflege, wenn man so nicht zuständig für ein Patient ist, dann weiß man gar nichts wie es weiter mit der Patient laufen soll, deswegen finde ich so ein bisschen schwer wenn immer eine Aufgabe mache, ohne andere Patienten auf Station wirklich kennen zu lernen.“ (I2, Abs. 10).

Die Teilnehmerin macht mit dieser Aussage – genauso wie zuvor I4 – deutlich, dass sie die starre Arbeitsorganisation als eine Gefahr für die Patientinnen und Patienten betrachtet. Dass die Mitwirkung an einem als gefährlich empfundenen pflegerischen System Frustration bei den Zugezogenen auslösen kann, ist naheliegend. I3 führt in diesem Zusammenhang aus,

dass sie sich fühle, als sei „ich, keine gute Pflegerin [...] deswegen“ (I3, Abs. 4). Für die Interviewte bedeutet die Verantwortungsübernahme für die zu Pflegenden, diese auch richtig kennen lernen zu können. Nur so könne sie „denen auch helfen“ (I3, Abs. 4). Denn ohne diese Informationen sieht sie sich folgendermaßen: „dann bin ich wie ein Roboter“ (I3, Abs. 34). Das Bild des *Roboters* verdeutlicht erneut die als schematisch empfundene Arbeitsweise in Deutschland. Überdies bringt I3 mit diesem Bild zum Ausdruck, dass ihr durch feste Strukturen und das Abarbeiten von festgelegten und eintönigen Tätigkeitsroutinen ungenügend Zeit für Zwischenmenschlichkeit und Nähe zu den zu Pflegenden bleibe.

Quantität vor Qualität bei hoher Arbeitsbelastung – „Also bitte alles schnell machen“ (I2, Abs. 173)

Die stark durchstrukturierten Arbeitsabläufe verursachen bei den Befragten eine hohe Arbeitsbelastung. Schon das einleitende Zitat zeigt, dass die zugezogenen Pflegenden das Gefühl haben, ihre an sie herangetragenen Aufgaben schnell abarbeiten zu müssen. I3 bemerkt in diesem Zusammenhang, dass sie „nicht erwartet habe dass es so viel in diese Abständen zu tun gibt“ (I3, Abs. 114). Auch daher resultiert ihr Eindruck, teils wie ein *Roboter* im täglichen Arbeitsvollzug auftreten zu müssen. Neben der Aufgabenfülle spricht sie – wie zuvor I2 im einleitenden Zitat – auch die zeitliche Komponente an. Während ein Großteil der Interviewteilnehmenden die Arbeitsbelastung bemängelt, versucht I2 jedoch die Vor- und Nachteile der stark strukturierten Abläufe gegenüberzustellen:

„Rechtzeitig arbeiten das ist auch gut; also dann:, es ist auch so ein Motivation das, um so und so Uhr musst du dann mit dem fertig sein. ((klopft bei dem Satz immer schneller auf den Tisch)) Aber es kann sein ein Problem es kann ein Problem sein wenn ich so immer, schnell arbeite, ja um ein Ziel zu erreichen obwohl ich das nicht gut gemacht habe weil um elf Uhr ich muss so Blutzucker messen. Also wir haben zehn Patienten die Diabetikern sind dann ich muss das schnell machen. Also schnell schnell schnell bitte alles schnell machen, ja bevor elf Uhr kommt dann, ich muss mit Körperpflege fertig sein, ich muss mit Visite fertig sein, ich muss alle arzlischen Ordnungen also durchführen bevor elf Uhr, damit ich das in der Übergabe berichten kann. Also bitte alles schnell machen, ja alles, es ist teilweise gut teilweise nein, nicht gut weil wir arbeiten schnell also wir sind jetzt nach dieser Quantität also wieviel Uhr haben wir gemacht also gegen Qualität wie haben wir das gemacht und wie schön haben wir das gemacht, ist der Patient zufrieden, [...]“ (I2, Abs.173).

Ausgeführt wird durch das vorangestellte Zitat, welche Gedanken sich I2 macht, um ein differenziertes Bild von der Pflege in Deutschland zu zeichnen. Sie will nicht nur ihre Sichtweise aufzeigen, sondern sie versucht auch, die andere Seite zu verstehen. Trotzdem kommt sie für sich zu dem Ergebnis, dass sie Zeitdruck sowie das schnelle Abarbeiten von Aufgaben nicht in Einklang mit dem Patientenwohl, was sie mit Patientenzufriedenheit beschreibt, bringen kann. Nicht nur I2 beschreibt negative Konsequenzen („es kann ein Problem sein wenn ich so immer, schnell arbeite, ja um ein Ziel zu erreichen obwohl ich das gar nicht gut gemacht habe“), welche aus den (zeitlich) streng geregelten Arbeitsabläufen resultieren. Alle Befragten

des klinischen Settings merken in den Interviews eine hohe Arbeitsbelastung an. Beispielsweise berichtet I4 aus seinem Arbeitsalltag:

„Ich hab jetzt auf meinem Rücken hab ich siebzehn, fünfzehn bis siebzehn Patienten, und von den siebzehn - wir hatten mal zwölf Pflegefälle, und stellen Sie sich vor wie es zwölf Pflegefälle ist zu waschen [...]. Da geht man rein so wie Terminator [...]“ (I4, Abs. 106 - 108).

Hiermit unterstreicht der Teilnehmende, dass er „die Pflege die ich will, die ich mir vorgestellt habe, [...] kann man nicht.“ (I4, 108) unter den von ihm erlebten Bedingungen durchführen. Durch den Ausdruck *Terminator* wird erneut das Bild des nicht zur sozialen Interaktion und menschlicher Zuwendung befähigten *Roboters* gezeichnet, der nach *Schema F* sein Programm ableistet. Zudem merkt I4 während des Interviews über die hohe Arbeitsbelastung an: „Also ich hab Glück wenn die Leute einmal: äh=Intimbereich gewaschen kriegen, und Gesicht bin ich glücklich dass die das mal erlebt haben“ (I4, Abs. 106). Damit verdeutlicht er erneut, dass er sich selbst bei den von ihm als Basics wahrgenommenen Aufgaben genötigt sieht, Abstriche von einer qualitativ hochwertigen Versorgung machen zu müssen, um überhaupt allen Patienten auf seiner Station ein gewisses Maß an körperbezogenen Pflegemaßnahmen bieten zu können. Auch an diesem Beispiel wird erneut deutlich, dass die zugezogenen Pflegekräfte ihren Alltag so erleben, dass von ihnen eher Quantität als Qualität bei ihren Tätigkeitsroutinen erwartet wird.

Erwartungen, Wiedererkennung und Ernüchterung – „wo ich, definitiv andere Bilder hatte“ (I4, Abs. 2)

Die Mehrheit der befragten immigrierten Pflegekräfte gibt an, vor dem Zuzug nach Deutschland etwas Anderes erwartet zu haben: „[...] ich dachte (3) die Pflege ist das gleiche [...] weltweit“ (I2, Abs. 111). I4 erklärt diese Erwartungshaltung damit, dass „der Körper [...] in Bosnien wie in Deutschland gleich“ (I4, Abs. 41) sei. Durch die vorangestellten Aussagen bringen die Interviewteilnehmenden zum Ausdruck, dass sie vor ihrer Migration annahmen, dass sich hinsichtlich ihrer beruflichen Tätigkeit bzw. ihrer beruflichen Rolle als Pflegekraft nicht allzu viel ändern wird. I4 macht dies daran fest, dass die Physiologie des Körpers über Ländergrenzen hinweg gilt. Durch diese Aussage zeigt sich auch sein medizinisch ausgerichtetes Verständnis vom Pflegeberuf. Jedoch erleben die Interviewten einen schweren Start in der Pflege im klinischen Setting in Deutschland. I1 schildert dazu: Sie wisse „nicht wie der richtige Pflege hier“ (I1, Abs. 6) funktioniere und „wie eine Station 'wie ist.'“ (I1, Abs. 8). Durch diesen Einblick in ihre Anfangszeit im Pflegeberuf in Deutschland bringt die Interviewteilnehmende zum Ausdruck, dass sie zwar Routinen des Stationsalltags erkannt habe, welche in ihrem Team Geltung haben und befolgt werden, jedoch scheint ihr trotzdem nicht klar zu sein, was genau von ihr erwartet werde, „weil, ich hab kein Idee wie das, wie das geht, wie das macht, also weil bei

uns hat -. Wir machen das nicht“ (I1, Abs. 43). Diese Unwissenheit und Irritation über bestimmte Aufgabenzuschreibungen verunsichern die Teilnehmende stark. Sie gibt zu, am ersten Tag „geweint“ (I1, Abs. 37) zu haben. Schon durch diese kurzen vorangestellten Interviewexzerpte wird deutlich, dass die anfänglichen Annahmen der Befragten darüber, dass die Pflege in Deutschland genauso wie in den Herkunftsländern sei, sich nicht bewahrheiten konnten.

Auch I3 äußert Verunsicherung und Überforderung zu Beginn ihrer Tätigkeit in Deutschland: „[...] als ich erst gekommen bin, hatte ich das Gefühl dass alles anderes hier ist, andere Infusionssysteme, andere Betten äh, Lagerungskissen, Inhalationsgeräte, Absaugergeräte. Ich dachte dass alles so wie ein Spaceshuttle ist und dann hatte ich Angst irgendwas zu machen“ (I3, Abs. 51). Durch die Bezeichnung *Spaceshuttle* bringt die Befragte zum Ausdruck, dass sie mit dem Pflegeberuf in Deutschland zu Beginn der Tätigkeit nicht nur etwas weitentwickeltes Technisches, also eine hochtechnologisierte Pflege, sondern auch etwas Unbekanntes und Angsteinflößendes assoziierte, wobei ein kleiner Fehler weitreichende Folgen auslösen kann. Deswegen schüchtert die Vorstellung des *Spaceshuttles* die Teilnehmende so sehr ein, dass sie nicht die ihr bekannten Tätigkeitsroutinen ausführen kann:

„Meine äh Excheffin damals als ich erst gekommen bin an meinem ersten Tag hat sie mich gefragt, ob ich äh Infusionen vorbereiten kann. Und ich hab "Nein" gesagt, obwohl ich das tausendmal in Bosnien gemacht habe, weil ich dachte ok vielleicht gibt es irgendwas noch was ich nicht kenne was es hier gibt, weil das das war meine Vorstellung“ (I3, Abs. 51).

Während sich I3 durch technische Elemente verunsichern ließ, welche vornehmlich bei der Behandlungspflege angewendet werden, stellte das *Spaceshuttle* bzw. das unbekannte Neue für I1 etwas anders dar: „[...] hab ich kein Idee wie das zum Beispiel ((lacht)) wie Pflege ist, wie, also wie der Patienten waschen, wie die Patienten Zähne putzen, da habe ich keine Idee [...]“ (I1, Abs. 33). I1 macht mit dieser Erklärung deutlich, dass für sie die körperbezogenen Handlungserwartungen neue und bislang unbekannte Aufgaben im Tätigkeitskatalog einer Pflegekraft darstellen. Dies verbindet sie nicht mit den Aufgaben einer Fachkraft aus ihrem Herkunftsland. I2s erster Eindruck von einer fortgeschrittenen Medizintechnik in Deutschland deckt sich in etwa mit dem von I3. Jedoch hat I2 weniger Berührungsängste, sondern sie geht mit der neuen Umgebung neugierig und unvoreingenommen um:

„[...] vielleicht gibt was es Neues für mich mal gucken lass mich dann überraschen also mit dem, mit den Maschinen zum Beispiel ja, so Technologie sozusagen, dass wusste ich eigentlich dass Deutschland ist eine Schritt vorne als Simbabwe wo ich ja aus komme. Ja also, ich habe nicht so gestellt an, in meinem Kopf dass alles wird so das Gleiche bleiben=sondern es wird so vielleicht ein bisschen Unterschied, geben, ja.“ (I2, Abs. 113).

Bei genauerer Betrachtung des Zitats in dem I3 das *Spaceshuttles* beschreibt, wird jedoch deutlich, dass es sich bei dem *Spaceshuttle* auch für I3 nur um eine erste Vorannahme und Vorstellung handelt („ich hatte das Gefühl“):

„Und dann nachdem ich gesehen habe, zum Beispiel diese Inhalationsmasken, dass das gleiche System wie bei uns ist, dann war ich mehr so (1) befreit einfach. Ich war befreit und dann konnte ich das, ganz normal machen, weil das war Inf- Infusionssysteme.“ (I3, Abs. 51).

Nach der Auseinandersetzung mit der als modern und fortschrittlich wahrgenommenen Arbeitsumgebung verliert I3 die anfängliche Scheu und sie fühlt sich *befreit*. Die Umgebung verliert das Einschüchternde, da die Befragte vieles wiedererkennt: „[...] und dann hat sie [ihre damalige Chefin] Infusionsbesteck rausgenommen aus der Schublade, und dann dachte ich mir, ach mein Gott eh (lacht), das ist alles gleich“ (I3, Abs. 51; Einschub durch N. H.). Durch die Wiedererkennung von bestimmten Dingen (hier: Infusionsbesteck oder Inhalationsmasken) erlangt die Interviewte die nötige Sicherheit, um sich *befreit* im neuen Umfeld zurechtzufinden. Auch I4 merkt schnell, dass seine erste Vorstellung vom Pflegewesen in Deutschland nicht sehr viel mit seiner anschließenden Wahrnehmung gemeinsam hat. Jedoch erlebt er die Wiedererkennung des Vertrauten nicht als so positiv wie I3. Sein Einstieg in den Beruf stellt sich für ihn als „sehr großer Schock“ (I4, Abs. 2) dar: Er hat vor seiner Migration ein „großes Deutschland, wirtschaftsstarkes Deutschland“ (I4, Abs. 2) angenommen. Dies nimmt er jedoch anders wahr. Zwar beschreibt er die Medizintechnik in Deutschland als moderner als in seinem Herkunftsland: „[...] zum Beispiel Perfusoren, oder die Infusiomaten, die waren halt n=Tick neurer und die ganz alten die ich hier gesehen habe sind in Bosnien der neuste Trend der neuste Schrei“ (I4, Abs. 3). Jedoch können die weiteren Begebenheiten nicht seine Erwartungen erfüllen:

„Und dann hab ich ja erwartet, dass hier die Erwartungen waren halt, iPads, halt die Pflege wo man äh nicht schreiben muss, wo alles automatisch abgeseget wird, wo deine Unterschrift ja halt elektronisch validiert wird. Das war meine so, skru- n=grobe Gedanke, ok wenn du nach Deutschland kommst, und dann komme ich her und ich sehe alle schreiben auf n=Blatt Papier, alles geht irgendwie, so Old School und, die Computer stürzen ständig ab [...]“ (I4, Abs. 4).

Mit dieser Aussage bringt der Befragte erneut zum Ausdruck, dass die Realität seine Erwartung von einer technisch-fortschrittlichen Pflegearbeit nicht erfüllen kann. Durch u. a. den Begriff *Old School* offenbart er neben offensichtlicher Enttäuschung auch subtil Geringschätzung des Pflegewesens in Deutschland. Jedoch, das wird durch das Interview mit I4 auch deutlich, beruht seine Enttäuschung nicht allein auf dem vorgefundenen Stand der Technik. Ähnlich bringt er seine Ernüchterung auch zum Ausdruck, als er von seiner Ausübung des Berufs in Bezug auf die Patientinnen und Patienten spricht: „Und dann kann ich die Pflege die ich will, die ich mir vorgestellt habe, super zu betüddeln, halt auch schön einzucremen, so wie nach dieser Christel Bienstein so=dieser, ganz ruhig, kann man nicht“ (I4, Abs. 108) – obwohl er „sehr schnell“ (I4, Abs. 106) in seiner Arbeit sei. Mit dieser Aussage verdeutlicht er, dass nicht nur die fehlende technische Ausstattung (*iPads*) dazu beiträgt, dass seine Erwartungen an die Pflege in Deutschland nicht erfüllt werden, sondern auch, dass insbesondere die als deutlich zu hoch empfundene Arbeitslast stark dazu beiträgt.

Einen weiteren Punkt, warum Erwartungen der Studienteilnehmenden enttäuscht werden, nennt I2. Sie gibt an, sich in mancher Hinsicht von ihrem Team allein gelassen zu fühlen. Dies beschreibt sie wie folgt:

„Wenn ich dann, also keine Ahnung von Pankreatitis habe, also wenn ich nicht so=ähm sicher bin, so viele Informationen über Pankreatitis habe dann, mache ich gar keine richtige Pflege. Also ja, was für eine Essen soll er denn kriegen, ja also, was für ein Getränk soll er heute haben, also nur, Pankreatitis muss viele also Sachen bedeuten für mich also in der Pflege oder sowas, aber bei uns hatten wir das so klar gesagt, der Patient hat Pankrea- Pankreatitis, also bitte ähm, ihm so ganz leichte Kost geben, weil auch begründen genau und dann der darf kein Paracetamol wei:l genau so ein Grund dafür also es ist hier (1) wie kann ich das sagen, mh::: (1) so gedacht dass du bist Exami- nierte, du weißt das schon“ (I2, Abs. 209).

I2 bringt durch diese Aussage zum Ausdruck, dass sie sich von ihrem Kollegium mehr Unterstützung bzw. mehr Zeit für einen fachlichen Austausch wünscht. Durch den ihr fehlenden Austausch können für sie Verunsicherungen entstehen, welche sie in dieser Form nicht aus ihrem Herkunftsland kennt. Die Verunsicherungen lösen bei ihr einen inneren Konflikt aus, da sie sich zwar eigentlich gern bei Unklarheiten mit ihrem Kollegium austauschen möchte, ihr jedoch durch die Haltung im Team („du bist Examierte, du weißt das schon“) signalisiert wird, dass sie durch mögliche Nachfragen nicht die an eine Fachkraft gerichteten Erwartungen erfüllt.

7.2.1.2 Erfahrungen in der klinischen pflegerischen Versorgung: Aufgabenkomplexe und Rollenzuschreibungen

Nachfolgend werden die Aufgabenkomplexe und Rollenzuschreibungen vorgestellt, welche den nach Deutschland migrierten Pflegekräften in ihrem täglichen Arbeitsvollzug in Deutschland begegnen. Das entsprechende Subthema lautet wie folgt:

„unsere Pflegekultur ist anders als hier“ (I3, Abs. 60) – Anforderungen an die zugezogenen Pflegekräfte

Den migrierten Pflegekräften begegnen in ihrem Arbeitsalltag vielfältige Aufgabenkomplexe. Diese sind den Befragten teilweise vertraut, teilweise aber auch unbekannt. Dadurch können einige Anforderungen ohne Irritationen befolgt werden, während andere Aufgaben für die Zugezogenen neu sind und nicht zu den mitgebrachten Rollenvorstellungen passen. Auffallend ist, dass die Teilnehmenden bei den an sie herangetragenen Aufgaben automatisch zwischen „Krankheitsseit und die Pflegeseit“ (I1, Abs. 53) differenzieren. Durch diese Aussage verdeutlicht I1, dass sie in ihrem Arbeitsalltag zwischen Aufgaben unterscheidet, welche sie entweder dem Krankheitsbild, also der Behandlungspflege zuordnet, oder dass für sie Aufgaben anfallen, bei welchen sie den Patientinnen und Patienten körpernahe Unterstützung leistet. Des Weiteren herrscht bei den zugezogenen Pflegenden Konsens darüber, dass sie „viel so Be-

handlungspflege erwartet“ (I3, Abs. 67) haben, dies jedoch deutlich weniger Umfang ihrer Zuständigkeit ausmacht als vorab angenommen. I1 sieht sich in ihrem Arbeitsalltag gar „als Waschfrau“ (I1, Abs. 75). Damit drückt sie erneut aus, dass sie während ihrer langjährigen Arbeitserfahrung auf den Philippinen deutlich weniger körperbezogene Tätigkeiten zu übernehmen hatte. Diese versteht sie jedoch in Deutschland als ihren Arbeitsschwerpunkt: „Krankenpflege hier macht alles und bei uns macht das anderes Personell [...]“ (I1, Abs. 43). Mit *alles* meint sie „[...] Pflege, [...] Waschen, Essen einreichen, auskleiden, einkleiden“ (I1, Abs. 69). I4 resümiert die an ihn adressierten Aufgabenschwerpunkte ähnlich. Er beschreibt in dem Gespräch manche seiner Arbeitstage wie folgt: „[...] das war wirklich wie=ne Waschstraße, einfach ohne Erbarmen, waschen=waschen=waschen=waschen“ (I4, Abs. 326). Seine Ausdrucksweise erinnert auch an dieser Stelle wieder an das Bild des *Roboters*, welcher in schnellem Tempo die täglich anfallenden Aufgaben abarbeitet. Über das Team auf seiner Station urteilt er in diesem Zusammenhang zudem: „[...] und wenn man=ne Krankenschwester was fragt, für die ist nur nur=waschen das ist unsere Aufgabe und wenn man die mal so fachlich fragt "Ok, so ist es, so und so" "Hab ich keine Ahnung" ((verstellt Stimme genervt))“ (I4, Abs. 12). Durch diese Aussage bringt der Teilnehmende erneut seinen Unmut darüber zum Ausdruck, dass er in Deutschland v. a. die körperbezogenen Pflegemaßnahmen als Arbeitsschwerpunkt wahrnimmt. Seiner Meinung nach fehlt es in seinem Team an professionellem (bzw. medizinischem) Fachwissen; sein Kollegium interessiere sich nicht für pflegerrelevantes Hintergrundwissen, sie seien nur darauf aus, *keinen Stau auf der Waschstraße* entstehen zu lassen. Dadurch äußert I4 erneut, und diesmal weniger subtil, Geringschätzung gegenüber den beruflichen Kompetenzen seines Kollegiums. I4 unterscheidet jedoch zwischen seinen Erlebnissen, welche er auf peripheren und Intensivstationen sammeln konnte. Auf Intensivstationen seien die pflegerischen Teams in seinen Augen kompetenter und führten auch Aufgaben über die körpernahe Unterstützung hinaus aus. Der Befragte ordnet sein in Bosnien erworbenes Fachwissen sowie sein Berufs- und Pflegeverständnis den von ihm wahrgenommenen Tätigkeitsspektren der Intensivstationen in Deutschland zu. Auch sieht er seinen berufsbezogenen Wissenstand auf dem Niveau der deutschen Fachweiterbildung der Intensiv- und Anästhesiepflege und gibt an, sich mit der Arbeit, welche er auf einer Intensivstation in Deutschland erlebt habe, besser identifizieren zu können: „Intensiv war halt chilliger, war halt so:, in Richtung Bosnienpflege“ (I4, Abs. 3). Mit dieser Aussage bezieht er sich vornehmlich auf die von ihm beobachtete größere Verantwortung und die vermehrten Entscheidungsspielräume seitens der Pflegeteams auf Intensivstationen.

Auf die wenigen Möglichkeiten, eigene Entscheidungen über das eigene Handeln im Arbeitsalltag treffen zu können, weisen mit besonderem Nachdruck auch I1 und I2 hin. So nennt es I1 bspw. als ihre Pflicht, sich im Team abzusichern, falls eine Tätigkeit, welche sie erledigen möchte, von dem Tätigkeitsspektrum der körperbezogenen Pflegemaßnahmen differiert: „[...]

ich muss natürlich fragen, ob ich darf oder darf ich mit zum Beispiel mit die Spritze oder mit äh Tabletten geben oder (1) Infusionen geben“ (I1, Abs. 25). Wichtig sei dies, „damit ich nicht kein=also, Fehler hab“ (I1, Abs. 155). Auch I2 berichtet aus ihrem Arbeitsalltag, dass sie das Gefühl habe, „bitte Bescheid geben“ (I2, Abs. 224) zu müssen, bevor sie eine Aufgabe übernimmt, welche aus der ihr zugeteilten Routine fällt. Diese Anforderung löst nicht nur bei I2 Verunsicherung aus: „[...] ich war so in eine Dilemma dass ich wusste gar nicht was ich machen soll obwohl ich viele Informationen hätte, also soll ich das machen ja oder nein und wenn ich das mache vielleicht hab ich das Falsches gemacht“ (I2, Abs. 226). Diese Verunsicherung wird bei ihr, genauso wie bei I1, dadurch ausgelöst, dass die Befragten versuchen, jegliche Art von Fehlern zu vermeiden. Dies ist dadurch bedingt, dass an die Migrierten herangetragen wird, dass Unwissenheit oder Fehler während der Tätigkeitsroutinen nicht vereinbar mit dem beruflichen Handeln einer examinierten Pflegekraft seien. Zusätzlich irritiert I2 ihr unklarer beruflicher Status, welchen sie für unterschiedliche an sie adressierte Anforderungen vonseiten des Teams verantwortlich macht.

„So auf mein Namenschild da steht Schülerin und dann unten Gesundheits- und Krankenpflegerin. Genau u:nd (1) ich bin ja teilweise (1) Gesundheits- und Krankenpflegerin also Examierte in meinem Land aber in Deutschland noch nicht anerkannt obwohl ich mehr machen muss. Aber meine Hände sind so ein bisschen verbunden, weil ich erstmal meine Qualifizierung bekommen muss um alles erledigen. Also das heißt ich war so in einem Dilemma Situation sozusagen ok, wie soll ich dann jetzt mit diesem Situation umgehen, ich bin halb Krankenschwester aber hinterm Kopf nein du bist noch ein Schülerin. Ok also bitte Bescheid geben, ja bevor du etwas machst. Das war so unangenehm für mich, unangenehm in der Sinne von ich muss wirklich entscheiden wo ich stehe“ (I2, Abs. 224).

Durch dieses Zitat wird deutlich, dass an die Zugezogenen über die Rollenzuschreibungen bezüglich ihrer pflegerischen Aufgaben hinaus widersprüchliche Signale und Anforderungen adressiert werden. Dies bringt die Betroffenen mindestens in unangenehme Situationen. Aufgrund des unklaren beruflichen Status (Examierte oder Schülerin) sucht I2 nach den für sie geltenden Rollenzuschreibungen und Anforderungen. Durch ihre Ausführungen im Interview wird jedoch deutlich, woher die widersprüchlichen Erwartungen (*Dilemma Situationen*) an I2 rühren: Unterschiedliche Teammitglieder adressieren an die Befragte unterschiedliche Zuschreibungen bzw. Aufgaben und Signale. Einerseits muss sie als neue Mitarbeiterin Fragen stellen und sich absichern, andererseits wird jedoch gleichwohl erwartet, dass für sie als Examierte keine Fragen mehr offen sind.

Als weitere in dem Umfang und der Ausführlichkeit neue Tätigkeitsroutine, benennt u. a. I4 das Aufgabenfeld der Dokumentation: „[...] das erste was ich hier geschult wurde, wirklich so: ist Dokumentation. Dokumentation ist das Leben“ (I4, Abs. 40). Mit *Dokumentation* geht es I4 jedoch nicht ausschließlich um das Dokumentieren seiner täglichen geleisteten Arbeit („hier schreibt man, schreibt man sich dumm und dämlich, hier schreibt man Millionen Sachen“ (I4,

Abs. 32)), sondern mit seiner Aussage, *Dokumentation ist das Leben*, meint der Befragte eigentlich das *wirtschaftliche Überleben* der Klinik:

„Ich hab keinen Stress mit den Patienten wie: Stress mit=den [...] Pflegedienstleitung, wo die kommt und sagt "Ja, warum ist das nicht dokumentiert warum ist dies nicht dokumentiert." ((verstellt Stimme streng und genervt)). Ich hatte bis-. In der (Lupa) hatte ich keine Probleme, weil ich hab in Deutschland gelernt hier soll man nicht ehrlich sein, hier soll man alles aber nicht ehrlich sein. (1) Also die Hälfte meiner Pflegedoku, basiert nur auf Fiktion, ich schreibe nie so ne richtige Pflegedoku bei mir ist jeder Patient schlimmer als er sein sollte, wenn der Patient [...] einfach nur so kommt und halt Probleme hat das Brot zu schmieren (1) ist der für mich n=Pflegefall sofort. (2) Und ich stempel den mal so ab, [...] und dann wird das halt auch besser vergütet, dann kriegt man da Abrechnung warum das so und so gemacht werde. Und wir hatten auch sehr viele Fortbildungen warum wir das machen sollten, ne. Und das find ich halt -, muss ich die Zeit nehmen, für den ganzen Schriftrkram nehm ich mir die Zeit, [...] wo ich die:, Zeit halt für den Patienten nehmen könnte, weil ich finde die Arbeit am Menschen interessanter als jetzt, zehn Stunden an dem Papier zu stehen und alles zu unterzeichnen Kreuze Kreuze Kreuze Unterschrift Unterschrift“ (I4, Abs. 40).

Diese ausgewählte Passage verdeutlicht, dass I4 bzgl. seiner Aufgaben, welche sich auf das Dokumentationssystem beziehen, interpretiert, dass er weniger für seine eigene Absicherung seine Tätigkeiten dokumentiert, sondern zur Sicherung der Abrechnungen und somit der Finanzierung des Krankenhauses durch die Dokumentation. Dazu habe er Fortbildungen besuchen müssen, um zu lernen, wie er durch Dokumentation zum finanziellen Nutzen der Organisation beitragen kann. Dass er dies nicht mit seinen eigenen Vorstellungen von seiner Tätigkeit als Pflegekraft zusammenbringen kann, zeigt seine Kritik daran, dass er durch das zeitintensive Dokumentationssystem weniger zeitliche Ressourcen für seine eigentliche Arbeit, nämlich die Arbeit mit den Menschen aufbringen kann. Besonders beklagt er sich über den Arbeitsaufwand einer PKMS-Dokumentation: „[...] meine Güte ich brauche erstmal drei Stunden bis ich damit fertig bin“ (I4, Abs. 40). Deutlich wird auch, dass für den Befragten ein Paradoxon zwischen seinen eigenen Berufsvorstellungen und den an ihn adressierten Erwartungen entsteht. Durch die positive Bestärkung, welche er u. a. vonseiten seiner Leitung zu seinen teils deutlich übertriebenen Pflegeplanungen erhält: „Ich meine ich hab ja n=Lob von meiner Pflegedienstleitung bekommen dass meine Pflegeplanungen perfekt sind, natürlich weil ich alles darein werfe was man abrechnen kann“ (I4, Abs. 40), verstärkt sich seine Abneigung gegen das von ihm erlebte Dokumentationssystem noch weiter. Es ist I4 nicht ersichtlich, warum er nicht gelobt wird, wenn aus seinen Dokumentationen hervorgeht, dass er eine qualitativ hochwertige Versorgung leistet, sondern weil er die finanziellen Anforderungen des Unternehmens zu beachten und umzusetzen scheint.

7.2.1.3 Erfahrungen des Altenpflegesettings: Sichtweisen auf die Pflege in Deutschland

Wie zuvor bereits für das klinische Setting werden nachfolgend die charakteristischen Besonderheiten des Altenpflegesettings aus der Sicht der zugezogenen Pflegekräfte vorgestellt. Erneut wird die Insider-Perspektive der Migrierten eingenommen. Dafür wurden sie in den Interviews gebeten, aus ihrem Arbeitsalltag von ihren Erfahrungen in den Einrichtungen zu erzählen. In den untergeordneten Abschnitten des Kapitels werden die aus dem Material entwickelten Subthemen einzeln vorgestellt, um einen Einblick in die Erfahrungswelten der Befragten zu ermöglichen. Zusätzlich zeigen die Untergliederungen des Kapitels auf, welche Erwartungen und Regelsysteme an die Befragten adressiert werden, in welche es sich einzufügen gilt. Die aus dem Material gebildeten Subthemen für das Altenpflegesetting lauten: Hohe Arbeitsbelastung durch Zeitdruck und einen niedrigen Personalschlüssel; Eine konfliktbelastete Arbeitsatmosphäre; sowie Erwartungen und Enttäuschungen.

„wie beim Rennen“ (I6, Abs. 68) – Hohe Arbeitsbelastung durch Zeitdruck und einen niedrigen Personalschlüssel

Die Pflegekräfte aus den Altenpflegeeinrichtungen berichten einstimmig von einer hohen Arbeitsbelastung in ihrem Arbeitsalltag: „Die Arbeitsdruck ist viel hier in Deutschland“ (I6, Abs. 112). Vor allem die Anzahl der zu Betreuenden und somit die Notwendigkeit, viele Bewohnerinnen und Bewohner gleichzeitig versorgen zu müssen, wird als größer als in den Herkunftsländern beschrieben. I5 schildert sogar, dass es seit seiner Tätigkeitsaufnahme vor sechs Jahren „bis jetzt [...] immer schlimmer geworden“ (I5, Teil 1, Abs. 16) sei. Die Interviewten stellen einen direkten Zusammenhang zwischen der hohen Arbeitsbelastung und dem vorherrschenden Zeitdruck während ihrer Dienste her. Beispielsweise äußert sich I6, er sei häufig unzufrieden, „[w]eil es geht nur um einfach schnell=schnell=schnell“ (I6, Abs. 68; Änderung durch N. H.) während der Schichten und in Bezug auf die Versorgungen der zu Pflegenden. Mit dieser Aussage signalisiert er, dass er sich aufgrund der hohen Belastung gezwungen sehe, sich auf das schnelle Abarbeiten von Aufgaben konzentrieren zu müssen. Lieber würden sich die Befragten Zeit für die Versorgung nehmen und auf die individuellen Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner Rücksicht nehmen. So beschreibt I8 ihren Arbeitsalltag fast gleichlautend wie zuvor I6 und führt zudem aus, sich mehr Zeit für eine qualitativ hochwertige Pflege zu wünschen, welche die Bedürfnisse der zu Pflegenden in den Mittelpunkt der Arbeit stellt: „Macht man alles schnell, schnell, schnell. Und nichts mit gute Qualität. Und das ist, was ich vermisse. Also gute Qualität“ (I8, Abs. 109). Die Teilnehmerin unterstreicht mit dieser Aussage, wie es zuvor auch schon in der zitierten Aussage von I6 anklang, dass sie die hohe Arbeitsbelastung in Deutschland als hinderlich empfindet, um eine qualitativ hochwertige Pflege gewährleisten zu können. I5 ergänzt in seinem Interview mögliche Folgen für die zu

Betreuenden, falls das Team keine qualitativ hochwertige und an den individuellen Bedürfnissen ausgerichtete Pflege durchführen könne:

„In der Pflegeplanung steht, dass die Leute, zum Beispiel, so lange es geht, Ressourcen halten. Das ist, wenn du richtig Zeit hast. Du musst die Leute (1) aktivierende Pflege machen. Wenn du nicht machst, irgendwann sind die verwöhnt oder können die nicht mehr, der Körper wird versteift überhaupt. Und das ist ein Problem“ (I5, Teil 2, Abs. 8).

Der Teilnehmende benennt hier am Beispiel der aktivierenden Pflege, was I8 bereits mit mangelnder Pflegequalität umschrieb: Ein hoher Zeitdruck im Arbeitsalltag bringe problematische Folgen für die Bewohnenden der Einrichtungen mit sich. Die Pflege agiere durch die geringen zeitlichen Ressourcen nicht mehr präventiv und führe die in der Pflegeplanung festgelegte Risikobewertung nicht mehr adäquat aus. Mit dem Beispiel der aktivierenden Pflege (und an anderer Stelle im Interview am Beispiel Dekubitus) weist I5 darauf hin, dass durch die Beachtung der Risiken und die Durchführung prophylaktischer Pflegemaßnahmen die Ressourcen der Bewohnenden länger erhalten bleiben. Bei Nichtbeachtung dessen, wenn im Kollegium auf prophylaktische Maßnahmen verzichtet werde, „weil die haben keine Zeit, die wollen schnell“ (I5, Teil 2, Abs. 8), dann bedeute dies jedoch am Ende neben den genannten Folgen für die zu Pflegenden für die Altenpflegekräfte: „[...] dann habe ich mehr Arbeit für mich.“ (I5, Teil 2, Abs. 8). Mit *mehr Arbeit* beschreibt der Teilnehmende den Widerspruch, dass sich der Arbeitsumfang und die Arbeitsbelastung für die Pflegenden weiter erhöhen können, wenn durch zu hastiges (Ab-)Arbeiten die Ressourcen der Bewohnerinnen und Bewohner der Einrichtungen nicht gefördert und erhalten bleiben (hier: Gelenkversteifung oder Dekubitus wegen ungenügender Zeit für ressourcenerhaltende prophylaktische Maßnahmen, was letztendlich einen Mehraufwand an pflegerischer Arbeit nach sich zieht). Dass jedoch dieser Denkansatz von I5 nicht von allen Teammitgliedern vertreten bzw. befolgt wird, das wird durch eine Aussage von I6 deutlich, dem in Deutschland vermittelt wurde: „Man sagt immer, Zeit ist money“ (I6, Abs. 112). Entsprechend ist anzunehmen, dass trotz der von I5 benannten Konsequenzen, welche die die schnelle und unzureichende Erledigung der Tätigkeitsroutinen mit sich bringen kann, an die Migrierenden jedoch genau dies als Anforderung im Arbeitsalltag herangetragen wird. Es scheint – so stellen es die Befragten dar –, als habe die schnelle Erledigung des täglichen Arbeitspensums höhere Priorität als eine qualitativ hochwertige Altenpflege.

Die von den Migrierten als niedrig empfundenen Personalschlüssel der Teams in den Altenpflegeeinrichtungen erhöhen die beschriebene Arbeitsbelastung zusätzlich. Wie auch die geringen zeitlichen Ressourcen werden sie als Grund angeführt, warum nicht immer alle Aufgaben so erfüllt werden können, wie es zur Zufriedenheit sowohl der Bewohnenden als auch für die Pflegenden nötig wäre: „Sind viele Aufgabe, die man nicht machen kann. Weil gibt es keine Zeit. Wenn, genug Personal gibt, dann wird alle, glaube ich, besser. Ja und jeden, jeden

macht ihre Aufgabe“ (I8, Abs. 133). Die Befragte unterstreicht mit dieser Aussage, dass für sie die geringen zeitlichen Ressourcen in Verbindung mit den knapp bemessenen Personalschlüsseln dazu beitragen, dass die Pflegequalität in ihrer Altenpflegeeinrichtung unter dem für sie wünschenswerten Niveau liegt. Was neben den zuvor aufgeführten Folgen für die Bewohnenden außerdem unter mangelnder Pflegequalität verstanden werden kann und dass eine mangelhafte Besetzung sich nicht nur ausschließlich auf die zu Pflegenden, sondern auch auf die interviewten Pflegekräfte auswirkt, führt I5 an einem Erlebnis aus, in welchem er die Besetzung des Spätdienstes seiner Einrichtung kritisierte:

„[...] im Spätdienst sind meistens höchstens, wenn es hoch kommt drei Examierte. Und diese Examierten müssen für acht Hausgemeinschaften zuständig sein. Und es kommt immer vor, dass es irgendein Problem gibt, ist bei mir vorletzte Woche passiert. Jemand ist vor meinen Augen gestürzt, ist mit dem Kopf auf dem Boden und ich musste Hilfe von anderen Stationen holen [...], weil ich konnte nicht alleine den versorgen, Notarzt anrufen, Dokumente vorbereiten, wenn der Notarzt kommt. Ich musste wirklich Hilfe holen. Und in dem Moment, dann musste ich die Bewohner alleine lassen und zur anderen Station gehen, um Hilfe zu holen.“ (I5, Teil 1, Abs. 26).

Der Befragte macht mit dieser Erzählung den Personalmangel dafür verantwortlich, dass er nicht immer die Versorgung gewährleisten kann, die er sich eigentlich für die Bewohnenden wünscht: „[...] ich persönlich versuche, solange es geht die Leute gut behandeln, gut machen, aber bei diesem Pflegenotstand mit Personal, schaffst du nicht. Alleine, wenn du alleine alles machen musst, schaffst du nicht, alle wirklich gut pflegen.“ (I5, Teil 1, Abs. 3). Dargestellt wird damit von I8 und I5, dass sie der Ansicht sind, dass durch mehr Pflegekräfte während einer Schicht die Pflegequalität deutlich steigen würde, da es dadurch z. B. nicht mehr nötig wäre, wie „Pingpong pro Bewohner“ (I7, Abs. 100) zwischen den zu Pflegenden hin und her zu wechseln. Außerdem könnten die Bewohnerinnen und Bewohner auch in schwierigen bzw. Notfallsituationen besser betreut werden. Aufgrund ihrer Arbeitserfahrung in Spanien ist I8 zudem überzeugt, dass durch einen höheren Personalschlüssel auch mehr Routine im Arbeitsalltag möglich wäre:

„[...] hier in Deutschland auch gibt wenig Personal. Und dann die Arbeit läuft jeden Tag anderes. Wenn heute wir sind drei, morgen wir sind zwei. Und die Arbeit ist anderes, [...]. Also kommt es darauf an. (1) In Spanien, das ist anderes. Also immer gibt es Personal. Immer wir sind vier am Morgen, jeden Tag.“ (I8, Abs. 109).

Als Grund für diese bei allen Befragten auftretenden Unregelmäßigkeiten des Personalschlüssels benennen die Zugezogenen den für sie auffallend hohen Krankenstand („viele Leute sind krank“ (I6, Abs. 23)) in ihren Einrichtungen. I7 deutet in diesem Zusammenhang sogar an, dass sie nicht immer die Gründe für alle Krankmeldungen ihres Kollegiums in ganzer Linie nachvollziehen kann: „Und hier "Oh ich bin krank. Ich habe hust hust." (1) Krankmeldung. Vier Tage oh, vier Tage frei“ (I7, Abs. 167). Anders – als Krankmeldungen als Instrument zu nutzen, um ein paar Tage frei zu machen – nimmt I5 die Krankmeldungen in seinem Team wahr:

„Oder melden sich viele krank. Wir haben vier Pflegefachkräfte, Examierte, die über zwei Jahre jetzt krank sind. Und meistens sind körperlich, kann ich nicht sagen, psychische. Durch das Psychische wirst du auch körperlich krank. Ich fühle auch selber, dass ich manchmal wirklich genervt bin. Mein Körper fängt an anders zu reagieren als normal, das ist das Problem.“ (I5, Teil 1, Abs. 18).

I5 ist sich sicher, dass die hohe Arbeitsbelastung und der dadurch entstehende Stress zumindest mitverantwortlich für die häufigen Fehlzeiten der Fachkräfte sind. Bei sich selbst beobachtet er Ähnliches. Auch I6 beschreibt einen Zusammenhang zwischen der hohen Belastung und dem Krankenstand seines Teams:

„[...] viele sind auch krank. [...] Ich habe auch vielen gesagt, ihr sollt euch trainieren. Ich nämlich bin Wohnbereichsleiter. Aber wenn ich weg bin, ich spiele Fußball, ich habe andere Hobby. (2) Wenn man nur Pflege macht, man nimmt auch was man hat zuhause. Das macht (1) kaputt. [...], jeder Mensch hat das. "Oh, du hast was vergessen?" Klar, irgendwann kommt "Oh, ich habe was vergessen!". Wenn du andere Hobby hast, du bist weg. Diese Gefühl kommt nicht direkt. Aber wenn du nur Pflege hast, es macht viel krank und das macht auch viele. Es sind nicht alle stark“ (I6, Abs. 59).

Unabhängig davon, ob tendenziell manche Krankmeldungen in den Teams genutzt werden, um dem anstrengenden Arbeitsalltag einige Tage zu entkommen oder ob bereits ernsthafte gesundheitliche Folgen entstanden sind, bleibt die Schwierigkeit für die restlichen Teammitglieder bestehen, Versorgung und Pflege der Bewohnerinnen und Bewohner sicherzustellen:

„Ja, man kommt (1) zur Arbeit, morgens. Und klar, man hat (1) manchmal was, vieles sich ändert. Wenn wirklich, jemand ist krank, ja. Wenn jemand ist krank, ist als Fachkraft man hat bisschen anderen Tempo im Kopf. Ja, man denkt, ok, nach die Grundpflege kann man zurück an Dokumentation. Aber, klar wenn ein=oder=zwei, Personal nicht zur Arbeit erscheinen aufgrund Krankheit, dann verliert man die Zeit, was man geplant hat. [...] Aber wenn mit weniger Personal da steht, dann du kannst nicht einfach im Büro sitzen. [...] du kannst nur vielleicht 30 Minuten das machen. Weil man weiß schon, hört schon dass man viele Bewohner brauchen Hilfe oder gibt=s andere Arten, Angehörige auch und so. Und dann, deswegen gibt man Probleme mit Dokumentation in die Pflege. Heißt nicht, dass (1) Pflegefachkraft hat keine Lust etwas zu dokumentieren. Aber es gibt schon viel Änderungen. Dass man jeden Tag. Es gibt wenn zwei, drei Tag gut, alles läuft wie man plant. Man hat schon Gefühl, die nächste zwei Tag geht alle wieder schief.“ (I6, Abs. 58).

I6 greift mehrere Aspekte auf: Unter anderem verdeutlicht er, mit welcher Häufigkeit er personelle Unregelmäßigkeiten erlebt. Diese treten fast genauso oft wie störungsfreie Tage auf und gehören für ihn zum normalen Arbeitsalltag. Darüber hinaus erwähnt er, dass insbesondere Krankmeldungen dafür verantwortlich seien, dass erst zu Dienstbeginn deutlich werde, dass gewisse Routinen und Tätigkeiten durch weniger Personal in den Wohnbereichen nicht erfolgen können. Zeiteinsparungen nimmt er in erster Linie bei den administrativen Aufgaben wie bspw. der Dokumentation vor. Jedoch berichten die anderen Befragten auch von weiteren Zeiteinsparungen, welche sich direkt auf den Versorgungszustand der Bewohnerinnen und Bewohner auswirken. Beispielsweise erzählt I7 aus ihrem Arbeitsalltag: „Wenn ich eine Dusche mache, meine Bewohner sind alleine (2) in das Baseraum. Was mache ich?“

Keine Dusche“ (I7, Abs. 92). Die Teilnehmende macht deutlich, dass sie aufgrund der Personalsituation auch auf ihr als normal erscheinende körperbezogene Pflegemaßnahmen verzichten zu müssen meint, um die zu Pflegenden nicht zu lange unbeaufsichtigt zu lassen.

Zusätzlich wird durch die Interviews noch eine weitere Konsequenz für die Migrierenden aufgrund der hohen Arbeitsbelastung in den Teams ersichtlich. So benennt I8 als Schwierigkeit in ihrer Anfangszeit in Deutschland: „[...] weil gibt es auch keine Zeit. Und selbe Kollegen auch müssen zu viel machen“ (I8, Abs. 61). Hiermit drückt die Befragte aus, dass sie bei Unsicherheit nicht immer ihr Kollegium ansprechen und sich so beraten bzw. anleiten lassen kann, wie es für sie in der Einarbeitungsphase wichtig ist. Dadurch, so geht es auch aus dem Interview mit I5 hervor, sind die neuen Teammitglieder häufig auf sich allein gestellt:

„[...] ich war Schüler dann, ein Altenpfleger Schüler. Nach zwei Monaten musste ich alleine auf der Station arbeiten, immer. "Du hast doch gelernt, du schaffst das, immer". Ich habe gesagt, "Okay, aber ich bin ja immer noch Schüler". "Du schaffst das, du machst das".“ (I5, Teil 1, Abs. 51).

Eine knapp bemessene personelle Besetzung und Zeitdruck während des täglichen Arbeitsvollzugs, dies wird durch die Aussagen von I8 und I5 deutlich, erschweren die Einmündung in die Altenpflegeteams, da die Zugezogenen schon nach kurzer Zeit einem Wohnbereich zugeordnet werden, für dessen Bewohnerinnen und Bewohner sie die Verantwortung allein tragen müssen. Dies kann die Verfestigung von Unsicherheiten fördern.

„Und dann gehen weg“ (I8, Abs. 131) – Eine konfliktbelastete Arbeitsatmosphäre

Schon durch das zuvor behandelte Subthema, *Hohe Arbeitsbelastung durch Zeitdruck und einen niedrigen Personalschlüssel*, deutet sich an, dass sich die Arbeitsbelastung auch in der Arbeitsatmosphäre bzw. in der Stimmung innerhalb der jeweiligen Arbeitsgruppen widerspiegelt. So beschreibt bspw. I6, dass er sein Team so erlebt, als ob nur etwa die Hälfte des Kollegiums motiviert ist und den Dienst verlässlich leistet:

„Wenn man sagt, in einem Team gibt 100 Prozent. Man sagt von 100 von alle Team gibt es immer 20 Prozent, wo man jeden Tag mitziehen. Und es gibt immer 30 Prozent, die sind -, wir sagen die sind da. Und 50 Prozent, das sind fifty-fifty daher. Das ist ein Team. Das bleibt auch so.“ (I6, Abs. 34).

Mit dieser Wahrnehmung beschreibt der Teilnehmende, dass neben den seiner Einschätzung nach gut und motiviert arbeitenden Teammitgliedern jedoch die andere Hälfte unzufrieden den Arbeitsalltag meistert. Zu einer ähnlichen Einschätzung über die Altenpflegekräfte kommt I5 gleich zu Beginn seines Interviews. Viele Pflegenden bereuten ihre Berufswahl nach kurzer Zeit im Beruf: „[...] ich merke in der Pflege viele Leute, die in der Pflege kommen und anfangen zu arbeiten, nach ein paar Jahren, nach fünf oder sechs Jahren, viele Leute bereuen das, warum sie das gemacht haben.“ (I5, Teil 1, Abs. 2). I8 berichtet zudem, dass neue Kolleginnen und Kollegen schon nach kurzer Zeit die Teams wieder verlassen und die freien Stellen

lange unbesetzt bleiben. Aus Spanien kenne sie dies nicht so: „Ja und hier die kommen und sagen heute und dann morgen sagen, "Nein, ich will das nicht machen. Ich bin nicht zufrieden in diese Einrichtung." Oder einfach, "Das ist nicht meins."" (I8, Abs. 131). I5 bestätigt diesen Eindruck: Es gebe in den Teams „viele Leute, auch Fachkräfte, die einfach gekündigt“ (I5, Teil 1, Abs. 16) hätten. Diese Erklärungsansätze – dass die Befragten schlechten Arbeitsbedingungen und einer schlechten Arbeitsatmosphäre gleichzeitig die hohe Fluktuation aus der beruflichen Altenpflege zuschreiben – deuten an, wie wichtig ihnen eine gute Atmosphäre in den Teams und ein faires Miteinander erscheinen. Als einen weiteren Grund für eine nicht zufriedenstellende Arbeitsatmosphäre neben den Faktoren Zeitdruck und Personalmangel beschreibt I5, das in seinen Augen bestehende Missverhältnis von Verantwortung und Verdienst. Insbesondere rückt er dabei die Differenz zwischen Hilfskräften und Fachkräften ins Zentrum:

„Wenn wir die Löhne vergleichen, reden wir über das Finanzielle, wenn ich die Löhne vergleiche mit den Leuten, die nicht gelernt sind oder eingearbeitet sind. Unterschied ist vielleicht 200 Euro. Aber komplette Verantwortung sind bei uns die Fachkräfte. Viel Belastung mit Ärzten, kommunizieren mit Psychiatern, viele Sachen. Und wenn irgendein Problem dann kommt oder ein Fehler, dann sind wir dran. Nicht der Einjährige oder Ungelernte. Deshalb viele, und auch viele von meinen Kollegen, habe ich erfahren, bereuen das, das die Fachkräfte wurden.“ (I5, Teil 1, Abs. 2).

Der Teilnehmende beschreibt, dass er zwar kaum finanzielle Unterschiede zwischen den unterschiedlichen Akteuren seiner Einrichtung erkennt, dafür jedoch insbesondere die Aufgaben, welche ein hohes Maß an Verantwortungsübernahme erfordern, in seinen Augen ungerecht aufgeteilt sind. Es gebe sogar einige Kolleginnen und Kollegen, welche aufgrund dieses Missverhältnisses von Verantwortung und Entlohnung ihre Ausbildung zur Fachkraft bereuen.

Die Wahrnehmungen der Befragten spiegeln allesamt wider, dass aus ihrer Sicht in der Altenpflege keine förderliche Arbeitsatmosphäre herrscht. Dies zeige sich dadurch, dass etwa die Hälfte der Teammitglieder demotiviert zur Arbeit komme und dass eine hohe Fluktuation herrsche. Neben der hohen Belastung sei dafür auch das Missverhältnis zwischen Verantwortung und Vergütung entscheidend. Die folgende Aussage von I7 gibt Hinweise darauf, dass die teils demotivierende Arbeitsatmosphäre auch durch Streitigkeiten in den Arbeitsgruppen geprägt wird: „Und ich hatte genug Zeit, die Leute zu kennen. Ich weiß, wer macht ein bisschen Spaß. Wer ist da nur zu arbeiten. [...] Und dann (2) klappt. Klappt gut momentan. Momentan ja.“ (I7, Abs. 15). Vor allem durch die zweimalige Wiederholung des Wortes *momentan* wird erkennbar, dass die Teilnehmerin inzwischen keine Konflikte in ihrem Team mehr austrägt, jedoch ist anzunehmen, dass sich dies seit Beginn ihrer Tätigkeitsaufnahme, als sie ihr Kollegium noch nicht so gut kannte, veränderte. I6 bestätigt die Annahme, dass die Migrierten innerhalb der Teams häufiger Streitigkeiten wahrnehmen. Über auftretende Konflikte in den Pflegeteams berichtet er, dass

„hier in Deutschland es gibt immer, kleine Konflikt und so, ja. Ähm wir sin-, die Pfleger sind mehr auf Konflikt mit sich. Ja? Die: -. Man denkt ein Schicht gegen die andere Schicht auch. Das, das

habe ich erst in Deutschland hier kennengelernt. Vorher in Nigeria, eine Schicht, die nächste Schicht kommt. Man gibt Übergabe, man geht weiter. [...] Und man hat es nicht diese Schichtgefühl. Und der Schicht macht richtig, und die andere Schicht macht falsch“ (I6, Abs. 22).

Der Befragte bringt damit zum Ausdruck, dass ihm in Deutschland im Gegensatz zu seinen Erfahrungen aus Nigeria häufige Kontroversen innerhalb des Pflorgeteams auffallen. Insbesondere zwischen entgegengesetzt arbeitenden Schichten (bspw. Früh- und Spätschicht) erlebt er Unstimmigkeiten und Schuldzuweisungen. Ähnliches deutet auch I7 in ihrem Gespräch an. Sie empfindet den Informationsfluss im Team als so unzureichend, dass sie sich zu Beginn ihrer Dienste, insbesondere nach kürzerer Abwesenheit, zu Folgendem gezwungen sehe: „Ich muss fragen. Wer ist tot? Wer ist im Krankenhaus? Wer lebt noch?“ (I7, Abs. 195). Vor allem mit ihrer Aussage *Wer ist tot?* unterstreicht die Befragte, dass selbst die wesentlichsten Informationen in den Teams nicht immer weitergegeben werden. Es scheint so, als resultiert aus der hohen Belastung Konfliktpotential innerhalb der Arbeitsgruppen, welches wiederherum Machtgefälle innerhalb der Gruppen zum Vorschein bringt.

„Ich will genauso, was ich will für mich. Ich will das für meine Bewohner.“ (I8, Abs. 139) – Erwartungen und Enttäuschungen

Die migrierten Pflegekräfte aus dem Altenpflegesetting sprechen während der Interviews einen weiteren beobachteten Punkt des Arbeitsalltags an. Aufgrund der hohen Arbeitsbelastung, dem als hoch erlebten Krankenstand und der konfliktbelasteten Atmosphäre ist es den Befragten im Arbeitsalltag nicht möglich, so zu pflegen bzw. die Bewohnerinnen und Bewohner der Einrichtungen so zu versorgen, wie sie es als Erwartung an ihre Berufsrolle richten. „Was soll ich machen? Ich habe nur zwei Hände und zwei Füße“ (I7, Abs. 97), fragt sich I7 und deutet damit ihren inneren Konflikt zwischen Wunsch und Realisierung an. I5 liefert ein Beispiel, an welchem auch er diesen inneren Gewissenskonflikt beschreibt, welchen er auf die vorherrschenden Arbeitsbedingungen zurückführt:

„Und das Problem, die Leute, die nicht sprechen können oder keine Ahnung, ruhig sind. Die kriegen am meisten ab. Ich sage wieder auf meiner Station, ich habe eine Frau, sie ist bettlägerig, sie kann nicht sprechen, sie ist wirklich eine süße alte Dame. Sie ist beliebt bei uns, aber weil ich keine Zeit habe, sie kommt immer als Letztes dran, weil sie nichts sagen kann. Als allerletzte bekommt sie immer ihr Frühstück. Dann ist es schon fast 10:00 Uhr. Manchmal macht sie immer den Mund zu, sie will nicht essen, du musst Zeit haben, eine halbe Stunde oder eine Stunde dort sitzen und immer einen Löffel geben. Aber wenn ich keine Zeit habe, wenn ich alleine bin, sage ich okay, sie hat keinen Hunger und bringe es weg. Und das tut weh. Wirklich, es tut weh, warum können sich diejenige nicht richtig satt essen und ich kann das Essen reichen? Warum habe ich keine Zeit gehabt, sie richtig zu pflegen? Es tut wirklich manchmal weh. Aber leider, ich kann auch nicht zaubern“ (I5, Teil 1, Abs. 36).

Eindrücklich beschreibt der Befragte, welche Konsequenzen die Arbeitsbedingungen für die Bewohnenden mit sich bringen. Zudem macht er deutlich, wie sehr auch ihn die Bedingungen belasten („Wirklich, es tut weh“). I7 gibt in ihrem Interview einen Hinweis darauf, welche

Strategie des Kollegiums sie in der Altenpflege erlebt, um mit Überforderung umzugehen: „Und hier sind krank, oh, Krankenhaus, tschüss. (2) Ein Bewohner weniger, jetzt habe ich elf“ (17, Abs. 159). Mit dieser Aussage stellt sie heraus, dass ihrem Empfinden nach nicht alle Einweisungen der zu Pflegenden in ein Krankenhaus zwingend notwendig sind. Auch sie ist wie I5 ernüchtert über die beschriebenen Vorkommnisse. I8 ging in ihrem Gespräch einen Schritt weiter und verdeutlicht, wie sie stattdessen mit den Bewohnerinnen und Bewohnern arbeiten möchte:

„[...] das was ich will. [...] Das ist genauso wie diese Leute eine Leben gehabt haben. Also alle waren mit eine gute Beruf. Sie haben eine gute Leben gehabt. Sie waren auch sauber und elegant. Und dann bekommt der letzte Tagen im Leben und man lebt nicht gut. Also finde ich nicht gut. Und dann finde ich das traurig. [...] muss man immer leben, genauso wie wir wollen. Also ich dusche mich jeden Tag. Warum die eine Bewohner duscht einmal von in der Woche. Das finde ich nicht toll. Oder ich putze mich die Zähne jede nach dem Essen. Und [...] ich muss nicht Essen im Mund haben. Oder ich schlafe in eine sauberes Bett. Und die Bewohner nicht.“ (I8, Abs. 139).

Die Teilnehmende unterstreicht mit dieser Aussage – wie zuvor I5 und I7 – ihre Enttäuschung darüber, dass sie während ihrer Arbeitszeit nicht immer ihren Berufs- und Rollenvorstellungen nachkommen kann. Sie ist überzeugt davon, dass es auch anders gehen kann: „Also zum Beispiel, wegen Duschen. Ja? In Spanien gibt es, jeden drei Tage muss man einen Patienten duschen. Hier in Deutschland das ist einmal pro Woche“ (I8, Abs. 109). Am Beispiel Duschen verdeutlicht sie, dass sie aus ihrer Arbeitserfahrung aus Spanien einen Versorgungsrhythmus kennt, welchen sie bei körperbezogenen Pflegetätigkeiten bevorzugen möchte. Dieser liegt näher an dem, was I8 als wünschenswert betrachtet, da sie sich dafür an ihrem eigenen Rhythmus orientiert: „Das ist, was ich möchte. Genauso. Qualität. Also, das ist der Wichtigste für mich“ (I8, Abs. 139). I7 unterstützt die Erfahrung bzgl. des Duschens von I8. Aus sie beschreibt, dass sie aus Spanien einen anderen Standard gewohnt ist: „Zum Beispiel, ich habe jeden Tag allen Bewohner geduscht. Und hier, einmal pro Woche. (4) Ein=Mal=Pro=Woche. (2) Okay, wir waschen jeden Tag. Aber eine Dusche? Einmal pro Woche? Was ist das? (2)“ (I7, Abs. 80). Auch sie äußert ihre sich von den in Deutschland ausgebildeten Mitarbeitenden unterscheidende Rollenvorstellung und ihre Ernüchterung („Was ist das?“) über die von ihr erlebte Versorgungssituation.

Fast alle Interviewten benennen einen Grund, welchen sie als entscheidend für ihre Unzufriedenheit mit der Arbeitssituation ansehen. Sie beschreiben, dass es auf sie wirkt, als stehe der Gewinn des Unternehmens über der Zufriedenheit der Bewohnenden sowie der Pflegekräfte. I6 berichtet von Tagen, an denen sein Team sehr stark unterbesetzt ist und trotzdem noch neue zu Pflegende hinzukommen:

„Man gibt auch, wo man sagt, "Eh, mit diesem Zustand, dürfen wir kein Patient mehr haben, mit diesem Pflegepersonal!". Aber nein, Gewinn muss da sein, egal wenn man weiß genau, es gibt=ähm weniger Personal. Neuen Patient kommt und (1) aber die arme Pflegekraft muss leiden“ (I6, Abs. 79).

Aus dem Zitat geht hervor, dass I6 der Auffassung ist, dass es den Einrichtungen primär um die finanziellen Interessen geht, bevor die Situation der Mitarbeitenden berücksichtigt wird. I7 vertritt diesbezüglich dieselbe Ansicht. Sie stellt jedoch ihre Interessen hierbei zurück und sorgt sich primär eher um die zu Pflegenden: „Ja, oder (5) wenn Fieber haben, acht Paracetamol. Nein. Kein Medikamente=ein bisschen unterhalten. Einmal Waschlappen hier hier hier unterhalten. Nein, Medikamente. [...] Sie, nehmen immer Medikamente. (2) Aber, 'das ist Deutschland.' Und das ist billiger ((hüstelt)).“ (I7, Abs. 155). Mit dieser Aussage macht sie deutlich, dass sie eigentlich gern bei jemand Erkranktem bleiben und für diese Person da sein möchte. Jedoch sei die Medikamentengabe für den Betrieb günstiger als eine Pflegekraft, welche sich bspw. eine zusätzliche Stunde Zeit für die oder den Betroffenen nimmt. Deswegen kann I7 nicht so pflegen, wie sie es von sich als Pflegekraft erwartet. I5 geht bei dem Thema Gewinnmaximierung noch einen Schritt weiter und lässt durchblicken, dass neben den Einschränkungen bei der Pflege zusätzlich auch Fälschungen bei der Pflegedokumentation ein übliches Vorgehen darstellen, um die Gewinne für die Betriebe zu erhöhen:

„Es gibt viele Sachen, die in der Pflegeplanung geschrieben werden, aber sie werden nicht getan. Und die Arbeitgeber kassieren dafür Geld von der Pflegekasse und von den Versicherungen, das ist momentan ist es ein Geschäft geworden. Viel Geld verdienen. Leider. Es geht um Menschenleben.“ (I5, Teil 1, Abs. 10).

Insbesondere durch den nachgeschobenen Satz („Es geht um Menschenleben.“) unterstreicht der Interviewteilnehmende seine Frustration über die Nichterfüllung der von ihm an die Altenpflege in Deutschland gestellten Erwartungen. Auch an anderer Stelle seines Interviews betont er seine Enttäuschung: „Natürlich, ich hatte andere Vorstellungen gehabt. Vergleich mein Land und hier. Und natürlich, wenn du hierhin kommst und viele Sachen siehst, dann wirst du irgendwie enttäuscht“ (I5, Teil 1, Abs. 64). Mit dieser Beschreibung fasst er zugleich die Stimmung der anderen befragten Pflegekräfte im Altenpflegesetting zusammen. Um hierfür ggf. weitere Ursachen herauszufinden, werden nachfolgend die wahrgenommenen Aufgabenkomplexe und Rollenzuschreibungen der Studienteilnehmenden beschrieben.

7.2.1.4 Erfahrungen des Altenpflegesettings: Aufgabenkomplexe und Rollenzuschreibungen

An die nach Deutschland migrierten Pflegekräfte in den Altenpflegeeinrichtungen werden während des täglichen Arbeitsvollzugs Aufgabenkomplexe und Rollenzuschreibungen herangetragen. Diese werden durch das Subthema *Anforderungen an die zugezogenen Pflegekräfte* in den Fokus gestellt.

„Es ist nur Pflege“ (I7, Abs. 207) – Anforderungen an die zugezogenen Pflegekräfte

Bezüglich der an sie herangetragenen Anforderungen herrscht bei den im Ausland ausgebildeten Pflegekräften in den Altenpflegeeinrichtungen über zwei Dinge Konsens: Einerseits erwähnen alle Befragten Folgendes: „Das ist viel Arbeit. Also, das ist nicht so leicht, sondern muss man zu viel, machen und es nicht einfach“ (I8, Abs. 65); die Thematik der starken Belastung findet bereits unter dem vorangestellten Subthema *Hohe Arbeitsbelastung durch Zeitdruck und einen niedrigen Personalschlüssel* Berücksichtigung. Andererseits beschreiben die Interviewteilnehmenden neben der hohen und als ansteigend empfundenen Arbeitsbelastung, dass sich die Ausrichtung und Schwerpunktsetzung ihrer Tätigkeitsroutinen hauptsächlich auf die körperbezogenen Pflege Tätigkeiten konzentriert. Das einleitende Zitat von I7 („Es ist nur Pflege“) verweist bereits auf diese Wahrnehmung. Auch I6 äußert sich in seinem Interview zur Fokussierung auf die körperbezogenen Pflegemaßnahmen in seinem Arbeitsalltag: „Wir kommen nach Übergabe, und wir haben nun angefangen zu waschen und die Leute aus dem Bett zu holen. Und das haben wir nur gemacht, gemacht, gemacht. [...] ich kann auch sagen bis zum, Übergabe“ (I6, Abs. 37). Deutlich wird durch diesen Interviewausschnitt, dass I6 seinen Arbeitsalltag als sehr einseitig wahrnimmt. Dieser Eindruck entsteht v. a. durch seinen Hinweis auf „das haben wir nur gemacht, gemacht, gemacht“. Welche Tätigkeiten sich hinter *gemacht, gemacht, gemacht* verbergen, das geht auch aus dem nachfolgenden Zitat von I8 hervor. Auch sie berichtet, dass direkt nach der Übergabe angefangen wird,

„[...] mit Pflege, also mit Grundpflege. Und dann mit Frühstück. Dann ähm aufräumen und das Bett machen. Und dann kommt, zum Beispiel, Essen verteilen. Und (1) ja, wir haben, zum Beispiel, wenn auch in die Toilette die Bewohner begleiten. Und also, das war es.“ (I8, Abs. 67).

Die Teilnehmende führt aus, dass sie zum Zeitpunkt des Interviews ausschließlich Aufgaben erledigt, welche der körpernahen Unterstützung der Bewohnerinnen und Bewohner dienen. Zudem ist auffallend, dass sie sich direkt im ersten Satz, bei der Nennung des Wortes *Pflege* korrigiert. Anzunehmen ist, dass die Teilnehmende die körperbezogenen Pflege Tätigkeiten als nur einen Teil des Aufgabenspektrums *Pflege* betrachtet und somit in ihrer Wortwahl entsprechend differenzieren will. Diese einseitig wahrgenommene Ausrichtung der Altenpflege gibt I5 folgendes Gefühl: „[...] ich fühle mich momentan nicht richtig als Fachkraft, ich fühle mich als ganz normale Pflege. Ich muss kochen, ich muss pflegen, Abendessen vorbereiten, das ist nicht meine Aufgabe“ (I5, Teil 1, Abs. 12). Dass die Zugezogenen vor ihrer Migration auch von weiteren Tätigkeitsspektren des Altenpflegeberufs ausgingen, betont I6: „Man denkt in Deutschland eher, ein Pfleger ist alles für alles zuständig“ (I6, Abs. 75). Mit *alles*, so führt es I5 aus, verbinden die Zugezogenen neben den Aufgaben der körpernahen Unterstützung auch die therapeutisch-medizinischen Tätigkeiten, welche der Behandlungspflege zugeordnet werden: „Zum Beispiel Fachkräfte sind zuständig für Medikamentenstellung, Medikamentengabe, Insulinverfahren, Infusionen“ (I5, Teil 1, Abs. 12).

Einen weiteren Aufgabenkomplex im Arbeitsalltag, von welchem die Interviewteilnehmenden erzählen, stellt die Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) dar. I6 bezeichnet die Kontrollbesuche in seiner Einrichtung als „immer diese Kämpfe mit MDK, wenn die MDK kommt“ (I6, Abs. 12). Schon durch diese Aussage und insbesondere durch das Bild des *Kampfes* wird deutlich, dass die Arbeitsweisen des MDK bzw. deren Begutachtungsverfahren bei den Zugezogenen auf Widerstand stoßen. I8 beklagt besonders den damit verbundenen hohen dokumentarischen Arbeitsaufwand und die Schwierigkeit für sie, die (juristischen) Hintergründe der MDK-Kontrollen zu verstehen sowie sich entsprechend auszudrücken:

„Müssen wir, zum Beispiel, viele Kontrollen machen. Und Dokumentationen ausfüllen. Und wenn man nicht versteht, musst du immer fragen, was bedeutet das. Was man machen muss und, das ist auch schwer. Also sind andere Wörter. Sind schwierig. Sehr schwere Wörter und muss man immer fragen, was bedeutet. Was ist das? Das ist wichtig und muss man nicht einfach zulassen. Muss man immer fragen. Und die Sachen richtig machen versuchen“ (I8, Abs. 59).

Die Teilnehmende unterstreicht zudem die ihr vermittelte Wichtigkeit der Kontrollbesuche des MDK. Sie müsse, damit ihre Einrichtung die Kontrollen bestehen könne, bestimmte Tätigkeiten adäquat erledigt und dokumentiert haben. Für sie stellt dies aufgrund der erforderlichen Genauigkeit bei bestimmten Formulierungen eine große Herausforderung dar. Des Weiteren fällt es den Befragten schwer, die Prioritätensetzung des MDK nachvollziehen zu können. So äußert sich I6 in diesem Zusammenhang:

„Ich habe auch MDK gesagt "Wenn ein neunzig neun Jahr, einmal stürzt, Risiko da steht. Das bleibt, wie willst du denn dann -?" Man kann ändern was du willst. Der Mann ist nicht mehr, läuft nicht selbstständig. Und Risiko ist da. Man sieht das! Wenn jemand kommt, geht alleine einkaufen in die Stadt los und so und MDK kommt und sagt "Kann ich mal gucken wo ist denn Dekubitusrisiko? Oder das Sturzrisiko? Warum fehlt das?". Ich sage "Bitte, zur Zeit habe ich nicht.". (1) [...] klar, man muss alle=alle Risiko machen, aber sorry meine Priorität ist nicht da von jemand der alleine in die Stadt losgeht!". [...] Das ist Blödsinn, sorry. Aber das ist nun mal die Kleinigkeit, wo man denkt ja, die Priorität.“ (I6, Abs. 50).

Der Teilnehmende schildert sein Unverständnis und kritisiert den MDK: Seiner Meinung nach kommen die Gutachtenden nicht ihrer eigentlichen Aufgabe, nämlich der Gewährleistung einer guten und gerechten Gesundheitsversorgung nach, sondern urteilen über die Pflegebedürftigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner, ohne sich vorher genauer über die Betroffenen zu informieren. Jedoch berichtet er auch, dass er trotzdem Unterschiede zwischen den MDK-Mitarbeitenden erlebt: „[...] man merkt, ein Krankenpfleger als MDK und ein Altenpfleger als MDK. Die beiden gibt unterschiedliche Noten“ (I6, Abs. 51). Dadurch wirkt jedoch das Notenvergabeverfahren subjektiv auf ihn. Aufgrund dessen ist auch I5 abgeneigt, den MDK-Begutachtungen seine vollste Aufmerksamkeit zu widmen. Er stellt heraus, dass die medizinische Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner durch den MDK sogar gefährdet werde. Dies verdeutlicht er am Beispiel der Aufbewahrung von Medikamenten.

„Wir versuchen, ich und meine Kollegen, meistens immer vorrätig ein bisschen, obwohl verboten ist. Wenn die medizinische Dienstleistung kommt zur Kontrolle, dann ist es verboten. Aber was sollen wir machen, für mich ist das Leben der Patienten wichtiger als der MDK. Deshalb werden wir immer ein bisschen ein Vorrat von Medikamenten haben, falls so etwas vorkommt.“ (I5, Teil 1, Abs. 10).

Mit der Formulierung *falls so etwas vorkommt* spielt er auf einen zuvor im Gespräch erwähnten epileptischen Anfall einer zu pflegenden Person an, welcher sich an einem Wochenende zutrug und für welchen sein Team keine Medikamente bekommen konnte. Durch diese Erfahrung begann der Befragte die Zusammenarbeit mit dem MDK als zu seiner Berufsauffassung als Altenpflegefachkraft im Widerspruch stehend zu betrachten.

7.2.1.5 Zusammenfassende Reflexion der Erfahrungen in den verschiedenen Pflegebereichen

Die vorangestellten Einblicke in die Daten zeigen, dass die zugezogenen Pflegekräfte die verschiedenen Versorgungsbereiche unterschiedlich erleben. I6, der Arbeitserfahrung sowohl im klinischen Setting als auch im Altenpflegebereich sammeln könnte, stellt heraus, dass „man merkt richtig die Unterschied“ (I6, Abs. 6) zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen. Die unterschiedlichen Perspektiven auf die klinische Pflege sowie die Altenpflege werden nachfolgend entlang der Forschungsbefunde zusammengefasst.

Die Zugezogenen des klinischen Settings berichten von einer strengen Arbeitsorganisation mit starr strukturierten Arbeitsabläufen. Zwar erkennen sie die mit der Arbeitsorganisation verbundenen Regelsysteme und Routinen, verstehen jedoch nicht immer, welche konkreten Handlungen von ihnen im täglichen Arbeitsvollzug erwartet werden. Grund dafür ist u. a., dass sich ihre Vorstellungen und Erwartungen nicht mit dem vorgefundenen Arbeitsalltag in Deutschland decken. Dieser Widerspruch wird maßgeblich dadurch bestärkt, dass die zugeleiteten Aufgaben und Tätigkeitsroutinen kaum den Arbeitsschwerpunkten der Herkunftsländer ähneln. In den Interviews bringen die Studienteilnehmenden zum Ausdruck, dass sie bezüglich ihrer Aufgaben in Deutschland zwischen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und behandlungsfokussierten Tätigkeiten unterscheiden. Jedoch erleben die Befragten einheitlich eine starke Schwerpunktsetzung bei den körperbezogenen Aufgaben. Trotz bzw. gerade aufgrund dieser als einseitig wahrgenommenen Ausrichtung ihrer Tätigkeit berichten die Zugezogenen davon, Abstriche bei einer qualitativ hochwertigen Versorgung machen zu müssen, um überhaupt allen zu Pflegenden auf den Stationen ein Mindestmaß an Körperpflege bieten zu können. Daraus resultiert der Eindruck, dass in Deutschland von den Pflegekräften eher *Quantität als Qualität* bei den Tätigkeitsroutinen erwartet wird. Dass die Zugezogenen größtenteils ihre mitgebrachten Vorstellungen, Berufsbilder und Aufgabenschwerpunkte in Deutschland nicht wiederfinden, löst bei ihnen neben Verunsicherung auch Ernüchterung aus und sie assoziierten mit der Pflege in Deutschland etwas Unbekanntes und teils auch Angsteinflößendes. Dies hat neben der starren Arbeitsorganisation zur Folge, dass die Betroffenen häufig nicht auf ihre

vorhandenen Kompetenzen zurückgreifen (können). Zusätzlich beschreiben die Befragten, dass sie vor der Durchführung von ihnen vertrauten Tätigkeiten um Erlaubnis fragen müssen. Die dadurch entstehende Abhängigkeit sowie die Kontrolle des Kollegiums wird von den Betroffenen als Machtgefälle und Dequalifizierung wahrgenommen. Weichen die Studienteilnehmenden von diesen an sie herangetragenen Handlungserwartungen ab, zieht dies i. d. R. negative Konsequenzen nach sich.

Demgegenüber berichten die zugezogenen Pflegekräfte, die im Altenpflegesetting arbeiten, von einer sehr hohen Arbeitsdichte und Belastung. Dies führen sie auf mangelnde zeitliche Ressourcen sowie auf die als zu niedrig empfundenen Personalschlüssel zurück, welche sich durch häufige krankheitsbedingte Ausfälle noch verschärfen. Die Befragten machen die Arbeitsbedingungen u. a. für eine konfliktbelastete Arbeitsatmosphäre verantwortlich. Konflikte spielen sich häufig zwischen den entgegengesetzt arbeitenden Schichten ab, da bspw. die Verantwortung für Pflegefehler den anderen Arbeitsgruppen zugeschoben wird. Bezüglich der Anforderungen und der Tätigkeitsroutinen in ihrem Arbeitsalltag schildern die Befragten, dass sie hauptsächlich Aufgaben erledigen, welche der Leistung von körpernaher Unterstützung dienen. Da die Mehrheit der Zugezogenen nicht mit dem vorgefundenen Tätigkeitsspektrum vertraut ist, da sie aus den Herkunftsländern andere Erwartungen an ihre Berufsrolle mitbringen, fühlen sich die Studienteilnehmenden in Deutschland eher wie Hilfskräfte und nicht wie Pflegefachkräfte und berichten von Dequalifizierungserfahrungen. Des Weiteren äußern die Zugezogenen ihre Enttäuschung darüber, dass sie aufgrund der hohen Arbeitsbelastung selbst die für sie als grundlegend empfundenen Aufgaben der Versorgung, wie bspw. eine tägliche Dusche, nicht zufriedenstellend erledigen können. Dadurch ist es für sie nicht möglich, den Bewohnerinnen und Bewohnern die Pflege zu gewährleisten, welche sie als würdevoll und notwendig ansehen. Ein weiterer Kritikpunkt an den knapp bemessenen zeitlichen Ressourcen ist zudem, dass kaum Zeit für Gespräche mit den zu Pflegenden bleibt. Jedoch wird durch die Darstellungen des Altenpflegesettings auch deutlich, dass die Migrierenden, auch geschuldet durch die knapp bemessene Personalverteilung, vergleichsweise schnell entgegen des klinisch pflegerischen Bereichs, die Verantwortung für Wohnbereiche und Führungspositionen übertragen bekommen. Dies hat zur Folge, dass die Interviewteilnehmenden, soweit es die Rahmenbedingungen zulassen, vergleichsweise schnell unabhängig von ihrem Kollegium arbeiten und vermehrt auf ihre individuellen Berufs- und Rollenvorstellungen zurückgreifen können.

Abschließend kann für das Kapitel 7.2.1, *Erfahrungen und Anforderungen des Arbeitsalltags in Deutschland*, festgehalten werden, dass die Interviewteilnehmenden in den beiden untersuchten Versorgungsbereichen eine gewisse Zeit brauchen, um die an sie adressierten Anforderungen für sich einzuordnen. Die Positionierungen gegenüber den Zuschreibungen fallen

individuell und teilweise heterogen aus. Trotzdem kann an dieser Stelle für alle Interviewteilnehmenden festgehalten werden, dass sich die Befragten – unter Berücksichtigung des Rol-
lensdefinitionsprozesses – während der anfänglichen Zeit der Arbeitsaufnahme in Deutschland
in einer Art *Stranger-Phase* wiederfinden. Während Führungskräfte bzw. die etablierte Arbeits-
gruppe Zuschreibungen an die Neuhinzugekommenen richten, verhalten sich die Befragten in
den meisten Fällen passiv und empfangen bisweilen zu diesem Zeitpunkt die Erwartungsges-
taltung. Dass zwischen dem klinischen Setting und der Altenpflegeversorgung Unterschiede fest-
zustellen sind, ist für diese Studie deswegen relevant, da daraus resultiert, dass v. a. in der
Altenpflege aufgrund des unabhängigeren Arbeitens innerhalb der Arbeitsgruppen die Zuge-
zogenen im weiteren Verlauf tendenziell einfacher auf ihre Sichtweisen und die im Herkunfts-
land ausgebildeten Fähigkeiten und Handlungsroutrinen zurückgreifen können. Dementspre-
chend, und diese Fragestellung wird im nachfolgenden Kapitel in den Fokus gerückt, stellt sich
im Anschluss an die wahrgenommenen bzw. konstruierten Wirklichkeiten des Arbeitsalltags
die Frage, wie das zugezogene Pflegepersonal sich gegenüber den an sie adressierten Er-
wartungen positioniert und entsprechend auf die an sie herangetragenen Rollenzuschreibun-
gen reagiert.

7.2.2 Auseinandersetzung mit den Rollenzuschreibungen und wechselseitige Reaktionen auf die adressierten Handlungserwartungen – Hauptthema 2

Anknüpfend an die Erfahrungen in den Pflegeberufen und den Sichtweisen der Zugezogenen
auf die an sie herangetragenen Anforderungen im Arbeitsalltag wird in den nachfolgenden
Unterkapiteln dargestellt, wie sich die migrierten Pflegekräfte gegenüber den an sie adressier-
ten Rollenzuschreibungen positionieren (s. Kapitel 7.2.2.1). Zudem wird abgebildet, welche
Reaktionen bzw. Strategien sie daraufhin anwenden, um ggf. in ihren Arbeitsgruppen Ver-
handlungssituationen anzustoßen, in denen sie ihre eigenen beruflichen pflegebezogenen
Vorstellungen einbringen können (s. Kapitel 7.2.2.3). Da sich sowohl die Positionen als auch
die Reaktionen und Strategien der Interviewteilnehmenden individuell voneinander unterschei-
den, werden im weiteren Verlauf des vorliegenden Kapitels die einzelnen Positionierungen der
Befragten fallbasiert geschildert. Das fallbasierte Vorgehen begründet sich u. a. dadurch, dass
die befragten Pflegekräfte zum Zeitpunkt der Datenerhebung alle in unterschiedlichen Berei-
chen und Einrichtungen arbeiten und somit mit verschiedenen Teams in Berührung kommen,
sodass sich Rollenzuschreibungen sowie Reaktionen, aber auch potentielle Aushandlungssi-
tuationen und Gestaltungsspielräume deutlich voneinander unterscheiden. Zudem wird mit
diesem Vorgehen der idiografischen Ausrichtung der Studie Rechnung getragen. Um den Les-
enden eine zusammenfassende Übersicht über die Inhalte des vorliegenden Kapitels zu er-
möglichen, folgen im Anschluss an die individuellen Positionierungen und Reaktionen jeweils
kurze zusammenfassende Reflexionen (s. Kapitel 7.2.2.2; Kapitel 6.2.2.4). Dort finden sich

auch tabellarische Zusammenfassungen der Positionierungen gegenüber den Rollenzuschreibungen sowie der Reaktionen und Strategien der Studienteilnehmenden.

7.2.2.1 Positionierungen gegenüber den Rollenzuschreibungen

Die Interviewteilnehmenden sammeln in ihren Einrichtungen bzgl. Arbeitsorganisation und bei ihren jeweiligen Aufgabenzuschreibungen heterogene Erfahrungen. Nachfolgend wird dargestellt, wie sich die nach Deutschland zugezogenen Pflegekräfte gegenüber den an sie herangetragenen Anforderungen, Aufgabenkomplexen und Rollenzuschreibungen positionieren. Es wird beleuchtet, wie die Befragten mit den an sie adressierten Rollenentwürfen umgehen, ob sie diese annehmen oder zurückweisen, bzw. ob sie Möglichkeiten wahrnehmen, ihren Vorgesetzten und Arbeitsgruppen Gegenentwürfe anzubieten.

I1: „[...] ich möchte das respektieren [...] das hier das Regeln ist.“ (Abs. 151)

Die Interviewteilnehmende I1 beschreibt die Konfrontation mit den neuen Aufgabenkomplexen, welche ihr gerade zu Beginn in Deutschland in der Pflege begegnen als große Herausforderung: „[...] ich finde also, als ich ähm neu hier war, das finde ich sehr schwer“ (I1, Abs. 4). Für sie bilden insbesondere Tätigkeiten der körpernahen Unterstützung ein unbekanntes Aufgabenfeld ab. Körperbezogene Pflegemaßnahmen als Aufgabenbereich für Pflegfachkräfte ist für I1 neu, „weil bei uns in Philippinen hat also keiner Pflege also weniger Pflege [...] weil der Pflege macht der=n, macht der Angehörige und die Familie.“ (I1, Abs. 4). Durch die vorangestellten Zitate der Teilnehmerin wird deutlich, dass I1 körperbezogene Pflgetätigkeiten nicht als professionelle, berufliche Arbeit ansieht. Sie unterstreicht durch ihre Aussagen, dass sie körperbezogene Pflegemaßnahmen durch ihre bisher gesammelten Berufserfahrungen auf den Philippinen als Tätigkeiten kennen gelernt hat, welche von nahen Angehörigen der zu Pflegenden übernommen werden. Aus diesem Grund schafft es I1 nicht, v. a. die Körperpflege mit ihrem beruflichen Selbstverständnis zu vereinen. Jedoch äußert die Teilnehmende auch, sie müsse „jeden Tag [...] lernen“ (I1, Abs. 8), wie die Aufgaben im interprofessionellem Team in Deutschland verteilt werden und was entsprechend von ihr erwartet werde. Durch diesen Anspruch, welchen sie selbst an sich richtet, stellt I1 gleichzeitig ihre eigene Sichtweise auf und ihre eigenen Erwartungen an die pflegerische Tätigkeit zurück, denn „ich möchte das, ich möchte das respektieren [...] das hier das Regeln ist.“ (I1, Abs. 151).

I2: „[...] es bringt keine gute, gute Qualität [...]“ (Abs. 149)

Die Interviewpartnerin I2 berichtet während der Datenerhebung von einem sehr starr geregelten Arbeitsalltag mit einer tätigkeitsorientierten Arbeitsorganisation. Sie bewertet dieses Vorgehen einerseits zwar als hilfreich, wenn es um das schnelle Abarbeiten von anfallenden Aufgaben geht, andererseits fehlt ihr jedoch durch das schnelle Abarbeiten wichtige Zeit für die

Patientinnen und Patienten. Die Arbeitsorganisation verhindert für I2 eine ganzheitlich orientierte und qualitativ hochwertige Arbeitsweise. I2 resümiert folglich über den von ihr erlebten funktionell organisierten Arbeitsalltag: „[...] es kann sehr schnell sein, mit äh funktionell also Pflege aber es bringt keine gute, gute Qualität“ (I2, Abs. 149). Dass Pflege für sie ganzheitlich gestaltet werden muss, geht u. a. auch aus ihrer Aussage über die Wichtigkeit von Fachwissen über Erkrankungen hervor (Bps.: Pankreatitis; Abs. 209). Zusammenfassend verdeutlicht die Teilnehmende in ihrem Gespräch, dass sie den Fokus auf das schnelle Erledigen von Aufgaben nicht mit ihren Erwartungen an den Pflegeberuf vereinen kann. Vielmehr möchte sie eine ganzheitliche Pflege im Sinne von *Primary Care* garantieren können. Jedoch, und dabei nimmt sie eine vergleichbare Position zu I1 ein, empfiehlt auch sie gegenüber den Rollenzuschreibungen und Aufgaben in Deutschland „bitte flexibel, sei bitte offen“ (I2, Abs. 325) zu sein. Entsprechend gibt auch I2 an, dass sie ihre eigenen Interessen und ihr eigenes Berufs- und Rollenverständnis im Arbeitsalltag weitestgehend zurückzustellen versucht. Des Weiteren erlebt I2 die Pflege in Deutschland als einen Helferberuf der Medizin. Dies macht sie daran fest, dass sie es nicht so wahrnimmt, dass ihre Vorstellungen von qualitativ hoher Pflegearbeit sowie die Patientenzufriedenheit oberste Priorität in ihrem Alltag haben. Sondern, so erlebt es I2, scheint Quantität bei der Arbeit das wichtigste Anliegen für Pflegekräfte zu sein. Für die Studienteilnehmerin bedeutet dies, dass immer alles *ein bisschen* erledigt sein muss, damit dies z. B. dem ärztlichen Team bei der Visite übergeben werden kann. Durch diese Zuarbeit für das ärztliche Kollegium folgt für I2, dass sie die Qualität ihrer Arbeit und ihr berufliches Selbstverständnis zurückstellen muss. Mindestens muss die Befragte also einen Balanceakt zwischen ihren erlernten beruflichen Vorstellungen und den fremddefinierten Anforderungen vollbringen. Obwohl die Teilnehmende dies innerlich ablehnt, versucht sie dennoch sich nicht gegenüber den an sie adressierten Handlungserwartungen zu verschließen.

I3: „[...] wir pflegen nicht so viel [...]“ (Abs. 60)

Die Studienteilnehmerin I3 bringt aus Bosnien und Herzegowina ein medizinisches Verständnis von Pflege mit nach Deutschland. Dadurch, so ist rückzuschließen, zählt I3 wie bereits I1, die körperbezogenen Pflegeetätigkeiten nicht zu den gängigen Aufgaben der beruflichen Pflege. Sie berichtet in diesem Zusammenhang über ihre Arbeit im Herkunftsland, dass dort die Körperpflege von nahen Angehörigen und nicht vom ausgebildeten Personal übernommen wird:

„Ähm in Bosnien, ähm lernen wir me- mehr über Medizin, über Krankheitsbilder und sowas und wir pflegen nicht so viel, weil in Bosnien die Situation so ist, dass viele Angehörige die Leute zu Hause pflegen müssen. Und dann wenn jemand im Krankenhaus ist, Angehörige [...] führen die Grundpflege durch“ (I3, Abs. 60).

Dadurch, dass I3 in Deutschland jedoch sowohl die Aufgaben, die der körpernahen Unterstützung zugeordnet werden, als auch die krankheitsbezogenen Tätigkeiten der Behandlungspflege zu ihren Tätigkeitskomplexen zählt, erlebt sie hinsichtlich der Aufgabenfülle in Deutschland eine doppelte Belastung. Sie vermutet, dass die Aufgabenvielfalt auch der Grund dafür ist, dass sich der Arbeitsalltag in Deutschland anstrengender als in Bosnien gestaltet: „[...] hier ist dann auch Behandlungspflege aber auch Ganzkörperpflege, [...], macht man das mehr und vielleicht, vielleicht sind deswegen Kollegen hier mehr gestresst“ (I3, Abs. 154). Durch die vorangestellten Zitate wird deutlich, dass die Interviewteilnehmende der Aufgabenfülle und dem breit gefächerten Tätigkeitsspektrum gegenüber zumindest zu Beginn ihrer Tätigkeit in Deutschland voreingenommen gewesen zu sein scheint. Jedoch wirkt es auch so, als habe sie damit inzwischen für sich einen guten Weg des Umgangs gefunden: „[...] ich hab meine eigene Routine, ich komm mit den Kollegen, den Patienten, mit Krankheitsbildern, mit allem gut zurecht.“ (I3, Abs. 21). Darüber sei sie „jetzt im Moment auch sehr sehr sehr zufrieden.“ (I3, Abs. 4), obwohl das Pflege- und Rollenverständnis ihrer Beschreibung nach in Bosnien und Herzegowina und Deutschland deutlich differieren.

I4: „[...] nicht Deutschland Krankenpfleger orientiert [...]“ (Abs. 43)

Von Zufriedenheit mit den oder Akzeptanz der an ihn adressierten Tätigkeitszuschreibungen ist bei I4 nicht auszugehen. Vielmehr unterstreicht der Befragte während des Interviews seine Abneigung gegenüber den Aufgaben einer Pflegefachkraft in Deutschland und dem für ihn daraus resultierenden Statusverlust: „[...] in Deutschland ist man halt nichts, du bist so einfach nur [...] das letzte Dreck, was die Arbeit macht die keiner machen will“ (I4, Abs. 12). Die Arbeit, auf die sich I4 in dieser Aussage bezieht, beschreibt er als „dieses Waschen Waschen Waschen Waschen“ (I4, Abs. 43). Trotz dieser Aussagen geht jedoch auch aus dem Datenmaterial hervor, dass I4 sich nicht grundsätzlich der körpernahen Unterstützung der Patientinnen und Patienten verweigert. Vielmehr beschreibt er sogar, dass er eigentlich gern Zeit hätte, die Betroffenen „von Kopf bis Fuß“ (I4, Abs. 106) zu versorgen: „Und, so ne Pflege will ich“ (I4, Abs. 106). Dies sei jedoch die „Pflege, die im Alltag überhaupt nicht geht“ (I4, Abs. 106). I4 lehnt also nicht grundsätzlich alle in Deutschland an ihn herangetragenen Rollenzuschreibungen ab; vielmehr hadert er mit der Organisation und der Fülle der auszuführenden Tätigkeiten, da er aufgrund der erlebten Arbeitsbedingungen im Pflegeberuf nicht nach seinen eigenen beruflichen Vorstellungen pflegen kann. Hinzu kommt, dass er nicht einfach die Aufgabenfülle „wie Terminator“ (I4, Abs. 108) abarbeiten möchte, sondern dass er Verantwortung tragen und sein medizinisches Wissen in einen abwechslungsreichen Alltag einbringen möchte. Diese Möglichkeiten sieht er für sich bei der normalen Stationspflege nicht, jedoch im Intensivbereich: „[...] hab ich gesagt halt Intensiv wäre was für mich, äh zur ganz normalen Stationspflege wäre halt nicht so: meines Erachtens her interessant so monoton“ (I4, Abs. 3). Damit macht

der Teilnehmende deutlich, dass er sich zwar nicht mit den Aufgaben einer normalen Station identifiziert, er sich jedoch besser in der von ihm erlebten Arbeit auf Intensivstationen zurechtfinden kann. Dort entsprechen die von ihm erlebten Tätigkeitsroutinen eher seinem beruflichen Selbstverständnis. Die Intensivpflege sei für den Studienteilnehmenden zudem vertrauter, da die Pflegekräfte dort häufiger die Initiative ergreifen und Verantwortung übernehmen. Im peripheren Stationsbetrieb, so betont I4 u. a., sei dies nicht der Fall: „Und das find ich halt n=Initiative, das die Schwestern hier nie ergreifen, die sagen einfach "Nicht meine Verantwortung, nicht meine Verantwortung!" (I4, Abs. 214). Von dieser Arbeitsweise und der damit verbundenen Einstellung bzw. den gemeinten Kolleginnen und Kollegen distanziert er sich nachdrücklich und betont, sich nicht an den daraus resultierenden Zuschreibungen orientieren zu wollen (s. einleitendes Zitat).

I5: „[...] ich fühle mich momentan nicht richtig als Fachkraft“ (Teil 1, Abs. 12)

I5 beschreibt die Begegnung mit den neuen Anforderungen in Deutschland als Abwertung seiner Qualifikation. Schon das einleitende Zitat („ich fühle mich momentan nicht richtig als Fachkraft“) weist auf diese Empfindung hin. Vor allem die starke Ausrichtung im Altenpflegealltag auf Aufgaben, welche der körpernahen Unterstützung der zu Pflegenden dienen (Körperpflege, kochen, Essen vorbereiten), passen nicht zu seinen Rollenerwartungen und stellen für ihn ein unbekanntes Aufgabenfeld für beruflich Pflegenden dar. Dass I5 die genannten Aufgaben nicht als gängige und alltägliche Verantwortung in seinem Rollenhandeln annimmt, zeigt folgende Aussage: „[...] das ist nicht meine Aufgabe. Ich habe nicht drei Jahre Ausbildung gemacht, um Essen vorzubereiten“ (I5, Teil 1, Abs. 12). In dem Zitat wird durch die Reduzierung seiner Aufgaben auf *Essen vorzubereiten* sein Verdruss über diese Rollenzuschreibung deutlich. Zudem äußert sich der Teilnehmende dazu, dass ihm Aufgaben in seinem Arbeitsalltag wie das Medikamentenmanagement oder Infusionstherapien fehlen (s. Subthema *Anforderungen an die zugezogenen Pflegekräfte*). Aufgrund der seinem Verständnis nach zusätzlichen und nicht seiner Qualifikation entsprechenden körperbezogenen Pflegemaßnahmen gibt er an, durch den durch Mehraufwand entstehenden Zeitdruck den Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner nicht gerecht werden zu können: „[...] die Erfahrung die ich gemacht habe, viele Leute, besonders im Heim, Heimweh bekommen, die werden nicht richtig gepflegt“ (I5, Teil 1, Abs. 3). Mit dieser Beschreibung schildert er, dass seines Erachtens zu Pflegenden auch aufgrund der anstrengenden Arbeitsbedingungen und der daraus resultierenden schlechten Pflege unzufrieden sind. Darüber hinaus beschreibt I5, dass es durch Aufgabenfülle und Personalknappheit auch zu Fehlern komme: „[...] weil viele Leute alleine auf der Station sind oder nehmen wir zwei Personen die für 30 Personen zuständig sind, durch diesen Stress kommt es auch zu Fehlern“ (I5, Teil 1, Abs. 3). Erneut wird durch diese Aussagen seine

Unzufriedenheit mit den Rahmenbedingungen und Rollenanforderungen in Deutschland deutlich. Jedoch geht aus dem Interview auch hervor, dass er die Ansicht vertritt, dass die gängige Umgangsweise mit den Bewohnenden auch mit der Tätigkeitsdauer in einem Pflegeberuf zusammenhängt:

„Zum Beispiel als wir angefangen bzw. als ich angefangen habe, ich habe anders mit Leute umgegangen als derjenige, der 20 Jahre in der Pflege ist. Und der andere hat auch gesagt „Wenn du lange in dem Beruf bist, dann wirst du auch wie ich.“ Ich habe gesagt „Warum?“. Man muss doch eigentlich -. Ich bin der Meinung, wenn du in der Pflege mit alten Menschen arbeiten willst, musst du Herz haben. Weil ohne Herz geht nicht“ (I5, Teil 2, Abs. 2).

Aus diesem Zitat geht die Begründung für seine Positionierung gegenüber den Anforderungen heraus. I5 macht klar, dass er eine Versorgung der zu Pflegenden *ohne Herz* ablehnt. Zudem grenzt er sich deutlich von den Pflegenden ab, welche schon länger in Altenpflegeeinrichtungen in Deutschland beschäftigt sind als er selbst und die dies als Argument für schlechtere Arbeit anführen. Jene Teammitglieder schaffen in den Einrichtungen folgende Arbeitsatmosphäre: „Das ist wie eine -, für mich wie Friedhof.“ (I5, Teil 2, Abs. 4). Demgegenüber möchte er seine Arbeit mit *Herz* und Würde gestalten.

I6: „Ich habe gesagt "Was ist das hier?"“ (Abs. 39)

Der Studienteilnehmende I6 macht in seinem Interview deutlich, dass sich sein berufliches Selbstverständnis von seinem deutschen Kollegium unterscheidet. Er grenzt sich von seinem Team ab: „[...] weil, man kann sagen, Mentalität [ist] ein bisschen anders“ (I6, Abs. 4; Einschub durch N. H.). Sichtbar werden für I6 die von ihm genannten ungleichen Mentalitäten anhand von unterschiedlichen Rollenerwartungen an die Pflegekräfte. Diese fallen I6 v. a. während der Zusammenarbeit mit dem MDK auf. Wie bereits in Kapitel 7.2.1.4 erwähnt, bezeichnet der Befragte einige der Rollenzuschreibungen, welche durch die Zusammenarbeit mit dem MDK entstehen, als „Blödsinn“ (I6, Abs.50). Weiter führt I6 aus, dass er dies an der für ihn nicht immer nachvollziehbaren und teilweise als falsch empfundenen Prioritätensetzung des MDK festmacht. Vor allem kritisiert er, dass er sich durch die Begutachtungsverfahren des MDK gezwungen sieht, die Profitorientierung seiner Einrichtung zu adaptieren: „[...] ich sage in Gesundheit, muss man nicht vergleichen mit Geld. [...] Weil alle heute geht alles um Gewinn und Verlust, ja?“ (I6, Abs. 70). Mit dieser Aussage bringt er seine Distanzierung vom betriebswirtschaftlichen Interesse und den daraus resultierenden Anforderungen seiner Einrichtung zum Ausdruck. Dass sich sein Pflegeverständnis von den ihm in Deutschland begegnenden Rollenzuschreibungen unterscheidet, macht er neben seinen Ausführungen über den MDK auch an einer weiteren Erzählung aus seiner Anfangszeit in der Pflege in Deutschland fest. So habe er schnell bemerkt, dass die Arbeit ein „bisschen anders, anders [ist] -. Okay, es geht mich nicht auf Waschen und so, ja. Das war nicht in der Priorität. [...] Man sollte so schnell wie möglich versuchen den Mensch selbstständig zu sein.“ (I6, Abs. 45; Einschub durch N. H.).

Anhand dieser Erzählung verdeutlicht er, dass ihm sein Kollegium eine andere Mentalität bzw. ein anderes Rollenverständnis spiegelt (hier: Erhaltung der Selbstständigkeit vs. Übernahme von Körperpflege): Er betont erneut, dass er das *Anderssein* an seiner Prioritätensetzung im Arbeitsalltag festmacht. So sehe er „schon viele Fehler“ (16, Abs. 23) und während sein Kollegium sich auf die Körperpflege fokussiert, stellt er es als seine wichtigere Aufgabe dar, den zu Pflegenden dabei zu helfen, ihre eigene Selbstständigkeit wiederzuerlangen bzw. zu erhalten. Deutlich wird durch die Aussage auch, dass I6 nicht nur seine Bewohnerinnen und Bewohner anders als sein restliches Team versorgen möchte, sondern dass er darüber hinaus in der Arbeitsweise des Teams *viele Fehler* wahrnimmt. Zusammenfassend kann an dieser Stelle also festgehalten werden, dass I6 sich zwar von seinem Kollegium und dessen Schwerpunktsetzung im Arbeitsalltag abgrenzen möchte, dies ihm jedoch aufgrund vieler Verpflichtungen nicht immer zu gelingen scheint. Dennoch setze er trotz längerer Zeit in Deutschland immer noch deutlich andere Prioritäten als seine Teamkolleginnen und -kollegen.

I7: „[...] anderes als, deutsche Leute.“ (Abs. 8)

Die Interviewteilnehmende I7 macht in ihrem Interview deutlich, dass ihre Berufsvorstellung von Pflege anders ist als diejenige, welche ihr in Deutschland begegnet. Ihre Erwartungen an den Beruf unterscheiden sich von den Ansichten der in Deutschland ausgebildeten Pflegekräfte. Unter anderem durch die vorangestellte Aussage, sie sei „ein bisschen anderes als, deutsche Leute“ (I7, Abs. 8), unterstreicht I7, dass sie ihre Rolle als Pflegendende anders ausfüllen möchte als ihre Arbeitsgruppe. *Anders sein* äußert sich für I7 durch die Fokussierung des Teams auf bestimmte Aufgaben und deren Erledigung im Arbeitsalltag. Auch für die Befragte gelten diese Routinen. Entsprechend mache sie „nur Pflege“ (I7, Abs. 47) und meint damit „aufstehen, waschen, duschen“ (I7, Abs. 47). Diese von ihr als einseitig und eintönig wahrgenommene Ausrichtung entspricht nicht ihren Vorstellungen vom Pflegeberuf. Hinzu kommt, dass I7 die Art und Weise der Ausführung der körperbezogenen Pflegetätigkeiten in Deutschland bemängelt. Dafür bringt sie das schon in Kapitel 7.2.1.4 angeführte Beispiel des Duschens an und resümiert nach einem Vergleich zwischen Spanien und Deutschland, dass trotz der Fokussierung auf die körperbezogenen Pflegemaßnahmen diese nicht in dem von ihr wahrgenommenen Interesse der zu Pflegenden sind. Anhand des Duschbeispiels bringt die Teilnehmende ihr Unverständnis gegenüber den an sie adressierten Anforderungen zum Ausdruck. Jedoch ist für I7 der deutlichste Beleg dafür, dass sie andere Prioritäten setzt als das etablierte Kollegium, dass für sie Folgendes im Mittelpunkt des Altenpflegealltags stehen sollte: „Unterhalten. Unterhalten ist ganz ganz ganz wichtig“ (I7, Abs. 64). I7 verdeutlicht, dass ihr und den Bewohnerinnen und Bewohnern Zeit im Pflegealltag für Gespräche fehlen: „Sie brauchen unterhalten. Das ist ganz wichtig. (3) Das habe ich ganz klar-. Und in Spanien das war so. Unterhalten, unterhalten, unterhalten“ (I7, Abs. 74). Am Beispiel des *Unterhaltens*

grenzt sich die Studienteilnehmende erneut deutlich von ihrem Kollegium ab und berichtet von einer Situation, in welcher jemand der zu Pflegenden in ihrer Einrichtung erkrankte: „[...] wenn Fieber haben, acht Paracetamol. Nein. Kein Medikamente=ein bisschen unterhalten. Einmal Waschlappen hier hier hier unterhalten. Nein, Medikamente. (2) [...] Sie, nehmen immer Medikamente. (2) Aber, 'das ist Deutschland.' Und das ist billiger ((hüstelt)).“ (I7, Abs. 155). Deutlich machen möchte die Teilnehmende anhand der Erzählung, dass sie es als ihre Aufgabe erlebt, immer den für die Einrichtung kostengünstigsten Weg zu gehen, auch wenn dieser ihrer Ansicht nach für die zu Betreuenden gar nicht der sinnvollste zu sein scheint. Zudem drückt I7 durch das Zitat erneut ihr Unverständnis gegenüber ihrem Kollegium aus. Sie betont den Ausdruck ihres Unverständnisses noch durch die spitze Bemerkung „*das ist billiger*“. Des Weiteren kritisiert die Teilnehmende den Umgang mit dem Dokumentationssystem ihrer Station: „Trinkprotokoll. Sie schreiben, was sie wollen. Lagerung, sie schreiben, was sie wollen“ (I7, Abs. 171). Auch hierbei scheint sie die informelle Regelung erkennen zu können, so schnell wie möglich, sei es eben ungenau oder sogar falsch, Aufgaben des Pflegealltags abzuarbeiten im Hinblick darauf, dass der Arbeitsaufwand gering bleibt und Personalkosten niedrig. In Kauf genommen werde dabei absichtlich, dass die Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegeeinrichtung am Ende unter den möglichen Folgen zu leiden haben. Sie positioniert sich klar gegen diese Arbeitsweise und macht deutlich, sie „mache alles richtig“ (I7, Abs. 173) und es sei ihre Aufgabe: „Wir sollen schreiben was wir machen.“ (I7, Abs. 179).

I8: „[...] ich kann nicht sagen, was ist das besser oder nicht. Sondern ich respektiere das.“ (Abs. 105)

Weniger kritisch als die anderen drei Studienteilnehmenden des Altenpflegesettings positioniert sich I8 gegenüber den an sie herangetragenen Rollenzuschreibungen. Im Gegensatz zu den anderen Teilnehmenden weist I8 sogar auf Parallelen zwischen Herkunftsland und Deutschland hin: „Ich finde die Arbeit genauso wie in Spanien“ (I8, Abs. 2). I8 ergänzt: „Pflege oder der Arbeit, das ist genauso. Also, wir machen die gleiche Sachen“ (I8, Abs. 4). Sie erwähnt jedoch auch: „Die kleinen Unterschiede. Das ist, zum Beispiel, also die Organisation von der Arbeit.“ (I8, Abs. 6); die Organisation, damit meint I8 v. a. die Rahmenbedingungen sowie die Hierarchien im Team. Diese sind ihr aus Spanien anders bekannt. Allerdings vermutet I8, dass weniger das Land für diese Unterschiede verantwortlich sei, sondern dass vielmehr der jeweilige Einfluss der unterschiedlichen Betriebe die Rahmenbedingungen festlegt: „Aber ich glaube, das hat auch mit jeder Betrieb zu tun.“ (I8, Abs. 6). Als ein Beispiel von unterschiedlicher Arbeitsorganisation führt I8 unterschiedliche bzw. ihr unbekannte Machtverhältnisse an: „Also, hier in Deutschland, zum Beispiel, die Examierte sagt, was musst du machen oder was gibt es Neues oder. [...] Also hier gibt es keine Chefin von Altenpflegehelferin, sondern die Examierte. Das ist unsere Chefin“ (I8, Abs. 103). Der Grund für die Irritation, wer die

Vorgesetzten sind, wird dadurch ausgelöst, dass sie es aus Spanien nicht kannte, dass Fachkräfte und Hilfskräfte eng zusammenarbeiten: „Aber normalerweise die Krankenschwester hat gar nichts zu tun mit, was ist Kleid oder ob ich die gut rasiert habe. Oder ob ich gut gepflegt habe. Die hat gar nichts zu tun mit diese Sachen. [...] Nur mit medizinische Sachen“ (I8, Abs. 101). I8 verdeutlicht in dem Gespräch, dass sie von einer klaren Trennung zwischen Fachpflege und Hilfskräften ausgegangen ist. Folglich löst es bei ihr Verunsicherung aus, dass eine Altenpflegefachkraft als ihre Vorgesetzte auftritt. Ihrem Verständnis nach gibt es eine „Chefin von Altenpflegehelferin“ (I8, Abs. 103), welche dem Hilfspersonal die Aufgaben zuweist. An den Zitaten ist auffällig, dass sich I8 so selbstverständlich zum Pflegehelferberuf zählt. Schließlich befindet sie sich in der Ausbildung, um den Altenpflegefachstatus zu erlangen. Weiterführend beschreibt I8 in dem Interview, was von ihr erwartet wird, alle Maßnahmen vor deren Ausführung mit den examinierten Pflegekräften abzusprechen. Dass dies für sie neu ist und sie dies nicht immer nachvollziehen kann, macht sie mit der nachfolgenden Aussage deutlich:

„Und dann hier musst du immer anrufen und sagen, na, ich brauche das und ich brauche das. Das also, finde ich, schwer. Weil in Spanien [...] ich habe immer meine Sachen selber gemacht. [...] Und hier [...] manchmal, man fühlt sich wie ein Kind. Ein kleines Kind. [...] Und das ist schwer. Also, es ist eine schlechte Gefühl.“ (I8, Abs. 51).

Ihr *schlechtes Gefühl* resultiert daraus, dass sie sich nicht in ihrer Position ernstgenommen fühlt, da sie ihrem Empfinden nach nicht selbstständig ihre Routine finden und erfüllen kann. Jedoch weist sie darauf hin, dass sie es als ihre Aufgabe angenommen hat, viele Nachfragen zu stellen: „Müssen wir, zum Beispiel, viele Kontrollen machen. [...] Und wenn man nicht versteht, musst du immer fragen, was bedeutet das. Das ist wichtig und muss man nicht einfach zulassen. Muss man immer fragen. Und die Sachen richtig machen versuchen“ (I8, Abs. 59). Die Teilnehmende *lässt dies zu* und auf die Frage, mit welcher Arbeitsorganisation sie besser zurechtkommen würde, äußerte sie sich wie folgt: „Und ich finde, das ist andere Land und eine andere Organisation. Und muss man nur respektieren“ (I8, Abs. 105). Zusammenfassend kann für I8 festgehalten werden, dass die Interviewteilnehmende versucht, sich neutral gegenüber den an sie adressierten Anforderungen und Tätigkeitsroutinen zu positionieren. Sie möchte die in Deutschland an sie herangetragenen Handlungserwartungen respektieren (s. einleitendes Zitat).

7.2.2.2 Zusammenfassende Reflexion der Positionierungen

In Tabelle 8 werden die acht zuvor beschriebenen Positionen der Interviewteilnehmenden, welche sie gegenüber den an sie gerichteten Zuschreibungen einnehmen, zusammengestellt. Anschließend werden die Positionierungen mit der theoretischen Rahmung der Studie zusammengeführt.

Tabelle 8: Positionierungen der Interviewteilnehmenden gegenüber den an sie adressierten Rollenzuschreibungen innerhalb ihrer Versorgungseinrichtungen

11	<ul style="list-style-type: none"> • I1 möchte die an sie adressierten Tätigkeitsschwerpunkte respektieren. • I1 stellt ihre eigenen Berufsvorstellungen im Hinblick auf medizinische Tätigkeiten zurück. • I1 lehnt die ihr zugeteilten Aufgaben jedoch als fachliche und berufliche Tätigkeiten ab.
12	<ul style="list-style-type: none"> • I2 möchte flexibel und offen gegenüber den an sie adressierten Erwartungen sein. • I2 stellt ihre eigenen Berufsvorstellungen zurück. • I2 sieht in der Funktionspflege eine gefährliche Arbeitsorganisation. • I2 möchte am liebsten nach dem <i>Primary Care</i>- Konzept arbeiten.
13	<ul style="list-style-type: none"> • I3 ist anfänglich irritiert über das breite Tätigkeitsspektrum. • I3 möchte trotz Aufgabenfülle nicht zum <i>Roboter</i> werden. • I3 überwindet ihre Voreingenommenheit und ist inzwischen zufrieden über die ihr zugeteilten Tätigkeitsroutinen.
14	<ul style="list-style-type: none"> • I4 lehnt die an ihn adressierten Tätigkeitsroutinen im Stationsalltag einer peripheren Station ab. • I4 kann sich nicht mit den ihm zugeteilten Aufgaben identifizieren. • I4 empfindet sein Kollegium als fachlich schlecht aufgestellt.
15	<ul style="list-style-type: none"> • I5 lehnt das schnelle Abarbeiten einer <i>Satt- und Sauber-</i> Pflege ab. • I5 möchte sich als Fachkraft fühlen und neben den körperbezogenen Pflegeroutinen auch medizinische Tätigkeiten übernehmen. • I5 möchte seine Pflege planen und die Pflegeplanung im Alltag einhalten können.
16	<ul style="list-style-type: none"> • I6 betitelt einige Zuschreibungen, insbesondere solche, die ihn auffordern den Gewinn der Einrichtung über die Gesundheit der Patienten zu stellen als <i>Blödsinn</i>. • I6 möchte sich nicht auf die bloße Übernahme der körperbezogenen Pflegemaßnahmen, sondern auf die Erhaltung/ Wiedererlangung der Selbstständigkeit fokussieren.
17	<ul style="list-style-type: none"> • I7 ist enttäuscht darüber, dass sie zu wenig Zeit im Arbeitsalltag für die zu Pflegenden hat und dadurch kaum Unterhaltungen führen kann. • I7 möchte vermehrt ihre Tätigkeiten nach den Interessen der zu Betreuenden ausrichten. • I7 möchte bei der Arbeit mit den zu Pflegenden nicht an erster Stelle an die Wirtschaftlichkeit denken müssen, sondern an die Betroffenen.

18

- I8 möchte die Pflege in Deutschland respektieren und sich kein Urteil über besser oder schlechter erlauben.
- I8 vermisst eine hohe Qualität bei der Versorgung der zu Pflegenden.
- I8 wünscht sich, dass die Bewohnerinnen und Bewohner trotz Umzug in ein Pflegeheim, ihr Leben wie davor (weiter-)führen können.
- I8 möchte den zu Pflegenden den gleichen Standard bieten, welchen sie sich selbst auch für sich in ihrem Alltag wünscht.

Die Positionierungen der Interviewteilnehmenden zeigen, dass die befragten Pflegenden individuell auf die an sie herangetragenen Rollenzuschreibungen reagieren. Aus den vorangestellten Erkenntnissen über die teils heterogenen Positionierungen wird deutlich, dass es in den Teamgeschehen – insbesondere in der Anfangszeit nach einer Migration – eine Phase gibt, in der sich die Zugezogenen und die bereits etablierten Arbeitsgruppen einander annähern und die Migrierten erstmalig die für die Organisationen gültigen Aufgabenkomplexe, Routinen und Handlungserwartungen empfangen. Laut LMX-Modell wird diese erste Interaktion als *Stranger-Phase* bezeichnet. Individuum und Team begegnen sich erstmalig, nähern sich einander an und tauschen erste Informationen aus. Gemäß des LMX-Modells beginnt im Anschluss die *Phase der Verhandlung*. Anschließend an die erste Annäherung können die Individuen auf die Erwartungsgefüge reagieren und sie akzeptieren oder zurückweisen. Durch die Datenerhebung zeigt sich allerdings, dass die Teilnehmenden, bevor sie auf die Zuschreibungen reagieren können, sie diese erst einmal für sich sortieren, einordnen und sich demgegenüber positionieren müssen. Dieser Schritt, der zwischen *Stranger-Phase* und *Phase der Verhandlung* einzuordnen ist, bzw. die jeweiligen Positionen sind in der vorangestellten Tabelle 8 dargestellt.

Folglich kann für die Studienteilnehmenden der hier vorgestellten Studie festgehalten werden, dass es nicht automatisch zu einer passiven und konformen Übernahme der formalen und informalen Anforderungen des Arbeitsalltags kommt. Vielmehr findet immer auch eine Auseinandersetzung mit den an sie herangetragenen Erwartungsgefügen statt. Daher stellt sich die Frage, ob, und wenn ja, wie sie ihre Positionierungen in die jeweiligen Arbeitsgruppen tragen können. Diese Frage wird in Kapitel 7.2.2.3 beantwortet, wobei sich darauf konzentriert wird, inwiefern sich die befragten Pflegekräfte von den äußeren fremddefinierten Anforderungen lösen können und ob sie von Möglichkeiten berichten, ihr berufliches Selbstverständnis, also ihre Haltung und Persönlichkeit in Bezug auf ihre Berufsvorstellungen im Rollendefinitionsprozess einbringen und verhandeln zu können.

7.2.2.3 Wechselseitige Reaktionen auf die Rollenzuschreibungen der zugezogenen Pflegekräfte und der Arbeitsgruppen

Nachdem die zugezogenen Pflegekräfte die an sie adressierten Rollenzuschreibungen für sich sortieren und sich entsprechend positionieren konnten, nehmen sie die an sie gerichteten Handlungserwartungen an und erfüllen sie oder aber weisen diese zurück und unterbreiteten den jeweiligen Arbeitsgruppen Gegenentwürfe. Dadurch entwickelt sich ein Aushandlungsprozess über die gegenseitigen pflegebezogenen Rollenvorstellungen. Durch die theoretische Rahmung wird diese Phase im Rollendefinitionsprozess als die *Phase der Verhandlung* bezeichnet. Entsprechend wird im vorliegenden Kapitel, *Wechselseitige Reaktionen auf die Rollenzuschreibungen der zugezogenen Pflegekräfte und der Arbeitsgruppen*, dargestellt, ob und wie die Befragten ihre eigenen Vorstellungen über ihre Tätigkeit in die Pflegeteams einbringen können. Auch wird gezeigt, wie die Arbeitsgruppen auf die zurückgespiegelten Handlungslogiken der Migrierten reagieren. Bezüglich der nachfolgenden Ausführungen erfolgt weiterhin ein fallbasiertes Vorgehen, u. a. da sich die jeweiligen Strategien in den Aushandlungssituationen unterscheiden. Auch weiterhin wird die Perspektive der Studienteilnehmenden eingenommen.

I1: „[...] philippinische Krankenschwestern sind flexibel [...]“ (Abs. 127)

Bei der Auswertung des Interviews mit I1 zeigt sich, dass die Befragte die in Deutschland an sie herangetragenen Aufgaben und Erwartungsgefüge zum großen Teil nicht aus ihrem Herkunftsland kennt. Insbesondere die in ihrem Arbeitsalltag dominierenden Tätigkeiten der körpernahen Unterstützung sind für die Befragte unbekannt und neu. Zudem macht I1 deutlich, dass sie diesen Aufgabenschwerpunkt nicht zu den gängigen beruflichen Routinen einer Pflegefachkraft zählt. Jedoch äußert die Teilnehmende auch, dass sie die ihr fremden Aufgabenschwerpunkte, die ihrem Berufsverständnis widersprechen, (kennen)lernen und als normale Aufgaben in Deutschland akzeptieren und respektieren will: „[...] ich möchte das, ich möchte das respektieren [...] dass hier das Regeln ist.“ (I1, Abs. 151). Sie ist der Ansicht: „[...] ich muss machen was die Pflegekraft, auch auch hat gemacht“ (I1, Abs. 82). Diese Aussagen der Teilnehmenden verdeutlichen, dass es gar nicht ihr primär fokussiertes Vorhaben ist, ihre eigenen Vorstellungen bzw. ihre Rollen- und Berufsauffassung von professioneller Pflegearbeit in ihre Arbeitsgruppe einzubringen. Lieber, so verdeutlicht bereits das einleitende Zitat, gibt sich I1 angepasst und betont: „[...] philippinische Krankenschwestern sind flexibel“ (I1, Abs. 127); Anpassung, „das ist einfach“ (I1, Abs. 144). Auch stellt sie es so dar, als reiche ihr für ihre Zufriedenheit aus, wenn sie gelegentlich zu einigen der ihr von den Philippinen vertrauten Aufgaben, wie bspw. Medikamente stellen, aufgefordert wird. Dies beschreibt sie für sich als „Glück“ und „Vorteil“ (I1, Abs. 29). Trotzdem, und hierbei stehen ihre Schilderungen über Akzeptanz und Flexibilität im Widerspruch zu ihrer Gefühlswelt, berichtet die Befragte von einem für sie sehr

schweren Start in der Pflege in Deutschland. Sie gibt während des Interviews zu, sie habe am ersten Tag im Dienst „geweint“ (I1, Abs. 37). Doch trotz der sich durch ihre Gefühlsregungen zeigenden Empfindungen über ihre Arbeitssituation vermittelt I1 während der Datenerhebung ein Bild, als ob sie in keinem Fall in ihrem Team in Missfallen geraten und durch Unangepasstheit negativ auffallen will. Auch zeigen sich in dem Interview keine Hinweise darauf, ob I1 im Widerspruch zu ihren Schilderungen doch zwischenzeitlich durch bspw. Gespräche mit Kolleginnen oder Kollegen ihre Perspektive auf berufliche Pflegearbeit in ihre Arbeitsgruppe einzubringen oder gar durch ihr Rollenverständnis einen Aushandlungsprozess anzustoßen versucht. Die Teilnehmende weist nur bzgl. ihres Kollegiums darauf hin, dass sie in ihrem Team mit einigen Pflegenden besser und mit anderen schlechter zurechtkomme: „[...] manchmal es gibt eine äh Kollege die ist sehr nett, die ist sehr professionell, und ja und es gibt auch ein Kollege die is- die hat das Haltung als ob, die ist am besten“. (I1, Abs. 47). Sie bemerkt zudem, sie sei „disappointed“ (I1, Abs. 47) darüber, wenn Teammitglieder sie *von oben herab* behandeln und nicht als professionelle Pflegekraft ansehen. Trotz solcher Vorkommnisse scheint es, als sei es für I1 dennoch am wichtigsten, dass sie in ihrer Arbeitsgruppe den Eindruck erweckt: „Im Moment [sei] alles 'ok'.“ (I1, Abs. 147; Änderung durch N. H.) für sie. Obwohl durch das Interview deutlich wird, dass dies zumindest nicht immer der Wahrheit entspricht, versucht die Befragte ein solches Bild von sich zu vermitteln.

I2: „Ich glaube das wäre für den [...] anderen sehr komisch“ (Abs. 294)

Aus dem Interview mit I2 geht hervor, wie stark der Studienteilnehmerin ihr Arbeitsalltag tätigkeitsorientiert organisiert erscheint. Diesen hohen Grad an Strukturierung kennt die Befragte nicht aus Simbabwe, dort gebe es mehr „*Freiheit* von den Pflegenden“ (I2, Abs. 124): „[...] jeder ist frei“ (I2, Abs. 58). Diese *Freiheit* kennzeichnet sich für I2 u. a. dadurch, dass eng im Team zusammengearbeitet und nicht allein, im Sinne der Funktionspflege, Aufgaben abgearbeitet werden: Dadurch entstehe mehr Austausch und es fließen mehr Informationen in der Arbeitsgruppe, was widerherum eine qualitativ hochwertigere pflegerische Versorgung für die Patientinnen und Patienten ermögliche. Denn durch den so entstehenden Wissensvorteil können die Pflegekräfte „richtig planen wie ein Patient behandelt wird“ (I2, Abs. 84). Die untereinander ausgetauschten Informationen führen laut I2 zu deutlich mehr „Autonomie“ (I2, Abs. 130 + 132) bei Entscheidungen über Pflege und auch Therapie. Zwar nimmt I2 dennoch wahr, dass auch in Deutschland diverse Impulse bzgl. der Versorgung von Pflegekräften ausgehen, jedoch erfolgt deren Durchführung immer erst nach dem Einverständnis bzw. der Anordnung von der ärztlichen Seite. Aufgrund der stark strukturierten Arbeitsorganisation kommt an dieser Stelle die Frage auf, ob bzw. wie I2 im Zusammenhang der von ihr beschriebenen Abläufe und Hierarchien überhaupt Freiräume für sich schaffen kann, um ihre aus Simbabwe mitgebrachten Berufs- und Rollenvorstellungen in ihre Arbeitsgruppe einzubringen bzw. diese zu verhandeln.

Durch die Datenerhebung zeigen sich einige Hinweise auf solche Situationen. Zwar erwähnt die Studienteilnehmende nicht, ob sie bewusst den Austausch in ihrem Team über ihre Handlungserwartungen sucht, jedoch berichtet sie von Situationen, in denen ihr Kollegium sie belächelt, sobald sie Tätigkeiten durchführen will, welche für sie in Simbabwe Normalität darstellen. I2 erzählt bspw., dass „es nicht hier also, akzeptiert“ (I2, Abs. 294) sei, wenn sie ihre Eigenheiten und Arbeitsweisen in ihre Arbeitsgruppe einbringt. Daraufhin bekomme sie gesagt: „Nein, das machen wir nicht“ (I2, Abs. 100) und ihr werde gezeigt, welche bereits etablierten Regeln und Routinen in ihrer Arbeitsgruppe Gültigkeit besitzen. Jedoch wird der Befragten nicht nur durch subtilere Gesten, wie bspw. durch das Belächeln von Eigenheiten, gezeigt, dass sie nicht von den für sie geltenden Handlungserwartungen abweichen soll. Auch berichtet I2 davon, zurechtgewiesen zu werden, wenn sie von der vorgegebenen Funktionspflege abweicht: „Nein du solltest da bleiben“ (I2, Abs. 65) und die Strukturen einhalten. Die Studienteilnehmende sucht in solchen Situationen jedoch nicht die Konfrontation und nimmt keinen Konflikt mit ihrer Arbeitsgruppe in Kauf, sondern entscheidet sich zu für sie größtmöglicher Passivität. Auch spricht sie für weitere Zuziehende mit ausländischer Pflegequalifikation die Empfehlung aus, sich am Teamgeschehen zu orientieren, „sei bitte flexible“ (I2, Abs. 325) und: „[...] du kannst nicht nur so, eine Idee nur mitbringen hier in Deutschland“ (I2, Abs. 325). Bereits durch die einleitende Aussage betont die Befragte, dass es unter den in Deutschland ausgebildeten Pflegekräften nicht gut aufgenommen wird, wenn die im Ausland erlernten beruflichen Vorstellungen in den Pflegealltag eingebracht werden. Sie regt an, „erst ich muss also, ein deutsches System lernen, ja und dann wenn ich meine, System von zu Hause dann mitbringe dann, das passt nicht [...]“ (I2, Abs. 294). Erkennbar wird durch diese Aussage, dass die Teilnehmende zum Zweck der Konfliktvermeidung im Kollegium ihre eigene Perspektive auf den Pflegeberuf und ihr im Herkunftsland erworbenes Pflege- bzw. Rollenverständnis zurückstellt.

I3: „[...] die haben mir dann gezeigt, wie das alles hier funktioniert, und äh so habe ich mich dann auch adaptiert.“ (Abs. 69)

Das Interview mit I3 zeigt, dass sich die Aufgabenschwerpunkte in Deutschland für die Studienteilnehmende deutlich von den aus Bosnien und Herzegowina bekannten Routinen unterscheiden. Wie I1 unterteilt auch I3 den Arbeitsalltag bzw. ihre berufliche Rolle in Deutschland in Tätigkeiten, welche die Therapie der zu Pflegenden fokussieren oder der körpernahen Unterstützung zugeschrieben werden. Letztere Aufgaben stellen für I3 ein neues Handlungsfeld im täglichen Arbeitsvollzug dar: „[...] was ich in Bosnien gelernt habe waren mehr medizinische Sachen“ (I3, Abs. 47). Jedoch geht aus den Aussagen auch hervor, dass sich I3 gegenüber den an sie herangetragenen und für sie unbekannteren Routinen offen zeigt. Sie beschreibt im

Interview, wie sie sich in den Pflegealltag in Deutschland während ihrer Einarbeitungszeit einführen ließ: Sie sei „erstmal mitgelaufen, erstmal nur ge- nur geguckt und danach [...] mit Aufsicht einer anderen Pflege Pflege durchgeführt und dann auch unter Aufsicht weitere Sachen gemacht“ (I3, Abs. 44). Die Befragte betont, dass es ihr gerade zu Beginn ihrer Tätigkeit in Deutschland wichtig gewesen sei, sich bei den ihr zugeteilten Tätigkeitsroutinen „sicher fühlen“ (I3, Abs. 218) zu können. Einerseits bedeutet dies für I3, sich absichern zu können; andererseits wünscht sie sich eine für sie im Arbeitsvollzug greifbare Kontaktperson, auch um sich als professionelle und fachlich versierte Pflegekraft beweisen zu können. Dass I3 großen Wert auf ein wertschätzendes Miteinander mit einer vertrauensvollen Basis in der Arbeitsgruppe legt, wird durch ihre Enttäuschung deutlich,

„als mich meine Ex Chefin gefragt hat, ka- ob ich Blutzucker messen kann zum Beispiel. [...] Weil [...] ich habe 4 Jahre Ausbildung gemacht und dann ich hier und jemand fragt mich ob ich Blutzucker messen kann. Was für ein Vorstellung haben die Leute dann? [...] ich bin ne Krankenschwester, fertige Krankenschwester, Examierte, und dann fragt mich jemand sowas.“ (I3, Abs. 210 - 214).

Unter anderem sieht die Studienteilnehmende Folgendes als Grund für eine solche Fehleinschätzung an: „[...] ich hatte nicht immer diese Gefühl dass ich immer meine Ansprechpartner da habe“ (I3, Abs. 117). Jedoch resigniert I3 als Folge der beschriebenen von ihr wahrgenommenen Herabwürdigung nicht, sondern sucht nach Alternativen, um in ihrer Arbeitsgruppe ihre Fachkompetenz unter Beweis zu stellen. Beispielsweise nennt sie es als Möglichkeit, „sich erstmal Pflege Heute“ (I3, Abs. 234) zu kaufen, um sich durch das benannte Lehrbuch auf den aktuellen Stand zu bringen und ihrem Team zu signalisieren, dass sie gewillt sei, die „komplett andere Technik was hier [...] benutzt wird“ (I3, Abs. 234) kennenzulernen. Zusätzlich stellt dies ihre Strategie dar, um sich im anfangs wahrgenommenen „Spaceshuttle“ (I3, Abs. 51) zurechtfinden zu können. Jedoch zeigt sich durch die o. g. Aussage auch, dass I3 enttäuscht reagierte, als sie von ihrer Arbeitsgruppe nicht als fachlich kompetente Pflegekraft wahrgenommen wird. Dennoch sucht sie ihren Weg, um sich auch ohne jederzeit verfügbare Ansprechperson im pflegerischen Arbeitsalltag zurechtzufinden und sich auch ohne viel Hilfe ihres Teams sicher zu fühlen. Erst dann, so nimmt es I3 wahr, ist es für sie möglich, ihr mitgebrachtes Potential, „wenn es um Krankheitsbilder geht oder sowas“ (I3, Abs. 69), in die Arbeitsgruppe einfließen zu lassen. Zum Zeitpunkt des Interviews sieht sie dazu die Möglichkeit sowie ihre Verantwortung v. a. während der ärztlichen Visite. Auch unter Berücksichtigung des einleitenden Interviewexzerpts (Abs. 69) wird deutlich, dass sich I3 zwar ihres Fachwissens und ihrer Potentiale bewusst ist, dass sie jedoch bisher Konfrontationen oder Konfliktsituationen mit der Arbeitsgruppe vermieden hat und stattdessen versucht, sich größtenteils auch ohne die von ihr gewünschte Hilfe an die Tätigkeitsroutinen und Anforderungen ihrer Arbeitsgruppe anzupassen.

I4: „Also ich kann meine Pflege nicht realisieren wie [...] ich die will.“ (Abs. 133)

Der Interviewteilnehmende I4 bringt während der Datenerhebung seine Distanziertheit, aber auch seine Geringschätzung gegenüber den in Deutschland an ihn herangetragenen Routinen und Handlungserwartungen zum Ausdruck. Er differenziert jedoch zwischen den Anforderungen von Intensiv- und normalen Stationen. Da I4 zum Zeitpunkt des Interviews auf einer Privatstation arbeitet, beziehen sich seine Aussagen größtenteils auf die Arbeitsschwerpunkte von peripheren Stationen. Der Studienteilnehmer betont, dass von ihm zwar im täglichen Arbeitsvollzug größtenteils erwartet wird, Tätigkeiten der körpernahen Unterstützung durchführen zu müssen, dass er dies jedoch nicht mit seinem eigenen Berufs- und Rollenverständnis vereinbaren kann. Er attribuiert diesen Arbeitsschwerpunkt mit der Abgabe von Verantwortung bei der Behandlung der zu Pflegenden. Dies bemängelt er bei seiner Arbeitsgruppe: „Hier [...] sagt dir jede Krankenschwester, das ist nicht meine Domäne, das ist [...] nicht meine Verantwortung, das ist die Verantwortung vom anderen, und das wird immer hin und her geschoben“ (I4, Abs. 208). I4 wählt jedoch keine Strategie wie zuvor I1, I2 und I3, um sich mit der von ihm wahrgenommenen Situation zu arrangieren. Vielmehr berichtet er von Versuchen, Vorschläge für Veränderungen bei seiner Stationsleitung eingebracht zu haben. Jedoch scheint er mit seinen Ideen nicht wie erhofft Gehör zu gefunden zu haben, sondern gibt an, von seiner Leitung an die Pflegedienstleitung und von dieser an die Zentrale seiner arbeitgebenden Einrichtung verwiesen worden zu sein. Er erklärt diesen Vorgang als „[...] klassisch deutsch. Die Verantwortung wird auf=n anderen geschoben und das geht alles im Kreis. [...] Hauptsache keine Verantwortung nehmen=übernehmen, Hauptsache das!“ (I4, Abs. 200 – 202). I4 kritisiert jedoch nicht nur die Leitungspositionen, sondern beanstandet auch, dass sein Team wenig pflegerische Fachkompetenz habe und wenig Initiative zeige, sich dieses Wissen anzueignen:

„Ich finde halt diesen, äh, in den Sachen so ähm, Behandlungspflege nicht gut geschult. Also man könnte richtig viel mal dazu bauen oder wenn man sagt "Warum kennt ihr halt nicht die, grobe Thematik von=ner Demenzerkrankung?", "Ja wir brauchen das nicht!" ((verstellt Stimme dümmlich)). Ich meine, Wissen schadet ja nicht zu wissen. Wenn ich jetzt erzähle, wenn ich meinen Kollegen erzähle warum Demenz in welchem Teil des Gehirns regt, "Hä warum wiss- weißt du das? Das brauchen wir ja nicht. Wir wissen-, wir müssen nur wissen wie man damit umgeht." (1) Und so, ich finde halt man sollte schon [...] gewisses Wissen vor sich haben [...]“ (I4, Abs. 208).

Dies zeigt, dass es zu seinem Rollenverständnis zählt, Hintergrundwissen über Krankheitsbilder zu haben. Dies setzt er voraus, um sowohl fundierte Aufklärungsarbeit für die zu Pflegenden und deren Angehörige zu leisten als auch, um mit dem ärztlichen Kollegium vollwertig und ebenbürtig kommunizieren zu können. Jedoch, so beschreibt er, werde es „nicht gern gesehen“ (I4, Abs. 246), wenn er sein Wissen ins Teamgeschehen einzubringen versucht. Dass I4 dadurch häufiger in Konfliktsituationen gerät, geht auch aus dem Interview hervor. Als er sich über eine Kollegin ärgert, welche während einer kritischen Situation nicht so agiert, wie er es für notwendig und angemessen ansieht („[...] lieber warten bis n=Arzt kommt

oder, Bericht schreiben (1) Patient, hat das und das Arzt informiert, das ist das höchste der Gefühle [...] und dann steh ich da "Ja, aber man kann das und das noch erledigen, das und das machen." (I4, Abs. 226)), sucht er, seiner Erzählung nach, die Konfrontation:

„[...] und dann hab ich mich so voll angelegt, die so "Ja ich bin hier dreißig Jahre in dem Haus bin berufserfahren, warum willst du mir was sagen, du hast keine Ahnung von Tuten und Blasen und du denkst nur wenn du eine Sache so gut kannst, äh dass du=n dass du alles beibringen kannst" ((verstellt Stimme aufgeregt und anklagend))" (I4, Abs. 254).

In dieser, aber auch in anderen Situationen, in denen er bspw. sein Wissen über den Ablauf einer Herzoperation einzubringen versucht, stößt er auf Widerstand und berichtet, als „Besserwisser“ (I4, Abs. 224) bezeichnet worden zu sein. Aufgrund dieser Erfahrung bei den Versuchen, seine Berufs- und Rollenvorstellungen sowie seine Kenntnisse in der Arbeitsgruppe einzubringen, gibt I4 an, inzwischen nicht mehr die Konfrontation zu suchen. Vielmehr versuche er andere Wege zu finden, um seine Berufsvorstellungen in den täglichen Arbeitsvollzug einfließen zu lassen. Beispielsweise berichtet er davon, sich über Anweisungen hinwegzusetzen, wenn er diese nicht nachvollziehen kann und diese seiner Ansicht nach den Arbeitsablauf verzögern: „[...] nehm ich ja halt einfach nur so: aus Protest [...] Blut ab“ (I4, Abs. 14). Des Weiteren gibt er an, die geltenden zeitlichen Vorgaben für entsprechende Pflegemaßnahmen anders auszunutzen:

„[...] Gesicht, wird ja einfach nur so drei Sekunden gewaschen und die kommen alle in die Stühle[...] die: vorgegeben Zeit von zwanzig Minuten für die Körperpflege nehme ich lieber, um einfach die aufzustehen, aufzurichten, n=bisschen zum Tisch zu begleiten=und da hinzusetzen ohne halt die Füße hochzulagern oder mit denen zu reden, nehm ich lieber als jetzt hier zu waschen“ (I4, Abs. 45).

Um jedoch mit diesem Vorgehen nicht mehr negativ aufzufallen und „keine Probleme“ (I4, Abs. 40) mehr mit seiner Arbeitsgruppe zu haben, gibt I4 an, inzwischen seinem Team nicht mehr die ganze Wahrheit über sein tatsächliches Handeln kundzutun: „[...] weil ich hab in Deutschland gelernt hier soll man nicht ehrlich sein, hier soll man alles aber nicht ehrlich sein“ (I4, Abs. 40). Konfliktsituationen werden folgendermaßen zu vermeiden versucht:

„[...] natürlich lüge ich meine ganzen Kollegen an dass ich die alle gewaschen habe, weil das immer so gesagt wird. (1) Meine Chefin und alle "Waschen ist das A und O, du musst waschen." Ich so "Ja muss ich waschen." Ich hab mich am Anfang immer gestritten, weil die: immer gesagt haben "Waschen muss sein, du musst ja waschen, das ist ja Pflege." Und=da hab ich immer bestritten "Nein muss wann nicht, warum soll ich jemanden waschen der kein Fieber hatte nichts, trocken war, warum muss ich den wieder waschen?" Es ist lieber dass ich die Zeit nehme und ihn halt mobilisiere, halt auch mal ne Pneumonieprophylaxe mache, auch ne Thromboseprophylaxe, er hat mehr davon mobilisiert zu werden als gewaschen zu werden und wieder dann auf die Seite gedreht zu werden, aber das stößt hier auf negative Kritik (1) weil du musst waschen“ (I4, Abs. 46).

Zwar geht aus der Aussage hervor, dass I4 seine Entscheidungen und Prioritätensetzung erklären kann, doch macht er auch deutlich, dass er darauf keine Lust mehr hat und inzwischen „[e]infach Klappe halten (1) und, still sein“ (I4, Abs. 401; Änderung durch N. H.) als den prak-

tikablen Weg für sich ausgemacht hat. Dass er diese Strategie inzwischen als beste Möglichkeit ansieht, um die an ihn adressierten Handlungsanweisungen mit seinen Rollenvorstellungen zu vereinen, wird erneut durch seinen Hinweis auf weitere neue und im Ausland ausgebildete Pflegekräfte erkennbar, denen er empfiehlt, „einfach nur mal ruhig und nicht ausrasten“ (I4, Abs. 403) als Grundsatz anzunehmen, um keine ähnlichen Streitigkeiten im Arbeitsalltag führen zu müssen.

I5: „Aber ich versuche, solange es geht (1) so machen, wie ich für richtig halte.“ (Teil 2, Abs. 4)

Das Interview mit I5 zeigt, dass der Studienteilnehmende unzufrieden mit den in Deutschland an ihn herangetragenen Rollenanforderungen ist. Beispielsweise kann er Tätigkeiten, welche er den invasiven Behandlungen zuordnet und welche im Iran zu seinen Tätigkeiten gehörten, nicht mehr ausüben. Er berichtet, dass ihm als neues Teammitglied v. a. stupide, eintönige und unbeliebte Aufgaben zugeteilt werden: „Die nutzen das sofort aus“ (I5, Teil 1, Abs. 69). Erst nachdem er widersprochen und sich zur Wehr gesetzt hat: „Moment mal, ich bin nicht hier um Blutdruck zu messen, das kann ich schon lange“ (I5, Teil 1, Abs. 69), empfindet er, von seiner Arbeitsgruppe Gleichbehandlung zu erfahren. Zusätzlich zu der von ihm beschriebenen Notwendigkeit, sich erst innerhalb des Kollegiums durchsetzen zu müssen, beklagt I5 die herrschenden Arbeitsbedingungen in der Altenpflege in Deutschland. Die hohe Aufgabenfülle sowie die herrschende Personalknappheit machen es dem Befragten schwierig, sein Berufs- und Rollenverständnis in den pflegerischen Arbeitsalltag einfließen zu lassen. Zwar beschreibt I5, dass es ihm gar nicht darum geht, seine im Iran erlernten Routinen in Deutschland anzuwenden („Hier darfst du nicht machen“ (I5, Teil 2, Abs. 14)), sondern er gibt an, sich deutlich mehr Zeit für die Bewohnerinnen und Bewohner seiner Einrichtung zu wünschen, um deren Bedürfnissen gerecht zu werden. Dies machte er u. a. am Beispiel von an Demenz erkrankten zu Pflegenden deutlich:

„Am meisten muss man die Leute ablenken. Besonders die Leute die dement sind. Irgendwie ablenken, es gibt viele verschiedene Fachbegriffe. Weil, [...] derjenige will nach Hause. Und er sagt er will zu seiner Mutter, er hat nicht im Kopf, dass die Mutter gestorben ist. Und du kannst auch nicht sagen, "Deine Mutter ist schon lange gestorben". Deshalb muss man bei vielen Gesprächen mit dementen Leuten, die möchte ich, mache es so, heute ist es zu spät, oder es regnet draußen, komm wir gehen zusammen einen Kaffee trinken und dann bestelle ich ein Taxi oder wir rufen deine Mutter an und sie zu Hause ist, wenn ja, dann können wir mit dem Taxi dahinfahren. Und durch diese Ablenkung, Kaffee trinken, dann vergesse ich das wieder nach Hause zu gehen.“ (I5, Teil 1, Abs. 34).

Anhand dieses Beispiels bringt der Studienteilnehmende zum Ausdruck, dass er Gespräche mit den Bewohnenden nicht einfach nur schnellstmöglich beenden möchte, sondern dass er sich die Zeit wünscht, Techniken – an dieser Stelle bezieht er sich auf die *validierende Kommunikation* – anzuwenden, die den Gesundheitszuständen der zu Pflegenden gerecht werden. Durch dieses Beispiel und die folgende Aussage verdeutlicht I5: „Ich bin der Meinung,

wenn du in der Pflege mit alten Menschen arbeiten willst, musst du Herz haben“ (I5, Teil 2, Abs. 2). Mit dieser Sichtweise und durch die Nutzung der ihm zu Verfügung stehenden Freiräume reagiert der Teilnehmende auf ihn limitierende Rahmenbedingungen. Dennoch stellen diese für ihn die größte Behinderung bei der Realisierung seines Pflegeverständnisses dar:

„Ein kleines Beispiel, ich hab-. Das war schönes Wetter, wie heute, habe ich auf dem Balkon Musik gemacht und eine Bewohnerin von mir hat angefangen wirklich zu tanzen. Sie ist 70 Jahre alt, aber dement, hat angefangen zu tanzen. Andere, alte Frau hat gesagt “Ach schäm dich, wieso tanzt du?”. Ich habe gesagt “Warum soll sie nicht tanzen?”. “Ach wir sind doch im Heim.“ Ich habe gesagt, “Na und? Wenn jemand in Heim kommt, soll gar nichts mehr machen?”. Sie will gerne Bier trinken, wir besorgen für sie Bier. Sie will gerne tanzen, wir machen das. Solange es geht, solange wir Zeit haben [...] ich versuche, solange es geht (1) so machen, wie ich für richtig halte.“ (I5, Teil 2, Abs. 4).

Und I5 *hält für richtig*, „was für meine Bewohner richtig ist und gut ist“ (I5, Teil 2, Abs. 8). Jedoch, dies verdeutlicht der Befragte mehrmals im Interview, schränken ihn die vorherrschenden Arbeitsbedingungen sowie der Umgang einiger Pflegekräfte mit den zu Pflegenden bei der Realisierung seiner Vorstellungen stark ein. Darüber zeigt er sich sehr enttäuscht: „Und natürlich, wenn du hierhin kommst und viele Sachen siehst, dann wirst du irgendwie enttäuscht“ (I5, Teil 1, Abs. 64). I5 versucht jedoch nicht, die von ihm wahrgenommenen Bedingungen zu akzeptieren, sondern beschreibt, sich aktiv für eine bessere Arbeitssituation einzusetzen: Er berichtet davon, dass Briefe an Verantwortliche geschickt worden seien und erwähnt zudem die Möglichkeit, den Betriebsrat einzuschalten. Er ergänzt für den Fall, dass sich nichts verändere Folgendes: „[...] dann werde ich irgendwo in der Zeitung Bescheid sagen, dass die Leute nicht richtig gepflegt werden“ (I5, Teil 1, Abs. 24). Dass I5 jedoch in seiner Arbeitsgruppe eine Position innehat, die es ihm überhaupt zu ermöglichen scheint, seine Handlungslogik und seine Erwartungen im Arbeitsalltag umzusetzen, musste sich der Befragte erst erarbeiten. Nicht von Anfang an genießt er das dafür notwendige Vertrauen. I5 benennt im Interview zwei Schlüsselmomente, welche ihm die Akzeptanz sowie die Legitimation seines Handelns im Team zusichern. Beispielsweise berichtet er, dass ihn zu Beginn seiner Tätigkeit in Deutschland sein „Schichtleiter einfach mal kontrolliert“ (I5, Teil 1, Abs. 55) habe, um zu überprüfen, ob er „zum Beispiel Infusionen legen oder Verband wechseln“ (I5, Teil 1, Abs. 55) kann. Da er dies in den beschriebenen Situationen unter Beweis stellen konnte, berichtet I5 von Lob und erwähnt sogar: „Ich habe hier meinem Schichtleiter beigebracht, wie man einen Katheter liegt. Obwohl er seit 20 Jahren in der Pflege arbeitet“ (I5, Teil 1, Abs. 51). Dass er solche Fähigkeiten beherrscht und in sein Team einbringt, „ist gut angekommen natürlich“ (I5, Teil 1, Abs. 53). Neben der Anerkennung für seine Fertigkeiten berichtet der Interviewteilnehmende zudem von weiteren lobenden Worten seines Schichtleiters, die ihn in seinem Umgang mit den Bewohnenden bestärken: „[...] sagt er, dass ist die einzige Station, die hier mit Herzen. Immer wenn du reinkommst, hörst du Musik, lachst du mit Leute, versucht du mit Leute Spaß zu machen“ (I5, Teil 2, Abs. 4). Die Anerkennung der Gestaltung seiner Arbeitsroutinen durch

seinen Vorgesetzten empfindet I5 als Legitimierung seiner Entwürfe bzgl. Rolle und Handlungsvorstellungen.

I6: „Man muss erstmal Vertrauen bauen.“ (Abs. 34)

Das Interview mit I6 unterscheidet sich von den anderen, da der Befragte zum Zeitpunkt des Interviews bereits selbst als Bereichsleitung arbeitet und Personalverantwortung besitzt. In seinem Interview verdeutlicht I6, dass er zwischen sich und seinem Team bzw. dem in Deutschland ausgebildeten Pflegepersonal gewisse Unterschiede feststellen kann, welche sich für ihn v. a. durch unterschiedliche Rollenerwartungen und daraus resultierende andere Prioritätensetzungen zeigen. Zum einen stellt er seinen Blick für den Erhalt von Fähigkeiten bei den Bewohnenden heraus, indem er die zu Pflegenden gezielt fördere und bemängelt im Gegenzug, dass sein in Deutschland ausgebildetes Kollegium häufig bspw. die körperbezogenen Pflegemaßnahmen übernehme, ohne die zu Pflegenden in die Versorgung einzubinden. Zum anderen kritisiert I6, dass es ihn als Leitung besonders stört, dem stark betriebswirtschaftlich ausgerichteten Interesse seiner Einrichtung gerecht werden zu müssen, was Auswirkungen auf die an ihn und sein Team gerichteten Handlungserwartungen habe. Angesichts dieser von I5 beschriebenen Herausforderungen, welche er in der Altenpflege in Deutschland wahrnimmt, ist zu fragen, ob es dem Studienteilnehmenden gelingt seine Berufs- und Rollenvorstellungen in den täglichen Arbeitsvollzug einzubringen und wie seine Arbeitsgruppe darauf reagiert. Zwar betont I6, dass es ihm sehr wichtig ist, seine Schwerpunkte und Rollenvorstellungen im Arbeitsalltag umzusetzen, und er macht sich über mögliche Veränderungen des Arbeitsumfeldes Gedanken, jedoch äußert er auch, dass viele Ideen angesichts der hohen Arbeitsbelastung nur schwer zu realisieren sind. Beispielsweise gibt er an, dass er gern die Aufgaben in seinem Team anders verteilen würde und schlägt vor, eine Person für administrative Aufgaben, die notwendigen Dokumentationen sowie für die Kommunikation nach außen einzuplanen: „[...] einer bleibt complete in die Büro. [...] Aber die Möglichkeit haben wir nicht. Aber das ist, was man überlegen muss“ (I6, Abs. 123). Durch eine solche Umstrukturierung der Aufgaben erhofft sich der Befragte, dass den Pflegekräften in der direkten Versorgung mehr Zeit für die Bewohnerinnen und Bewohner bleibt. Jedoch, so stellt I6 auch fest, seien solche Überlegungen schon allein durch äußere und von ihm nicht zu beeinflussende Gegebenheiten nicht realisierbar: „Aber wenn mit weniger Personal da steht, dann du kannst nicht einfach im Büro sitzen“ (I6, Abs. 58). Zudem – und damit spricht der Studienteilnehmer einen weiteren Aspekt an, weshalb er es für schwierig hält, seine Vorstellungen einzubringen – begründet I6 seine Ansichten bzgl. potentieller Umstrukturierungen damit: „[...] im Endeffekt (1) ist, Deutschland ist noch nicht offen, kulturell“ (I6, Abs. 97). Durch diese Aussage drückt er seine Wahrnehmung aus, dass einheimisches Pflegepersonal Zugezogenen mit ausländi-

schen Berufsqualifikationen „keine Chance“ (I6, Abs. 19) gibt, um mitgebrachte Rollenvorstellungen oder bekannte Tätigkeitsroutinen in den Arbeitsalltag einzubringen bzw. zu verhandeln. Auch berichtet I6 davon, dass er, nachdem er begonnen hat, in Deutschland in der Pflege zu arbeiten, „nicht so groß Unterstützung“ (I6, Abs. 4) von seinem neuen Team bei der Einarbeitung und Eingewöhnung erhalten hat. Dies hat es ihm zusätzlich erschwert, sich über Handlungserwartungen an die pflegerische Tätigkeit auszutauschen. Dadurch entgehe der Arbeitsgruppe ein möglicher Perspektivenwechsel, denn er könne mit „andere Augen“ (I6, Abs. 66) (wie bspw. bei seinem im Vergleich zum Kollegium kurativeren Berufsverständnis) auf die etablierten Routinen schauen. In den Situationen, in denen I6 dennoch die Möglichkeit nutzt, um seine Vorstellungen und Fähigkeiten in die Arbeitsgruppe einzubringen, werden diese größtenteils „nicht gut angenommen“ (I6, Abs. 45). Er erwähnt, „immer, kleine Konflikt“ (I6, Abs. 22) in seiner Arbeitsgruppe wahrzunehmen. Diese könne er nicht nachvollziehen, da er trotz teils unterschiedlicher Herangehensweisen von der Annahme ausgehe, dass von den Beteiligten letztlich dasselbe Ziel verfolgt wird: „[...] wir beiden interessieren, ist schnell wie möglich, den Gesundheitszustand eines Menschen zu verbessern“ (I6, Abs. 83). Für I6 stellt der Umstand, dass er zu Beginn seiner pflegerischen Tätigkeit in Deutschland auf eine Vorsitzende traf, die selbst im Ausland ihre pflegerische Berufsqualifikation erworben hatte, eine bedeutende Chance dar, um die Möglichkeit zu erhalten, sich mit jemanden über sein Berufs- und Rollenverständnis auszutauschen. „[...] sie hatte Verständnis“ (I6, Abs. 66) für seine besondere Situation und ermutigte ihn, seine Ideen bzgl. der Versorgung einzubringen. Auch betont I6, dass er seine Position als Bereichsleitung nutzt, um Zuziehende zu ermutigen, ihre Sichtweisen mit- und in das Teamgeschehen einzubringen. Denn die Mehrheit der bereits etablierten Beschäftigten „kennen das nicht anders“ (I6, Abs. 47) als die üblichen Routinen und Anforderungen im Arbeitsalltag. Damit Vielfalt jedoch das Teamgeschehen bereichern und bevor ein Austausch auf Augenhöhe über Berufs- und Rollenvorstellungen möglich werden kann, betont der Befragte, darauf verwies zuvor bereits das einleitende Zitat (s. Abs. 34), sei gegenseitiges Vertrauen in der Arbeitsgruppe unabdingbar.

I7: „Aber sie machen, was sie wollen. Ich auch.“ (Abs. 114)

In ihrem Interview hebt I7 hervor, dass sie in Spanien andere Vorstellungen von Pflegearbeit erworben hat als sie ihr in Deutschland in der Altenpflege in Form von Handlungserwartungen begegnen. Deutlich grenzt sie sich, so zeigt es u. a. auch das einleitende Zitat, von ihrem Kollegium ab. Durch die vorangestellte Aussage macht die Befragte deutlich, ihre eigene Handlungslogik nicht für die an sie adressierten Erwartungen zurückstellen zu wollen. Anhand mehrerer Beispiele, welche die Pflege und den Umgang mit den Bewohnerinnen und Bewohnern betreffen, verdeutlicht I7 ihr Unverständnis gegenüber ihrer Arbeitsgruppe und gegenüber der von ihr wahrgenommenen Organisation. Neben Unverständnis und Missbilligung äußert

17 zudem, *genervt* davon zu sein, dass ihrer Sichtweise vonseiten ihres Teams wenig Verständnis entgegengebracht wird: „Eh, das ((lacht)) nervt mich“ (17, Abs. 96). Es scheint, als respektiere die Befragte ihr Kollegium kaum. Auch zeigt das Interview, dass 17 fast kein Interesse an einem kollegialen Austausch oder an Gesprächen innerhalb ihrer Arbeitsgruppe zu haben scheint. Anstatt sich über ihr Rollenverständnis auszutauschen, ihre Sichtweisen einzubringen bzw. diese im Kollegium zu verhandeln, gibt 17 an, lieber nach Freiräumen zu suchen und dann: „[...] wenn ich Zeit habe, (2) mache ich was ich will.“ (17, Abs. 72). Demnach folgt die Studienteilnehmerin zum Zeitpunkt des Interviews der Strategie, Konflikten innerhalb der Arbeitsgruppe aus dem Weg zu gehen, statt über ihre Berufs- und Rollenvorstellungen zu verhandeln. Die Aussage *mache ich, was ich will* bezieht sich auf den Wunsch von 17, möglichst viel Zeit mit den Bewohnerinnen und Bewohnern zu verbringen, sie kennenzulernen und sich mit ihnen zu unterhalten. Gleichzeitig verneint 17 die Frage, ob sie ihre Prioritätensetzung in der Arbeitsgruppe bekundet (s. Abs. 68); schließlich erfahre sie kein Entgegenkommen aus ihrem Kollegium. Dass ihre Schwerpunktsetzung sie bei den zu Pflegenden zu einer beliebten Pflegekraft macht, bestätigt die Studienteilnehmerin in ihrer Entscheidung und ihrem Vorgehen. 17 erzählt stolz, dass die Bewohnenden der Einrichtung regelmäßig nach ihr fragen und den Wunsch äußern, von ihr versorgt zu werden: „Bist du da? Bist du da? Kommst du mit? Kommst du mit heute? Bringst du mich ins Bett? Oh, bist du da? Komm, komm. [...]“ (17, Abs. 47). Diese Wertschätzung ihrer Arbeit durch die zu Pflegenden scheint 17 stärker zu gewichten, als durch Anpassung und Zurückstellung ihres beruflichen Selbstverständnisses gut mit ihrem Team zurechtzukommen. Jedoch, dies deutet die Befragte im Interview nur an, vermied sie nicht von Beginn an den Austausch über Handlungserwartungen. Vielmehr scheint es, als habe sie inzwischen beschlossen, Meinungsverschiedenheiten und Konflikten aus dem Weg zu gehen, um sich dadurch Freiräume für ihre pflegerischen Prioritäten zu schaffen. Anders als durch Austausch über Arbeitsschwerpunkte kann sich die Studienteilnehmende jedoch in Situationen einbringen, in denen es um konkrete Techniken der Versorgung geht. Beispielsweise berichtet 17 davon, während einer gemeinsamen Versorgung mit einer Kollegin eines inkontinenten Patienten der Kollegin einen Tipp gegeben zu haben, welchen sie aus Spanien kennt, um Verschmutzungen schneller und mit weniger Mechanik entfernen zu können: „Bodylotion. Und jetzt kannst du richtig, saubermachen“ (17, Abs. 116). Ihrer Erzählung nach wird dieser Vorschlag gut im Team aufgenommen und in die gängige Routine integriert. Anhand dieser Darstellung scheint es, als kann die Zugezogene Kenntnisse, welche sie zu Körperpflegetechniken beisteuern kann, in ihre Arbeitsgruppe einbringen; Berufs- und Rollenvorstellungen hingegen, welche eine Veränderung der etablierten Routinen und des Aufgabenprofils nach sich ziehen, bleiben jedoch bei einem wechselseitigen Austausch der gegen-

sätzlichen Vorstellungen unbeachtet. Aufgrund dieser Erfahrungen empfiehlt die Studienteilnehmende, um nicht die eigenen Handlungslogiken ganz zurückstellen zu müssen: „[...] mach, wie du denkst. Wie du willst. Und wie du meinst“ (17, Abs. 203).

I8: „[...] von null anfangen“ (I8, Abs. 53)

Im Interview mit I8 signalisiert die Studienteilnehmerin den Willen, die an sie gerichteten Handlungserwartungen zu erfüllen und es akzeptiert zu haben, die fremddefinierten Tätigkeitsroutinen größtenteils zu übernehmen. Dies stelle für sie keine große Schwierigkeit dar, sie müsse sie „nur respektieren.“ (I8, Abs. 105). Auch gibt die Befragte an, dass es für sie einfach gewesen ist, sich in Deutschland in der Altenpflege zurechtzufinden. Die Anforderungen und Aufgabenzuschreibungen erscheinen ihr im Vergleich zu Spanien ähnlich: „Also, wir machen die gleiche Sachen“ (I8, Abs. 4). Dennoch benennt I8 auch Unterschiede zwischen ihrem Herkunftsland und Deutschland. Diese sieht sie jedoch weniger bei der Tätigkeit selbst als vielmehr bei von ihr wahrgenommenen Folgen der hohen Arbeitsdichte: „Und das ist, was ich vermisste. Also gute Qualität“ (I8, Abs. 109). Mit dieser Aussage zielt die Interviewte vornehmlich darauf ab, dass sie sich für die Bewohnerinnen und Bewohner ihrer Einrichtung wünscht, dass diese ihren Lebens- und Hygienestandard von vor dem Heimeinzug auch anschließend beibehalten können und dass die entsprechend nötige Unterstützung gegeben werden kann. Diese Erwartung versucht I8 auch innerhalb ihrer Arbeitsgruppe anzusprechen und ihre Vorstellung von qualitativ hochwertiger pflegerischer Versorgung in die Arbeitskultur ihres Teams einzubringen. Sie gibt jedoch an, dass daraufhin ihre Einwände zurück- und sie zurechtgewiesen wird: „Und dann sagen, "Nein, nein, das ist so! Also in Deutschland das ist so.““ (I8, Abs. 109). Nach dieser Reaktion des Kollegiums sucht die Studienteilnehmende keine weiteren Konfrontationen. Vielmehr vermeidet sie konflikträchtige Situationen, wodurch es ihr nur möglich ist, die etablierten Abläufe und Regelwerke hinzunehmen: „Okay, das in Deutschland, das ist so“ (I8, Abs. 109). Auch äußert I8 in diesem Zusammenhang Folgendes: In ihrem Team „gibt es Sachen, die kann man nicht verändern“ (I8, Abs. 109). Veränderungen, welche ihre Arbeitsgruppe betreffen, seien deswegen kaum anzustoßen bzw. in diesem Fall nur schwer zu realisieren,

„weil die Leute hier gewohnt auf dieses Arbeit sind. Also die im ganzen Leben haben immer diese Struktur gehabt. Und ich kann das nicht. Heute ich komme von andere Land und sage: "Nein, das ist -, äh ich glaube, das musst du so und so machen." Also das ist ein bisschen schwer“ (I8, Abs. 107).

Dennoch weist I8 darauf hin, davon überzeugt zu sein, dass „manchmal gibt es Sachen, die man (1) die andere, zum Beispiel, kann man anderen oder verändern“ (I8, Abs. 107). Jedoch zählt sie sich selbst zum Zeitpunkt des Interviews noch nicht zu den Personen, die Wandel und Gestaltung anstoßen können. Dies führt sie u. a. auf ihre Sprachkompetenz zurück: „Also muss man auch alle erzählen und erklären. Und warum und wieso. [...] Ich habe nichts

die richtige Wörter. Also ich kann auch das nicht machen. Vielleicht mit Zeit oder wenn ich, zum Beispiel, das erzählen kann“ (I8, Abs. 107). Entsprechend angepasst verhält sich I8 zum Zeitpunkt des Interviews im täglichen Arbeitsvollzug. Bereits das einleitende Zitat stellt heraus, dass die Befragte in Deutschland versucht, ihre Erwartungen an ihre Rolle zurückzustellen, um bei *null anfangen* zu können. Wenn sie die deutsche Sprache jedoch einmal besser beherrscht, hofft sie auf die Möglichkeit, ihr in Spanien erworbenes Berufs- und Rollenverständnis (erneut) in ihre Arbeitsgruppe einzubringen und über Handlungserwartungen diskutieren zu können: „Dann vielleicht mache ich das.“ (I8, Abs. 107).

7.2.2.4 Zusammenfassende Reflexion über die Reaktionen sowie die vorläufigen Ergebnisse des Rollendefinitionsprozesses

In Tabelle 9 ist zum einen zusammengestellt, welche Hinweise aus dem Datenmaterial bzgl. der Situationen hervorgehen, in denen die Befragten sowie ihre Arbeitsgruppen wechselseitig Rollenerwartungen aneinander richten, und zum anderen, wie die Studienteilnehmenden auf die an sie gerichteten Anforderungen reagieren, ob sie die Zuschreibungen annehmen oder zurückweisen und ob sie für sich die Möglichkeit sehen, selbst ihre Berufs- und Rollenvorstellungen als Gegenentwürfe den jeweiligen Teams anzubieten. Auch die darauf wahrgenommenen Reaktionen der Arbeitsgruppen sind in der Tabelle vermerkt.

Tabelle 9: Reaktionen auf wechselseitige Rollenzuschreibungen innerhalb der Arbeitsgruppen

I1	<ul style="list-style-type: none"> • I1 signalisiert, flexibel und offen für an sie herangetragene Handlungserwartungen zu sein. • I1 weint jedoch, nachdem sie die Arbeitsschwerpunkte in Deutschland kennengelernt hat. • I1 stellt ihre eigenen Berufs- und Rollenvorstellungen zurück, um Konflikte mit ihrem Team zu vermeiden. • I1 möchte von ihrer Arbeitsgruppe als professionelle und kompetente Pflegekraft wahrgenommen werden.
I2	<ul style="list-style-type: none"> • I2 wird in der Arbeitsgruppe als die <i>Neue</i> belächelt und zurückgewiesen, nachdem sie gemäß ihrer Handlungslogik ihre Rolle zu gestalten versucht. • Für I2 folgen bei Nichtbeachtung der Vorgaben sowie bei Abweichung von den etablierten Routinen unangenehme Konsequenzen. • Die Arbeitsgruppe von I2 signalisiert, dass es unerwünscht ist, die eigenen und im Ausland erworbenen Rollenvorstellungen zu verhandeln. • I2 stellt ihre eigenen Handlungserwartungen an ihre Berufsrolle zurück, um Konfrontationen mit ihrem Team zu vermeiden.

13	<ul style="list-style-type: none"> • I3 nimmt es als ihre Aufgabe an, sich eigenständig mit den in Deutschland etablierten Tätigkeitsroutinen und gängigen Techniken vertraut zu machen. • I3 möchte sich an ihr Kollegium anpassen und in die Arbeitsgruppe einordnen. • I3 sieht bei sich vergleichsweise hohe Kompetenzen im medizinischen Fachwissen; bringt dies allerdings weniger im Austausch mit ihrem Pflegeteam ein, sondern bei Gelegenheit und Bedarf bei der ärztlichen Visite.
14	<ul style="list-style-type: none"> • I4 möchte sich als fachlich kompetente und unabhängige Pflegekraft präsentieren. • I4 sucht die Konfrontation, um sein Berufs- und Rollenverständnis im Kollegium einzubringen. • I4 stößt auf Ablehnung und gerät mehrfach in Konflikte mit seinen Teammitgliedern. • Anschließend verfolgt I4 die Strategie, zwar seinen Rollenzuschreibungen weitestgehend nachzukommen, diesbezüglich jedoch nicht mehr ehrlich zu seiner Arbeitsgruppe zu sein.
15	<ul style="list-style-type: none"> • I5 bietet seine mitgebrachten Fertigkeiten in seiner Arbeitsgruppe an und erhält daraufhin die Anerkennung der Leitung. • I5 erhält Lob für seinen Umgang mit den zu Pflegenden. Dadurch fühlt er seine Arbeitsweise legitimiert und sich selbst als Person und in seiner Rolle anerkannt. • I5 versucht sich gegen ihn einschränkende strukturelle Rahmenbedingungen zu wehren.
16	<ul style="list-style-type: none"> • I6, zum Zeitpunkt des Interviews selbst als Führungskraft tätig, wünscht sich, dass neu Zugezogene ihre Berufs- und Rollenvorstellungen in den täglichen Arbeitsvollzug einbringen. • I6 berichtet jedoch, dass häufig Konflikte ein konstruktives Miteinander erschweren und er das deutsche Kollegium als nicht offen für Neuerungen wahrnimmt. • Zudem sieht I6 die Arbeitsbedingungen als Hindernis bei der Erprobung von neuen Routinen und Tätigkeitsverteilungen. • I6 gibt an, durch seinen erweiternden Blickwinkel Veränderungen angestoßen zu haben.
17	<ul style="list-style-type: none"> • I7 weist an sie gerichtete Handlungserwartungen zurück, welche für sie nicht mit ihrer Rollenvorstellung übereinstimmen. • I7 geht Diskursen über verschiedene Berufs- und Rollenvorstellungen aus dem Weg und versucht Freiräume zu finden, in denen sie ihre eigenen Handlungserwartungen realisieren kann. • I7 erhält von den zu Pflegenden Bestätigung für ihre Arbeitsweise und Schwerpunktsetzung. Dies stellt sie über die Anpassung an ihre Arbeitsgruppe. • Ideen, welche I7 zur Körperpflege der Bewohnenden einbringt, werden von ihrem Kollegium gut aufgenommen und in den Arbeitsprozess integriert.

18	<ul style="list-style-type: none"> • I8 signalisiert, offen für die in Deutschland geltenden Rollenzuschreibungen zu sein und gibt an, diese zu respektieren. • I8 sieht mit steigender sprachlicher Kompetenz auch zunehmend die Möglichkeit, über ihr Berufs- und Rollenverständnis zu verhandeln. • I8 vermutet, dass es dem etablierten Kollegium schwerfällt, sich auf Veränderungen einzulassen, welche von ihr ausgehen. • Wenn I8 Ideen einbringt, welche konkret die Körperpflege erleichtern, dann sind diese Vorschläge in ihrer Arbeitsgruppe willkommen.
-----------	---

Die in Kapitel 7.2.2.3 und in Tabelle 9 aufgelisteten wechselseitigen Reaktionen auf die Rollenzuschreibungen zeigen, dass sowohl die Studienteilnehmenden als auch die Arbeitsgruppen sehr verschieden auf die untereinander wechselseitig adressierten Handlungserwartungen reagieren. Bei den migrierten Pflegekräften reicht der Spielraum von Akzeptieren, Respektieren und Annehmen über eine weniger gewollte Annahme der Zuschreibungen bis zum Zurückweisen und Anbieten von Gegenentwürfen oder der (heimlichen) Suche nach Freiräumen für die Realisierung der eigenen Rollenvorstellungen. Auch sammeln die Studienteilnehmenden, die selbst Berufs- und Rollenerwartungen an ihre Arbeitsgruppe richten unterschiedliche Erfahrungen: Die Befragten berichten von verschiedenen Reaktionen des bereits etablierten Kollegiums. Die Analyse des Datenmaterials zeigt, dass es für einige der befragten Pflegekräfte durchaus möglich war und ist, durch Mitwirkung die Zuschreibungen für die eigene Position und Rolle im persönlichen Sinne zu gestalten. Somit kann belegt werden, dass das Rollenverhalten nicht bei allen Befragten nur durch die äußeren fremddefinierten Vorgaben bestimmt wird, sondern auch Eigenleistungen bedeutend sind. Anzunehmen ist, dass bei diesen Zugezogenen keine allzu große Entfremdung von sich selbst festzustellen ist. Jedoch zeigt sich auch, dass eine eigenverantwortliche und selbstständige Rollen(mit)gestaltung nur für die wenigsten Befragten realisierbar ist. Zurückweisungen der Vorstellungen vonseiten der Arbeitsgruppen werden bei fast allen Interviews deutlich und eine wechselseitige Abarbeitung der aneinander gerichteten Berufs- und Rollenvorstellungen scheint weitestgehend unterdrückt zu werden. Daraus resultiert in den meisten Fällen, dass die migrierten Pflegekräfte von Unzufriedenheit bzgl. ihrer Pflegeetätigkeiten und den täglichen Arbeitsroutinen berichten.

Des Weiteren zeigen sich Muster, welche Hinweise geben können und Annahmen zulassen, welche Verhaltensweisen auf beiden Seiten dazu beitragen, dass beide Parteien weitestgehend zufrieden mit dem Aushandlungsergebnis sind und die Arbeitsgruppen insgesamt von einer weiteren und ggf. anderen Perspektive profitieren können. Zugezogene, die von ihrer Persönlichkeit und ihren Sozialisationserfahrungen her etwas zurückhaltender auftreten, scheinen eher ihre eigenen Interessen im täglichen Arbeitsvollzug zurückzustellen und müssen demzufolge gezwungenermaßen die an sie adressierten Handlungserwartungen anneh-

men und befolgen. Die Pflegenden hingegen, die eher Konfrontationen in Kauf nehmen, stoßen im Kollegium häufiger auf Widerstand. Auch dies hindert sie an möglichen Eigenleistungen bzgl. der Rollengestaltung, da sie durch die Arbeitsgruppen mehr Kontrolle erfahren als andere Individuen. Lediglich in den Fällen, in denen die Zugezogenen weniger durch Konflikte, sondern durch ihre im Ausland erworbenen Kompetenzen Eindruck in den Arbeitsgruppen machen, entstehen Freiräume, welche es den Pflegenden ermöglichen, ihre eigenen Interessen, Vorstellungen und Rollenzuschreibungen zu verwirklichen.

Nicht außer Acht gelassen werden dürfen an dieser Stelle zusätzlich zu den Dynamiken in den Arbeitsgruppen und die in den Betrieben vorherrschenden Strukturen und Rahmenbedingungen. Auch diese tragen sowohl auf der organisationalen als auch auf der interpersonellen Ebene dazu bei, wie in den Pflgeteams mit unterschiedlichen Handlungserwartungen sowie vielfältigen Berufs- und Rollenvorstellungen umgegangen wird. Da sich diesbezüglich die Frage stellt, wie Rahmenbedingungen die Rollenaushandlungsprozesse behindern oder aber fördern und unterstützen können, wird dieser Themenkomplex in Kapitel 8 erneut aufgegriffen.

7.3 Zwischenfazit und Beantwortung der Forschungsfragen

Die Forschungsergebnisse der Untersuchung zeigen, dass die Auswirkungen der Migration für alle befragten zugezogenen Pflegekräfte berufsbezogen deutlich zu spüren sind, obwohl die Befragten zum Zeitpunkt der Datenerhebung seit verschiedenen langen Zeitspannen in den Pflegeberufen in Deutschland arbeiten. Durch die Migration geben die Zugezogenen ihr bekanntes berufliches Partizipationssystem sowie ihre vertrauten beruflichen Rollen auf und sind vor die Aufgabe gestellt, die ihnen fremden Partizipationsbezüge des Ankunftslands kennenzulernen und sich in ihnen zurechtzufinden. Die Befragten berichten von umfassenden Umstellungen und von vielfältigen Veränderungen in Bezug auf den täglichen Arbeitsvollzug.

Im direkten Zusammenhang mit diesen Ausführungen und im Hinblick auf die zuvor erwähnten erlebten Umstellungen und Veränderungen wurde die erste forschungsleitende Frage der Untersuchung (s. Kapitel 5) formuliert: *Welche Erfahrungen machen migrierte Pflegekräfte mit im Ausland erworbener Berufsqualifikation in der Auseinandersetzung mit dem Berufs- und Rollenverständnis in Deutschland?*

Die Erfahrungen des befragten zugezogenen Pflegepersonals in Bezug auf ihren Berufsalltag in Deutschland werden in der vorliegenden Studie unterteilt in Perspektiven auf das klinische sowie das Altenpflegesetting. Die Bereiche wurden getrennt voneinander analysiert, da sich die Erfahrungen der Migrierten in mehreren Aspekten unterscheiden: Zwar beschreiben die Studienteilnehmenden beider Pflegebereiche, dass die ihnen zugeteilten Aufgaben und

Tätigkeitsroutinen kaum den Arbeitsschwerpunkten der Herkunftsländer ähneln; übereinstimmend erleben sie eine starke Schwerpunktsetzung bei den körperbezogenen Pflegemaßnahmen und zeigen sich über die damit verbundenen Rollenanforderungen irritiert, da sie mit ihrer Tätigkeit im Herkunftsland in erster Linie behandlungsfokussierte und pflegetherapeutische Aufgaben verbinden. Jedoch – und aus diesem Grund wurden die Gesundheits- und Krankenpflege und Altenpflege getrennt voneinander untersucht – zeigt die Analyse, dass die Befragten beider Bereiche unterschiedliche Positionen zu den an sie herangetragenen Routinen und Rollenzuschreibungen einnehmen. Während die befragten Pflegenden, die in Kliniken beschäftigt sind, vorrangig die an der Therapie orientierten Arbeitsschwerpunkte im täglichen Arbeitsvollzug vermissen, bemängeln die Altenpflegekräfte mehrheitlich die von ihnen wahrgenommenen prekären Arbeitsbedingungen und wünschen sich primär mehr Zeit, um ihre Arbeit an den Bedürfnissen und Wünschen der Bewohnerinnen und Bewohner ausrichten zu können.

Zwar zeigen auch die Erkenntnisse bzgl. der Pflgetätigkeit in klinischen Einrichtungen, dass die dort beschäftigten migrierten Pflegekräfte die vorherrschenden Arbeitsbedingungen kritisieren. Jedoch hindert sie eher die wahrgenommene strenge Arbeitsorganisation mit starr strukturierten Arbeitsabläufen an der Ausübung des Berufs gemäß dem eigenen Berufs- und Rollenverständnis. Daher erleben sie den Arbeitsalltag so, als bestehen kaum Freiräume für die Orientierung am eigenen beruflichen Selbstverständnis. Vielmehr müssen sie sich den von außen und fremddefinierten Anforderungen und Handlungserwartungen unterordnen. Diese Anforderungen beziehen sich vornehmlich auf die Bedarfe der Organisation und nicht auf die Bedürfnisse der zu Pflegenden. Dies hinterlässt bei den Befragten den Eindruck von Fremdbestimmung und als müssen sie deutliche Abstriche bei einer qualitativ hochwertigen Versorgung machen, um überhaupt allen Patientinnen und Patienten auf den Stationen minimal gerecht werden zu können. Dies hat für die Studienteilnehmenden zur Folge, dass es sich so anfühlt, als müssen sie sich zwangsweise im Team und im System unterordnen sowie die Kontrolle durch das Kollegium hinnehmen und von ihrem zuvor im Ausland angeeigneten Berufs- und Rollenverständnis Abstand nehmen. Als Reaktion wird daraufhin mehrheitlich Ablehnung gegenüber den Anforderungen geäußert und berichtet, nicht auf vorhandene Kompetenzen zurückgreifen sowie die eigenen Vorstellungen und Berufsbilder nicht in die Teams und in den Arbeitsalltag einbringen zu können.

Demgegenüber weisen die Befragten, die im Altenpflegesetting arbeiten, bzgl. prekärer Arbeitsbedingungen nicht auf eine starre Arbeitsorganisation hin, sondern schwerpunktmäßig auf eine hohe Arbeitsbelastung. Diese resultiert v. a. aus mangelnden zeitlichen Ressourcen sowie einem niedrigen Personalschlüssel, welcher sich durch viele krankheitsbedingte Ausfälle noch zusätzlich verschlechtert. Infolgedessen bleibt den Pflegenden im täglichen Arbeits-

vollzug häufig nicht die Zeit, um als grundlegend angesehene Aufgaben, wie bspw. das Angebot einer täglichen Dusche, gewährleisten zu können. Entsprechend geben die Zugezogenen an, im Pflegeberuf in Deutschland nicht den eigenen Erwartungen an die Berufsrolle gerecht werden zu können. Des Weiteren beschreiben die befragten Altenpflegekräfte, sich nicht als Pflegefachkraft, sondern eher als Pflegehilfskraft zu fühlen und begründen dies durch die starke Ausrichtung ihres Aufgabenkatalogs auf hauptsächlich körperbezogene und hauswirtschaftliche Tätigkeiten. Entsprechend schildern die Studienteilnehmenden, dass ihr vorhandenes Wissen sowie ihre Kompetenzen auf dem Arbeitsmarkt der Altenpflege nur bedingt Verwertung finden und sie ihr im Ausland erworbenes Berufs- und Rollenverständnis nur in wenigen Fällen in die Arbeitsgruppen und in den Arbeitsalltag einbringen können. Des Weiteren legen die Ergebnisse dar, dass sich die Altenpflegekräfte stark irritiert von den finanziellen Bestimmungen der Arbeitsorganisation zeigen. Insbesondere die Rolle des MDK wird in diesem Zusammenhang mehrfach erwähnt.

Dennoch – und in dieser Erkenntnis begründet sich der bedeutendste Unterschied zwischen dem klinischen und dem Altenpflegesetting – zeigt die Untersuchung, dass die Migrierenden, die in Altenpflegeeinrichtungen arbeiten, vergleichsweise schneller die Verantwortung für Wohnbereiche, Bewohnerinnen und Bewohner sowie Führungspositionen übertragen bekommen. Aufgrund der Beschreibungen des Altenpflegesettings ist anzunehmen, dass dies u. a. den teils prekären Personalbedingungen geschuldet ist. Demzufolge können die Studienteilnehmenden der Altenpflege im Vergleich zu den Befragten der Gesundheits- und Krankenpflege unabhängiger von ihrem Kollegium arbeiten. Dies bedeutet für sie, weniger Kontrolle durch in Deutschland ausgebildete Teammitglieder zu erfahren und potentiell die Möglichkeit, falls es die weiteren organisatorischen Rahmenbedingungen zulassen, auf die eigenen Rollenvorstellungen während des täglichen Arbeitsvollzugs zurückgreifen zu können. Ebenfalls erweist es sich für neuhinzuziehende Pflegenden als hilfreich, wenn die Führungsperson selbst ihre Berufsqualifikation im Ausland erworben hat und bei der Eingliederung und Förderung Kultursensibilität und Unterstützung anbieten kann. Dadurch entsteht für die Zugezogenen tendenziell seltener der Eindruck, sich vom eigenen Berufs- und Rollenverständnis zu entfremden, und die Möglichkeit, auch als neuhinzukommendes Teammitglied das eigene berufliche Selbstverständnis in die Arbeitsgruppe einbringen zu können.

Zusammenfassend lässt sich im Hinblick auf die vorangestellte Forschungsfrage an dieser Stelle für die beiden untersuchten pflegerischen Versorgungsbereiche folgende Annahme festhalten: Hinsichtlich der Altenpflege vermittelt die Studie trotz der als prekär erlebten Arbeitsbedingungen Hinweise darauf, dass migrierte Pflegekräfte auch aufgrund ihrer im Ausland erworbenen Expertise schneller in Positionen gelangen können, in denen sie vergleichsweise mehr Verantwortung übernehmen als die zugezogenen Pflegekräfte im klinischen Versor-

gungsbereich. Ihre Positionen enthalten tendenziell häufiger die Möglichkeit, Gestaltungsspielräume für Eigenleistungen bzgl. der Ausgestaltung der eigenen beruflichen Rolle finden zu können. Da die Studienteilnehmenden, die zum Zeitpunkt der Befragung in Kliniken arbeiten, seltener von diesen Freiräumen berichten und potentielle Eigenleistungen i. d. R. nur in Abhängigkeit vom entgegengebrachten Vertrauen einzelner Kolleginnen und Kollegen erwähnen, lässt die Studie an dieser Stelle die Annahme zu, dass die Kompetenzen sowie die Rollenvorstellungen der Befragten aus dem klinischen Versorgungsbereich im Arbeitsalltag vergleichsweise seltener Verwendung finden als in der Altenpflege. Dennoch ist es den Zugezogenen beider Versorgungsbereiche nur in wenigen Fällen möglich, ihr Berufs- und Rollenverständnis in die Arbeitsgruppen einzubringen.

Diese Einsichten in die Erfahrungswelten der migrierten Pflegekräfte mit im Ausland erworbener Berufsqualifikation hinsichtlich ihrer Auseinandersetzung mit dem pflegerischen Berufs- und Rollenverständnis in Deutschland leiten über zur zweiten Forschungsfrage der Studie: *Wie beschreiben und bewerten sie notwendige Anpassungsleistungen bzw. ihren Beitrag zur Mitgestaltung ihrer beruflichen Rolle?*

Die Ergebnisse zeigen, dass die Befragten, bevor sie Anpassungsleistungen vollbringen bzw. einen Beitrag zur Mitgestaltung ihrer beruflichen Rolle leisten können, zuerst die an sie adressierten Routinen und Aufgabenkomplexe für sich sortieren und sich anschließend entsprechend positionieren. Erst dann können sie auf die an sie adressierten Rollenzuschreibungen reagieren und die Handlungserwartungen akzeptieren, annehmen oder zurückweisen. Die Studienteilnehmenden setzen sich intensiv mit den an sie herangetragenen Erwartungsgefügen auseinander. Sie geben an, die in Deutschland erlebten Rollenvorstellungen größtenteils nicht mit den in den Herkunftsländern erlernten Routinen und vertrauten Aufgabenkomplexen zusammenbringen zu können. Dennoch entscheiden sie sich nicht ohne weiteres für oder gegen eine Rollenannahme. Vielmehr wägen sie ab und es zeichnet sich ein wechselseitiger Definitionsprozess zwischen den Befragten und ihren Arbeitsgruppen ab, in welchen sich über berufliche Vorstellungen ausgetauscht wird. Somit entscheiden sich die Zugezogenen nicht unweigerlich zu einer passiven und konformen Übernahme der an sie herangetragenen formalen und informalen Anforderungen. Um den Austausch über die Rollenvorstellungen anzustoßen, werden von den Befragten unterschiedliche Strategien – teils bewusst, teils unbewusst – angewendet. Während einige der Zugezogenen im Arbeitsalltag ihr Wissen und ihre Fertigkeiten anzuwenden und sich entsprechend in die Teams einzubringen versuchen, zeigen andere Studienteilnehmende ihre Irritation über bestimmte Handlungserwartungen und berichten bspw. davon, nach Konfrontationen weinen zu müssen. Die Reaktionen der Teams auf diese Antworten auf die an die Zugezogenen adressierten Rollenvorschläge fallen unterschiedlich aus. Jedoch zeigen die Erkenntnisse der Untersuchung, dass die Arbeitsgruppen mehrheitlich

die Rollengegenentwürfe der Zugezogenen zurückweisen. Entweder werden sie für ihre Vorstellungen belächelt, es wird ihnen erklärt, wie in Deutschland mit der entsprechenden Situation verfahren wird, oder sie werden gar durch Sanktionen zurechtgewiesen. Entsprechend müssen alle Befragten Anpassungsleistungen unterschiedlichen Ausmaßes an die Rollenzuschreibungen in Deutschland vollbringen. Jedoch erfolgen diese Anpassungsleistungen nicht nur aufgrund der direkten Zuschreibungen sowie der Zurückweisungen der eigenen Entwürfe vonseiten der Arbeitsgruppe. Auch die formalisierten Arbeitsorganisationen der Kliniken und Pflegeeinrichtungen erfordern, dass die Migrierten eigene Rollenvorstellungen zurückstellen und ihre Routinen gemäß den Vorgaben anpassen müssen, weil bspw. die hohe Arbeitsdichte und starre Strukturen kaum Freiräume für Eigenleistungen lassen.

Aufgrund der von den Studienteilnehmenden beschriebenen Hindernisse und Einschränkungen bzgl. der Mitgestaltung ihrer beruflichen Rolle wurde anschließend untersucht, ob und inwieweit die Zugezogenen sich im Verlauf ihrer Tätigkeit von den fremddefinierten Handlungserwartungen lösen können und ob sie Möglichkeiten finden, ihre individuellen beruflichen Sichtweisen in den Prozess der Rollendefinition und -verhandlung einzubringen. Auch zu diesem Aspekt lassen sich aus dem Datenmaterial Anhaltspunkte entnehmen. Zwar fallen die Reaktionen der Zugezogenen auf die an sie adressierten Rollenerwartungen unterschiedlich aus, – während einige der Befragten angeben, die an sie gerichteten Entwürfe annehmen und akzeptieren zu wollen, obwohl diese nicht ihren eigenen Vorstellungen entsprechen, machen wiederum andere Studienteilnehmende deutlich, dass sie die an sie adressierten Rollentwürfe zurückweisen und Gegenentwürfe senden – dennoch zeigt das Datenmaterial auch, dass alle Studienteilnehmenden zuvor den Arbeitsgruppen mindestens einige Ideen bzgl. der Rollenausgestaltung vermittelt haben. Darauf erfährt jedoch die Mehrheit der Befragten Ablehnung und Zurückweisung. Dies wird von den Studienteilnehmenden so interpretiert, dass das Einbringen von individuellen Rollenvorstellungen nicht von ihnen erwartet wird. Vielmehr sei es ihre Aufgabe, Rollenzuschreibungen anzunehmen und sich im Team ein- bzw. unterzuordnen. Entsprechend beschreiben die Befragten mehrheitlich, kaum Mitwirkungsmöglichkeiten bei der Ausgestaltung der eigenen beruflichen Rolle zu haben. Um jedoch die eigenen Interessen nicht gänzlich zurückstellen zu müssen sowie sich von sich selbst und dem eigenen beruflichen Selbstverständnis entfremden zu müssen und um Konflikte im Team zu vermeiden, versuchen die Zugezogenen, Freiräume im Arbeitsalltag zu finden, um die eigenen Rollenvorstellungen zumindest gelegentlich verwirklichen zu können. Dies gelingt vornehmlich den Pflegekräften des Altenpflegesettings, da sie vergleichsweise häufiger in Positionen beschäftigt sind, in denen sie weniger Kontrolle durch die Arbeitsgruppe erfahren. Zwar beinhaltet das Material einige Hinweise darauf, dass es durchaus einigen Befragten gelingt, die eigenen Vorstellungen in den täglichen Arbeitsvollzug einzubringen und an den Zuschreibungen für die

eigene Position mitzuwirken, jedoch erfolgt dies weitgehend im Verborgenen und nicht im Austausch mit dem Führungspersonal oder der Arbeitsgruppe. Demzufolge nehmen die Studienteilnehmenden wahr, dass ihre Rollenentwürfe und Ideen nicht in die Routinen des Teams übertragen werden; es sei denn, es geht um Tätigkeiten, welche körperbezogene Maßnahmen vereinfachen. Somit kann angenommen werden, dass eine wechselseitige Abarbeitung der aneinander gerichteten Berufs- und Rollenvorstellungen innerhalb der Arbeitsgruppen ohne von außen organisierte Hilfsmaßnahmen nur in den seltensten Fällen stattfindet, sodass zuziehende Pflegekräfte ihre Interessen und eigenen Rollenvorstellungen in der beruflichen Pflege in Deutschland weitestgehend zurückstellen müssen.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass die beruflichen Qualifikationen der befragten Pflegekräfte sowie ihre in den Herkunftsländern gesammelten Arbeitserfahrungen, ihr Wissen und ihre Kompetenzen in Deutschland in der Pflege nur bedingt Verwendung und Verwertung finden. Durch die vorausgesetzte Unterordnung im Team sowie Einordnung in die bestehenden Strukturen bleiben die eigenen Ideen und Potentiale ungenutzt. Entsprechend verpassen die einstellenden Betriebe und Einrichtungen die Chance, auf die Potentiale der migrierten Pflegekräfte zurückzugreifen. Ihnen entgehen wertvolle Impulse, welche die Zugezogenen potentiell in die Pflegeteams einbringen können, da kein Raum für den Austausch über unterschiedliche Berufsauffassungen geschaffen und somit potentielle Wechselwirkungen unterbunden werden.

An dieser Stelle knüpfen weitere Fragen an, welche in Kapitel 8 aufgegriffen und beantwortet werden. Unschärf bleibt bislang, welche Chancen und Potentiale der Migrierten nicht abgerufen werden, dadurch bedingt, dass sie ihr Berufs- und Rollenverständnis nicht in die Teams und Organisationen einbringen können. Auch stellt sich die Frage, wie Rahmenbedingungen gestaltet werden müssen, damit es den Zugezogenen ermöglicht wird, ihre Sichtweisen und Pflegevorstellungen einzubringen bzw. um sich in den Arbeitsgruppen über Rollen- und Handlungserwartungen auszutauschen. Hinweise darauf erscheinen vor dem Hintergrund bedeutend, wie zugezogenes Pflegepersonal mit im Ausland erworbener Berufsqualifikation sowie ihre mitgebrachten Fähig- und Fertigkeiten wertschätzend, ressourcenorientiert und nachhaltig in den Beruf integriert werden können.

8 Diskussion: Chancen und Herausforderungen sowie der Einfluss von Migration und international qualifizierten Pflegekräften auf das Pflegewesen in Deutschland

Durch die Beachtung von zugezogenen Pflegenden mit im Ausland erworbener Berufsqualifikation ist in den letzten Jahren eine besondere Gruppe des Pflegepersonals in das Interesse der Pflegewissenschaften sowie der Berufs- und Wirtschaftspädagogik gerückt, die zuvor von Wissenschaft und Politik lange Zeit unbeachtet geblieben war (vgl. hierzu u. a. Hubenthal & Dieterich, 2020, S. 99). Dazu trug mitunter vermutlich ihre in der Vergangenheit relativ geringe Anzahl, die Missachtung der Zuziehenden als gut ausgebildete und gleichwertige Arbeitskräfte, welche einen wertvollen Beitrag in der pflegerischen Versorgungslandschaft leisten sowie die politische und gesellschaftliche Zurückhaltung, die Bundesrepublik Deutschland als zunehmend beliebteres Einwanderungsland anzuerkennen, bei. Entsprechend schenkte zunächst nur ein begrenzter Kreis von Praktikerinnen und Praktikern sowie Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern der genannten Gruppe Beachtung. Vor dem Hintergrund der Reform der Aufenthalts- und arbeitsrechtlichen Regelungen aus dem Jahr 2013 sowie der immer dringlicher diskutierten Versuche zur Bewältigung des Pflegefachkräftenotstands gewann der Kreis jedoch stetig an Größe und die Gruppe der migrierten Pflegenden mit ausländischer Berufsqualifikation an Aufmerksamkeit. Dennoch wurden die Erfahrungswelten des zugezogenen Pflegepersonals in Bezug auf die Pflegeberufe in Deutschland bislang in nur wenigen Untersuchungen erforscht. Mehrheitlich bezogen sich thematisch nahestehende Forschungsprojekte aus Deutschland auf die Auswirkungen durch ausländisches Fachpersonal für die rekrutierenden Betriebe oder auf die Entwicklung von speziellen Schulungsangeboten (s. Kapitel 3). Entsprechend ist es zentrales Anliegen der vorliegenden Studie, Einblicke in die Erfahrungswelten der Zuziehenden zu gewinnen und Elementarwissen über ihre auf die Pflegeberufe in Deutschland bezogenen Perspektiven zu gewinnen.

In den folgenden Ausführungen werden die empirischen Forschungsbefunde der Untersuchung in den aktuellen Forschungsdiskurs eingeordnet und diskutiert. Dabei werden zwei weiterführende Fragen in den Mittelpunkt gestellt, welche bisher unbeachtet blieben:

- *Welche potentiellen Chancen von Zuwanderung und Heterogenität werden dadurch vertan, dass migrierende Pflegekräfte nur selten ihre Berufsvorstellungen in die Arbeitsgruppen in Deutschland einbringen können?*
- *Wie müssen Rahmenbedingungen und Strukturen in Organisationen gestaltet werden, so dass die Potentiale der migrierten Pflegekräfte zu einer Weiterentwicklung des Pflegeberufs beitragen können?*

Die vorangestellten Fragen grenzen die beiden Themenbereiche der nachfolgenden Unterkapitel ein, welche anschließend im Hinblick auf die Ergebnisse der Studie genauer beleuchtet werden.

8.1 Vertane Chancen und ungenutzte Potentiale

Welche potentiellen Chancen von Zuwanderung und Heterogenität werden dadurch vertan, dass migrierende Pflegekräfte nur selten ihre Berufsvorstellungen in die Arbeitsgruppen in Deutschland einbringen können? Die Untersuchungsergebnisse zeigen, dass die befragten zugezogenen und im Ausland qualifizierten Pflegekräfte dadurch, dass die jeweiligen deutschen Pflegeteams von ihnen verlangen, sich dem bereits etablierten Berufs- und Rollenverständnis anzupassen, kaum auf ihre im Herkunftsland erworbenen Kompetenzen, ihr Wissen und ihre Erfahrungen zurückgreifen können, was dazu führt, dass es zwischen der Mehrheit der Studienteilnehmenden sowie deren Arbeitsgruppen zu Unstimmigkeiten über das Verständnis von beruflicher Normalität kommt: „Normalität mit Blick darauf, wie Prozesse laufen, wer welche Tätigkeiten ausführt, was von wem fachlich erwartet werden kann und wer worüber entscheiden darf“ (Grgic et al., 2019, S. 6). Diese unterschiedlichen Annahmen und Auffassungen des Pflegeberufs, welche u. a. auf verschiedene Berufsbildungswege und unterschiedliche berufliche Rollenbilder zurückzuführen sind, führen des Öfteren im täglichen Arbeitsvollzug zu Missverständnissen, aber auch zu latenten oder offenen Konflikten. Diese treten insbesondere dann auf, wenn durch vorgegebene Aufgaben und Routinen das Fachwissen über bspw. Krankheitsbilder oder Therapien keine Verwendung findet oder aber die individuellen Moralvorstellungen nicht beachtet und angewandt werden können. In diesem Zusammenhang weisen auch Grgic et al. (2019) darauf hin, dass in nur den seltensten Fällen „das Koordinatensystem der Bewertung von Pflegearbeit mit dem der »Etablierten«“ (Grgic et al., 2019, S. 6) übereinstimmt. Durch die vonseiten des in Deutschland ausgebildeten Pflegepersonals vorausgesetzte Ein- bzw. Unterordnung in bestehende Arbeits- und Teamstrukturen bleiben die von den Zuziehenden im Herkunftsland erworbenen Koordinatensysteme bzw. Handlungslogiken sowie die daraus resultierenden Sichtweisen weitestgehend ungenutzt. Dadurch entgehen den Arbeitsgruppen, aber auch den Kliniken und Pflegeeinrichtungen potentielle Impulse sowie die Chance auf (Weiter-)Entwicklung einer kollektiven Berufsvorstellung, welche auch internationale Erwartungen integriert. Dies erscheint nicht zuletzt vor dem Hintergrund von zunehmender Heterogenität der Bevölkerung sowie bei den zu Pflegenden als relevant und zukunftsorientiert.

Dass die migrierenden Arbeitskräfte mehrheitlich aufgrund der an sie adressierten Handlungserwartungen sowie des wahrgenommenen Machtgefälles innerhalb der Arbeitsgruppen

ihr berufliches Selbstverständnis zurückstellen, steht im Widerspruch zu modernen Standpunkten u. a. in der Berufspädagogik. Beispielsweise weisen Diettrich und Becker (2018) sowie Hübers und Kröll (2018) auf die zunehmenden internationalen Anforderungen der Arbeitswelt und die dafür notwendigen Kompetenzen hin. Zwar beziehen sich die Forschenden in den angeführten Publikationen nicht auf den Fachbereich Pflege, doch heben sie hervor, dass mit der Chance auf interkulturelle Begegnung nicht nur die Möglichkeit der Attraktivitätssteigerung des dualen Systems einhergehen kann, sondern dass auch insbesondere die Betriebe und Einrichtungen vom internationalen Know-how-Transfer profitieren können. Auch weisen sie darauf hin, dass gerade wegen dieses Potentials von der EU Projekte gefördert werden, welche eine grenzüberschreitende Ausbildung pilotieren, um „Beschäftigungsoptionen und wirtschaftliche Vernetzung zu schaffen“ (Diettrich & Becker, 2018, S. 20). Hübers und Kröll (2018) betonen zudem, dass die befragten Betriebe darauf hingewiesen haben, dass durch Auslandsaufenthalte vornehmlich „Selbstbewusstsein, Verantwortungsbereitschaft, Motivation sowie die Fähigkeit zum selbstständigem Arbeiten“ (Hübers & Kröll, 2018, S. 15) gefördert werde und die Unternehmen dadurch profitieren.

Diese Eigenschaften zeigen sich auch bei den Teilnehmenden der vorliegenden Studie. Demgemäß stehen die Befunde der angeführten Autorin und Autoren im Widerspruch dazu, dass in den Pflegeberufen in Deutschland von den Neuhinzukommenden eine größtmögliche Anpassung an die bestehenden Routinen und Strukturen gefordert und der mögliche grenzüberschreitende Austausch über heterogene Berufs- und Rollenvorstellungen in vielen Fällen verhindert wird. Daher ist davon auszugehen, dass weitestgehend die mit Migration einhergehenden Chancen vertan und die Potentiale der Zugezogenen für die aufnehmenden Pflegeteams und Betriebe ungenutzt bleiben.

In der vorliegenden Studie zeigen sich vertane Chancen und ungenutzte Potentiale anschaulich in vier Kategorien: Nachhaltige Integration und Personalbindung, Verwertung von Lebens- und Berufserfahrung, Reflexion der etablierten Berufs- und Rollenvorstellungen sowie Ideenverwertung und Innovationsanstöße. Im Folgenden werden die Studienergebnisse entlang dieser Kategorien diskutiert.

Nachhaltige Integration und Personalbindung

Die Erfahrungswelten der zugezogenen Pflegenden offenbaren, dass die Befragten sowohl aus dem klinischen als auch aus dem Altenpflegeversorgungssetting unerfüllte Erwartungen, Enttäuschungen und ihre Ernüchterung über die wahrgenommene Berufspraxis zum Thema machten. Zudem klingt in einigen Interviews an, dass Weiterbildungen im pflegerischen Bereich, alternative Karriereoptionen wie bspw. Studieren oder sogar Umzüge in Erwähnung gezogen werden, um die direkte pflegerische Versorgungspraxis in Deutschland verlassen zu

können. Entwickelt werden diese *Exit-Strategien*, weil die eigenen Handlungserwartungen für die Individuen größtenteils nicht oder nur in unbeobachteten Situationen realisiert werden können. Vergleichbare Ergebnisse präsentiert u. a. auch Klie (2017). Häufig kehren internationale Pflegende „auch deshalb Deutschland den Rücken, weil sie ihre beruflichen Vorstellungen hier nicht realisieren können“ (Klie, 2017, S. 98). In der vorliegenden Studie benennen die Zugezogenen folgende Bereiche, welche sie als berufliche und professionelle Pflegearbeit ansehen, jedoch bislang nicht wie gewünscht ausüben können: Bezugspflege im Sinne von Primary Care, Verschriftlichung und ganzheitliche Pflegeplanung, Miteinbezug in medizinische und therapeutische Entscheidungen, Fokussierung auf den Erhalt bzw. die Wiedererlangung von Selbstständigkeit, Ausrichtung der Arbeitsabläufe gemäß den Interessen der zu Pflegenden sowie der Beibehaltung der Lebens- bzw. Hygienestandards, über welche die zu Pflegenden vor dem Heimaufenthalt verfügten. Zuordnen lassen sich diese Bereiche zu den Dimensionen Arbeitsorganisation und Fachlichkeit. Deren Realisierbarkeit im Arbeitsalltag verursacht hauptsächlich die (Un-)Zufriedenheit der Migrierten mit den Handlungserwartungen in den Pflegeberufen in Deutschland. Auch entscheidet sich entlang der genannten Dimensionen, ob die Zugezogenen den Willen entwickeln, ein Zugehörigkeitsgefühl zu den jeweiligen Arbeitsgruppen aufzubauen. Auch Pütz et al. (2019) schreiben u. a. den Kategorien Arbeitsorganisation und Fachlichkeit ein hohes Konfliktpotential im Integrationsprozess zu. Im Gesundheits- und Pflegebereich entlade sich oftmals entlang dieser Dimensionen Symbolik, welche „Hierarchisierung und Machtdifferenz“ (Pütz et al., 2019, S. 193) zum Ausdruck bringe. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie machen zusätzlich jedoch deutlich, dass es nicht das Ziel der Zugezogenen ist, ihre im Ausland erworbenen Berufs- und Rollenvorstellungen unter allen Umständen durchzusetzen. Vielmehr ist ein weiterer Faktor noch bedeutsamer: Es zeigt sich, dass die Migrierten die Akzeptanz ihres eigenen beruflichen Selbstverständnisses auch an die Anerkennung ihrer Person sowohl auf fachlicher als auch auf persönlicher Ebene knüpfen. Infolgedessen wird deutlich, welch hohen Stellenwert die Möglichkeit des Einbringens der eigenen beruflichen Handlungserwartungen in die Arbeitsgruppen für die Zugezogenen auch im Sinne von nachhaltiger Personalbindung haben kann. Für Gold et al. (2019) stellt die Anerkennung als Person sogar den wesentlichen „Schlüssel für einen gelingenden, nachhaltigen Integrationsprozess“ (Gold et al., 2019, S. 140) der Neuzugezogenen dar. Grgic et al. (2019) weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, warum anzunehmen ist, dass die fachliche und persönliche Anerkennung für die Pflegeberufe und deren Angehörige von besonderem Belang ist. Sie begründen, dass es in den Pflegeberufen aufgrund der sozialen Dienstleistungsarbeit „immer auch um Werte, Normen und Menschenbilder“ (Grgic et al., 2019, S. 6) der oder des Berufsangehörigen geht. Somit werde das berufliche Selbstverständnis schnell zum „Teil der persönlichen Identität und hat etwas mit der eigenen Entwicklungsgeschichte zu tun – vielleicht sogar mehr als in vielen anderen Berufen“ (Grgic et al., 2019, S. 6). Dies bedeutet für die

vorliegende Studie und in Bezug auf die Kategorie *Nachhaltige Integration und Personalbindung*, dass den jeweiligen aufnehmenden Arbeitsgruppen der Kliniken und Pflegeeinrichtungen eine wichtige Aufgabe während des betrieblichen Integrationsprozesses zukommt: Durch sie kann zuziehendes Pflegepersonal Anerkennung auf fachlicher und persönlicher Ebene erfahren, was von den Migrierten u. a. an ermöglichten Gelegenheiten des Einbringens ihrer Berufs- und Rollenvorstellungen festgemacht wird. Ist dies nicht der Fall, dann zeichnet sich an Enttäuschung und Unzufriedenheit über die wahrgenommenen Arbeitsabläufe und Tätigkeitsschwerpunkte ab, dass die Zugezogenen Exit-Strategien in Erwägung ziehen, und zwar sowohl in Bezug auf die Pflegeberufen als auch auf ihren Aufenthalt in Deutschland. Ähnlich argumentieren auch Pütz et al. (2019). Auch sie erwähnen Exit-Strategien: „Zum letzteren zählen der Wechsel der Station, der Wechsel in ein anderes Krankenhaus oder in einen anderen Sektor, weitere Migration oder Rückkehr ins Herkunftsland“ (Pütz et al., 2019, S. 193). In aktuellen auf Pflege bezogenen Studien beschäftigen sich Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler mit dem Thema Arbeits(un)zufriedenheit sowie den daraus resultierenden Absichten eines Berufsausstiegs und bringen dies mit dem Phänomen *Moral Distress (MD)* in Verbindung (vgl. hierzu u. a. Kada & Lesnik, 2019, S. 743ff). Zwischen diesen Untersuchungen und der vorliegenden Studie zeichnen sich einige Parallelen ab, da unter MD moralischer Stress subsumiert wird, welcher in Situationen entsteht, in den Pflegende „am moralisch korrekten Handeln gehindert“ (Kada & Lesnik, 2019, S. 743) werden, oder aber „moralische Unsicherheit“ (Kada & Lesnik, 2019, S. 743) hinsichtlich der moralisch korrekten Handlungsweise erleben. Diese Ausführungen machen deutlich, dass MD „durch interne oder externe Barrieren“ (Kada & Lesnik, 2019, S. 744) ausgelöst wird und somit auftritt, wenn die Rahmenbedingungen das Pflegen nach den jeweiligen Vorstellungen verhindern. Vergleichbare Ergebnisse liefert auch die vorliegende Studie: Zufriedenheit mit den eigenen Gestaltungsmöglichkeiten, der Akzeptanz auf fachlicher sowie persönlicher Ebene und den Arbeitsbedingungen stellt einen wesentlichen Baustein für ein nachhaltiges und wertschätzendes Personalmanagement dar.

Zusammenfassend gilt folglich für die hier vorgestellte Studie: Dadurch, dass migrierende Pflegekräfte durch die Aufforderung zur Anpassung an bestehende Rollenvorstellungen, Muster und Routinen kaum ihre eigenen beruflichen Vorstellungen realisieren können und sie entsprechend kaum Akzeptanz für ihre Berufs- und Rollenvorstellungen in Deutschland erfahren, wird eine wichtige Chance auf nachhaltige Einbindung sowie Bindung an die Organisationen sowie die jeweiligen Arbeitsgruppen verpasst.

Verwertung von Lebens- und Berufserfahrung

Schon durch die vorangestellten Ausführungen klingt an, dass durch Auslandsaufenthalte in vielen Fällen die Persönlichkeitsentwicklung positiv beeinflusst wird. Nicht nur werden Sprachkenntnisse (weiter-)entwickelt, sondern die Individuen erweitern auch ihr Blickfeld und individuelle Eigenschaften wie Selbstvertrauen, Verantwortungsbewusstsein, kulturelle Kompetenzen und Selbstständigkeit. Nicht zuletzt profitiert von diesen Eigenschaften auch die Arbeitswelt. Auch die Befunde der vorliegenden Studie legen dar, dass die Zugezogenen durch die Migration und die damit verbundene Aufgabe des bisher bekannten Partizipationsbezugs sowie die Herausforderung, sich in einem anderen Land zurechtfinden zu müssen, besondere Lebens- und Berufserfahrungen gewonnen haben. Angesichts der vielfach beschriebenen steigenden Komplexität durch komplexere Anforderungen in den Pflegeberufen bieten diese Eigenschaften der Migrierenden wertvolles Potential. Beispielsweise bringen die internationalen Pflegekräfte neben ihren sprachlichen Fähigkeiten auch besondere interkulturelle Kompetenzen mit. Interkulturelle Kompetenz meint in diesem Zusammenhang eine besonders ausgeprägte interkulturelle Sensibilität bzw. die Fähigkeit, mit Individuen und Gruppen anderer Kulturen erfolgreich und angemessen zu interagieren und „mit der wachsenden Heterogenität in einer globalisierten Welt umzugehen“ (Bertelsmann Stiftung & Fondazione Cariplo, 2008, S. 3). Auch die zugezogenen Pflegenden weisen diese Fähigkeit durch die Interaktionen in den Kollegien sowie dadurch auf, dass sie sich in Deutschland in einem ganz anders geprägten Arbeitsumfeld zurechtfinden müssen. Jedoch beinhalten die Interviews der vorliegenden Studie kaum Hinweise darauf, dass diese Fähigkeit in den Arbeitsgruppen bzw. im beruflichen Alltag Verwertung findet. Auch wird in den Pflegeeinrichtungen nicht thematisiert, dass die Zugezogenen bzw. ihre sprachlichen Fähigkeiten zunehmend bei der Versorgung von zu pflegenden Migrantinnen und Migranten benötigt werden – sie also als Ressource bei der Anwendung von kultursensiblen Pflegekonzepten eingesetzt werden. Dies verwundert besonders vor dem Hintergrund, dass solche Konzepte für die Pflegeberufe immer bedeutender werden. Einzig I6 berichtet in Bezug auf die Kategorie *Verwertung von Lebens- und Berufserfahrung* davon, dass ihm durch seine Vorgesetztenposition als Wohnbereichsleitung eines Altenheims besondere Handlungsspielräume zur Verfügung stehen. Er habe durch seine eigene Migrationsgeschichte besonderes Verständnis für die Situation von Neuhinzuziehenden mit ausländischen Berufsqualifikationen und könne gewisse Freiräume nutzen, in denen er die Neuankömmlinge ermutigt, ihm ihre Sichtweisen mitzuteilen und so ihre Vorstellungen in den Arbeitsalltag einzubringen. Auch in der Literatur finden sich nur wenige Beiträge, welche die Chance von nicht geradlinigen Lebensläufen für die Pflegeberufe thematisieren. Lediglich Zieher und Ayan (2016) behandeln in einem Artikel die Möglichkeiten von Fachkräftesicherung durch Quereinsteigende und befassen sich mit besonderen Kompetenzen von anderweitig qualifizierten und in die Pflege eingemündeten Personen. Gerade für die Pflegeberufe können

besondere Lebens- und Berufserfahrungen Potential darstellen und im Umgang mit anspruchsvollen Situationen als Vorteil gewertet werden. In der vorliegenden Studie werden jedoch individuelle Problemlösungsstrategien von den Arbeitsgruppen als unerwünscht und für die vorherrschenden Strukturen als nicht angemessen abgetan.

Zusammenfassend bedeuten diese Erkenntnisse für die vorliegende Studie, dass weder die Arbeitsgruppen noch die Organisationen von den besonderen Lebens- und Berufserfahrungen der migrierten Pflegekräfte zu profitieren scheinen. Eine Ausnahme scheint jedoch dann gegeben zu sein, wenn Führungspositionen bzw. Personalverantwortung von Pflegenden mit Migrationserfahrung übernommen werden. In diesen Fällen zeichnet sich ab, dass es den Neuhinzukommenden ermöglicht wird, ihre Erfahrungen in den Arbeitsalltag einzubringen. Anderenfalls bleiben potentielle Chancen ungenutzt.

Reflexion der etablierten Berufs- und Rollenvorstellungen

Eine weitere Chance von Zuwanderung wird durch die Kategorie *Reflexion der etablierten Berufs- und Rollenvorstellungen* aufgezeigt. Die Forschungsbefunde der vorliegenden Studie zeigen, dass die migrierten Pflegekräfte mit idealistischen Vorstellungen in die Pflege in Deutschland einmünden: Sie erwarten fortschrittliche Technik, ein digitalisiertes Gesundheitssystem, einen hohen Kenntnisstand des Fachpersonals sowie einen würdevollen und bedürfnisorientierten Umgang mit den zu Pflegenden. Jedoch bleiben in der Wahrnehmung der Zugezogenen viele Erwartungen hinter der Realität zurück (Beispielsweise beschreibt I5, dass ihn der Umgang mit den zu Pflegenden schmerze oder I3 entzaubert ihr *Spaceshuttle* indem sie *Pflege Heute* liest.). Dennoch konfrontieren die Zugezogenen die etablierten Fachkräfte während der Rollendefinitionsprozesse mit ihren hohen Erwartungen an die Pflegeberufe in Deutschland. Während dieser Prozesse bzw. während des entsprechenden Austauschs spiegeln sie ihre Vorstellungen von einem hohen Qualitätsstandard und äußern ihre Sicht auf und die Bewertungen der etablierten Muster. Die in den Interviews erwähnten Konflikte deuten an, dass über die Ideale und Prioritätensetzungen in den aufnehmenden Arbeitsgruppen nicht immer Einigkeit herrscht. Zu nennen ist hierbei bspw. der Wunsch der Migrierten nach mehr Kommunikation mit den zu Pflegenden, welcher vornehmlich von den Altenpflegekräften formuliert wird und zum Ziel hat, besser auf die sozio-emotionalen Bedürfnisse der zu Pflegenden eingehen zu können. Diese Prioritätensetzung entspricht nicht den gängigen Routinen, welche von den einheimischen Fachkräften vorgegeben bzw. von den Zugezogenen erlebt werden. Die Zugezogenen nehmen wahr, dass die Körperpflege und Grundversorgung priorisiert wird und die Abrechnungsmechanismen des MDK bedient werden sollen. Demgegenüber werten die Zugezogenen jedoch die Kommunikation mit den zu Pflegenden als wichtigere Aufgabe und als Teil ihres Pflegeverständnisses. In diesem Zusammenhang weisen Gold et al. (2019) auf eine interessante Annahme hin: Sie erwägen, dass „die langjährig Pflegenden auch gerne

mit den Patienten anders und häufiger kommunizieren würden“ (Gold et al., 2019, S. 139) und durch die Migrierten ihre vernachlässigten Ideale bzw. ihr eigenes Pflegeverständnis gespiegelt bekommen. Daraus schließen Gold et al. (2019), dass sich nicht nur die Migrierten, sondern auch die etablierten Pflegekräfte im täglichen Arbeitsvollzug mit inneren Widersprüchen konfrontiert sehen. Jedoch kann weder durch die vorliegende noch durch die Studie von Gold et al. (2019) abschließend herausgefunden werden, ob bzw. inwieweit durch die migrierten Pflegekräfte in den Arbeitsgruppen Prozesse angestoßen werden, welche die Reflexion der etablierten Routinen und Berufs- und Rollenvorstellungen anregen. Lediglich aufgrund des Interviews mit I5, der von Lob von seinem Vorgesetzten berichtet, kann angenommen werden, dass Zuziehende durch ihre idealistischen Vorstellungen potentiell Veränderungen anregen können.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass aus dem Material nicht eindeutig hervorgeht, ob die durch Migration entstehende Chance auf Reflexion der etablierten Berufs- und Rollenvorstellungen von den Arbeitsgruppen und Betrieben genutzt wird. Zwar gibt es Hinweise, dass teilweise ein Umdenken einsetzt, dies zeigt sich jedoch nur in wenigen Fällen. Auch bleibt unklar, ob dadurch weitere Prozesse in Gang gesetzt werden. Jedoch zeigt sich durch die beschriebenen teaminternen Konflikte, dass zumindest eine Konfrontation mit heterogenen Erwartungen stattfindet. Folglich kann auch bzgl. der Chance auf Reflexionsprozesse festgehalten werden, dass dieses Potential von Heterogenität gemäß den Aussagen der in vorliegender Studie Interviewten weitestgehend ungenutzt bleibt. Diese Erkenntnisse leiten über zu einer weiteren Chance von Zuwanderung, welche durch die thematisch angrenzenden Kategorie *Ideenverwertung und Innovationsanstöße* vorgestellt wird.

Ideenverwertung und Innovationsanstöße

Ideen und Innovationen, welche pflegerische Routinen im Arbeitsalltag betreffen, sind eine weitere Chance, die durch im Ausland qualifizierte Pflegekräfte mitgebracht bzw. angestoßen werden können. Vielfach berichten die Zugezogenen jedoch, dass sie die ihnen bekannte Tätigkeiten und Handlungsroutinen in Deutschland nicht mehr ausüben konnten, und bemängeln, dass von ihnen unhinterfragte Anpassung an bestehende Strukturen erwartet wird. Folglich konnten – und wenn, dann nur in den seltensten Fällen – weder die Arbeitsgruppen noch die Kliniken und Pflegeeinrichtungen von den vorhandenen Ideen und Potentialen der Zugezogenen profitieren. Pütz et al. (2019) und Kreckel (2013) weisen in diesem Zusammenhang auf hierarchische Überzeugungen von der grundsätzlich überlegenen Pflegekultur in Deutschland hin, welche die Anpassungsrichtung einseitig den Zugezogenen zuweisen. Diese diskriminierende Bewertung von zugezogenen Pflegekräften macht erneut deutlich, dass von den Migrierten keine Ideen und Vorstellungen zur potentiellen Weiterentwicklung der Routinen des

Pflegealltags von den Arbeitsgruppen und Organisationen erwartet werden. Aus den Ergebnissen der vorliegenden Studie geht lediglich hervor, dass Vorschläge erwünscht scheinen, wenn diese die körperbezogenen Pflegeetätigkeiten vereinfachen. Ideen oder Vorschläge, welche weitere Aufgaben- und Arbeitsbereiche betreffen, beinhalten zumeist Konfliktpotential. Pütz et al. (2019) weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass Konflikte bzw. herausfordernde Situationen zwischen migrierten und in Deutschland ausgebildeten Pflegefachkräften häufig durch die „Themen Arbeitsorganisation und Delegation“ (Pütz et al., 2019, S. 195) angefacht würden. Auch die beschriebenen Konfliktsituationen zwischen den Studienteilnehmenden und deren Arbeitsgruppen deuten auf vergleichbare Erfahrungen hin. Beispielsweise berichtet I2 von ihrer Irritation über die starre Arbeitsorganisation mit strenger Funktionspflege oder deutet an, dass sie aus ihrem Herkunftsland eine engere und gleichberechtigtere Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Kollegium gewöhnt ist. Irritationen und Auseinandersetzungen sind nach Pütz et al. (2019) in diesen Bereichen üblich und treten vornehmlich dann auf, wenn sich ein Innovationsstau in der Pflege festmachen lasse: „Denn der ökonomischen Rationalisierung der Gesundheits- und Pflegebetriebe sind keine grundlegenden Reformen auf der Personalseite, gerade in den Bereichen Arbeitsorganisation und Delegation, gefolgt. Daraus resultierend sind alle Pflegekräfte permanent mit Widersprüchen zwischen ihren fachlichen Ansprüchen und der Arbeitswirklichkeit konfrontiert“ (Pütz et al., 2019, S. 195). Diese Widersprüche werden gerade von migriertem Pflegepersonal hinterfragt, da die meisten von ihnen bereits eine andere Arbeitsorganisation kennengelernt haben. Dies trifft auch auf die vorliegende Studie zu. Denn dadurch, dass die Befragten auch mit anderen Formen von praktizierter Arbeitsorganisation und mit einer anderen Aufgabenteilung vertraut sind, konfrontieren sie das in Deutschland qualifizierte Pflegepersonal mit ihren Sichtweisen. Folglich besteht in solchen Situationen ein hohes Konfliktpotential. Da es die Zugezogenen jedoch so wahrnehmen, dass es ihre Aufgabe sei, Rollenzuschreibungen anzunehmen und sich im Team ein- bzw. unterzuordnen, kommt es in den Arbeitsgruppen kaum zu einem Austausch über die Fachlichkeit oder andere Arbeitswirklichkeiten. Somit können in den aufnehmenden Arbeitsgruppen und Organisationen die von den Migrierten eingebrachten Ideen kaum aufgegriffen und genutzt werden, sodass auch auf das Innovationspotential nicht zurückgegriffen wird. Damit bleibt der Widerspruch bestehen, dass Heterogenität im Pflegewesen in Deutschland oftmals als Herausforderung wahrgenommen wird, aus aktuellen Forschungsbefunden geht jedoch hervor, dass Vielfalt „vielmehr eine Ressource für dringend erforderliche Innovationen in der Pflege“ (Pütz et al., 2019, S. 196) darstellen kann.

Zusammenfassend bedeutet dies für die genannte Kategorie, dass das Potential von neuen Ideen und daraus resultierende Innovationsanstöße für die aufnehmenden Arbeitsgruppen und Organisationen weitestgehend vertan wird bzw. werden. In den Fällen jedoch, in denen die Zugezogenen ihre eigenen Interessen nicht gänzlich zurückstellen und sich nicht von

dem eigenen beruflichen Selbstverständnis entfremden wollen, versuchen die Migrierten Freiräume im Arbeitsalltag zu finden, in denen sie sich unbeobachtet fühlen, wodurch sie Konfrontationen in den Teams zu vermeiden suchen. Auch dies hat zur Folge, dass den Arbeitsgruppen und Organisationen Chancen auf Entwicklungsmöglichkeiten sowie wertvolle Impulse entgehen. Die Frage, inwieweit von klinischen und pflegerischen Einrichtungen Raum für Austausch über unterschiedliche Berufsauffassungen geschaffen werden kann, damit potentielle Wechselwirkungen nicht weitestgehend unterbunden werden, wird im Folgenden beantwortet.

8.2 Management der betrieblichen Integration von migrierten Pflegekräften

Nicht zuletzt da Deutschland in den vergangenen Jahren zunehmend attraktiver für im Ausland ausgebildete Pflegekräfte wurde und auch Betriebe und Einrichtungen vermehrt Anstrengungen unternehmen, um pflegerisches Personal aus dem Ausland zu gewinnen, nimmt die Relevanz einer gezielten Integration der Zugezogenen in die Kliniken und Pflegeeinrichtungen kontinuierlich zu. In diesem Zusammenhang ist sich der bereits formulierten Frage, *wie Rahmenbedingungen und Strukturen in Organisationen gestaltet werden müssen, sodass die Potentiale der migrierten Pflegekräfte zu einer Weiterentwicklung des Pflegeberufs beitragen können*, zu widmen. Davon ausgehend wird in Bezug auf Gestaltung und Organisationsentwicklung das Potential von personaler Vielfalt – im Sinne von Gemeinsamkeiten und Unterschieden des Personals – in klinischen und pflegerischen Einrichtungen thematisiert.

Herrmann und Kätker (2007) weisen bezüglich personaler Vielfalt, auch als Diversity bezeichnet, darauf hin, dass die Beschäftigten in Organisationen trotz fester Anforderungsprofile als einmalige Individuen mit spezifischen Erfahrungen, Sichtweisen, Fähigkeiten und Bedürfnissen wahrgenommen werden müssen. Insbesondere aufgrund der zunehmenden Arbeitsmigration in die Pflegeberufe werde es für Organisationen immer bedeutender, diese „Vielfalt wahrzunehmen und die unterschiedlichen Kompetenzen ihrer MitarbeiterInnen effektiv zu nutzen“ (Herrmann & Kätker, 2007, S. 54). Diesen Wandel von Organisationen – sowohl der Denkmuster als auch der betrieblichen Strukturen und Abläufe – wird als *Diversity Management* bezeichnet. Der Vorteil eines Diversity-Konzepts sei, „dass es die gesamte Vielfalt einer pluralistischen Gesellschaft umfassend beschreibt und dafür einen ganzheitlichen Ansatz mit einer festen Verankerung von Diversity in allen Bereichen und Aspekten der Organisation verfolgt“ (Schröer, 2007, S. 29). Somit bedeutet Diversity Management immer auch die klare Entscheidung für ein integrierendes Vorgehen von Vielfalt auf allen organisatorischen Ebenen. Diesem Verständnis folgt auch die vorliegende Arbeit.

Da weiterhin ein Großteil der klinischen und pflegerischen Einrichtungen die Auffassung vertritt, welche den Einsatz von migrierenden Pflegenden als *quick fix* betrachtet, um dem

Mangel an Fachpersonal entgegenwirken zu können (vgl. hierzu Habermann & Stagge, 2015, S. 173), scheint es von nicht zu unterschätzender Bedeutung zu sein, das Potential von personaler Vielfalt in Organisationen zu diskutieren. Auch die Sichtweisen und Wahrnehmungen der migrierten Pflegekräfte können hierbei einen wesentlichen Beitrag leisten. Sie können dazu dienen, die Chancen von Vielfalt zu identifizieren, welche von Organisationen genutzt werden können. Dennoch bedarf es dafür allerdings einer betrieblichen Öffnung bzw. Gestaltung von betrieblicher Integration, welche eine Willkommens- und Anerkennungskultur in den Betrieben und Einrichtungen schafft, die es den Zugezogenen ermöglicht, ihre Bedarfe im Hinblick auf die Entwicklung und Optimierung von Unterstützungsmaßnahmen einzubringen, die diese in ihrem Sinne positiv beeinflussen. Um die zuvor beschriebenen Potentiale und Chancen, welche mit Zuwanderung und Heterogenität einhergehen können, folglich nutzen zu können, müssen Kliniken und Pflegeeinrichtungen ihre Stationen, Bereiche und Teamstrukturen als interkulturelle Settings annehmen.

Diversity Management gewinnt also nicht zuletzt vor dem Hintergrund eines globalisierten Arbeitsmarktes zunehmend an Bedeutung. Dieser macht es – wenn Partizipation und Mitwirkung aller Beteiligten erwünscht ist – erforderlich, dass Rahmenbedingungen und Strukturen geschaffen werden, in denen zugewanderte Arbeitskräfte ihre im Ausland erworbenen Berufsqualifikationen sowie ihre Fähig- und Fertigkeiten wertschätzend, ressourcenorientiert und nachhaltig in den Beruf integrieren können. Eine solche Willkommenskultur für die Pflegeberufe in Deutschland, welche die Bedürfnisse und Bedarfe der verschiedenen Akteurinnen und Akteure innerhalb von klinischen und pflegerischen Einrichtungen während der betrieblichen Integration berücksichtigt, fordern u. a. auch Gold et al. (2019). Als wesentlich für eine Willkommenskultur benennen Habermann und Stagge (2015), dass „entsprechende Maßnahmen der interkulturellen Öffnung und des Diversity Managements entwickelt und umgesetzt werden“ (Habermann & Stagge, 2015, S. 173) müssen, um die Bedarfe aller Beteiligten in die Organisationsentwicklung einbeziehen zu können. Da in der vorliegenden Studie der Blickwinkel des migrierten Pflegepersonals eingenommen wird, erbringen die Befunde einige interessante Erkenntnisse aus Sicht der Zugezogenen, wie die notwendigen Veränderungen der Rahmenbedingungen und Strukturen gestaltet werden müssen, damit sie ihre individuellen Berufs-, Pflege- und Rollenvorstellungen in die Arbeitsgruppen und in die klinischen sowie pflegerischen Betriebe einbringen können.

Grundlegende Veränderungen der betrieblichen Strukturen scheinen unausweichlich zu sein, damit aus Sicht des im Ausland qualifizierten Pflegepersonals Prozesse angestoßen werden können, die es ihnen ermöglichen, über ihre individuellen Berufs- und Rollenvorstellungen in den Arbeitsgruppen verhandeln zu können. Anhand der Befunde der vorliegenden Studie können zwei Ebenen identifiziert werden, in denen besonderer Veränderungsbedarf ausge-

macht werden kann: Handlungsbedarfe bestehen demnach zum einen auf der organisationalen Ebene, also innerhalb der Strukturen von Kliniken und Pflegeeinrichtungen und zum anderen auf der interpersonellen Ebene, also in den jeweiligen Arbeitsgruppen zwischen den Teammitgliedern. Ein Zusammenwirken zwischen diesen Ebenen erscheint unabdingbar. Nachfolgend werden die von den Zugezogenen identifizierten Veränderungsbedarfe der organisationalen und die interpersonellen Ebene vorgestellt.

Organisationale Ebene

Angeklungen ist bereits, dass spezielle Rahmenbedingungen geschaffen werden müssen, um die möglichen Chancen und Potentiale, welche mit Zuwanderung und Heterogenität einhergehen, für einen organisationalen Entwicklungsprozess nutzen zu können. Ein betriebliches Diversity Management der Kliniken und Pflegeeinrichtungen, welches die dafür notwendige Willkommenskultur etabliert und lenkt, kann auf organisationaler Ebene für diesen Prozess eine wichtige Grundlage darstellen. Ein solches Personalmanagement kann u. a. dazu beitragen, dass Migrierenden ermöglicht wird, ihre Vorstellungen in den Arbeitsalltag einzubringen. Bisweilen wird in sozialen Berufen, wenn es um einen solchen organisationalen Öffnungsprozess für Vielfalt geht, häufig von *interkultureller Öffnung* gesprochen (vgl. hierzu u. a. Löffler & Hubenthal, 2019, S. 139). Darunter zu verstehen ist der Entwicklungsprozess von Organisationen, welcher darauf abzielt, die gleichberechtigte Teilhabe und Mitwirkung von Menschen mit Migrationshintergrund weiterzuentwickeln und zu stärken (u. a. Handschuck & Schröder, 2002). Interkulturelle Öffnung galt lange als Paradigma für „dienstleistungsbezogene Neuerungen“ (Schwarzer, 2018, S. 11); entsprechend lag der Fokus bislang bei den Nutzenden des Gesundheits- und Pflegewesens. Interkulturelle Öffnung zielte demnach darauf ab, dass biografisch bedingte Pflegewünsche und Bedürfnisse (bspw. kulturspezifische Rituale) im täglichen Arbeitsvollzug von den Dienstleistenden berücksichtigt werden sollen. Da jedoch der globalisierte Pflegearbeitsmarkt und die gegenwärtigen Migrationsbewegungen vermehrt auch zu multikulturellen Teamkonstellationen in der beruflichen Pflege führen, erscheint es als wesentlich, den Blick bzgl. interkultureller Öffnung von klinischen und pflegerischen Einrichtungen zusätzlich im Sinne des Diversity Managements auch auf die aktive Beteiligung von Pflegekräften mit im Ausland erworbener Berufsqualifikation auszuweiten. Vor diesem Hintergrund soll im Folgenden unter interkultureller Öffnung von klinischen und pflegerischen Einrichtungen „die gleichberechtigte Teilhabe und Mitwirkung der Fachkräfte im Team- und Organisationsgeschehen verstanden werden“ (Löffler & Hubenthal, 2019, S. 139). Entsprechend stellt die interkulturelle Öffnung einen bewusst gestalteten Prozess dar, „der (selbst-)reflexive Lern- und Veränderungsprozesse von und zwischen unterschiedlichen Menschen, Lebensweisen und Organisationsformen ermöglicht, wodurch Zugangsbarrieren und Abgrenzungsmechanismen in den zu öffnenden Organisationen abgebaut werden und

Anerkennung ermöglicht“ (Schröder, 2007, S. 9f) werden soll. Entsprechend benötigt es anstelle von Konzepten, die die Öffnung der heimischen Kultur für andere Kulturen zum Ziel hat, grundlegende Bedingungen, die es jedem Individuum ermöglichen, sich mit den je individuellen Berufsvorstellungen, Wissensbeständen und eigenen Erfahrungen in das Einrichtungs- und Organisationsgeschehen einzubringen. Daher stellt sich die Frage, wie solch ein betrieblicher Öffnungsprozess gestaltet werden kann.

Die zuvor diskutierten Befunde zeigen, dass ein betriebliches Integrationsprozessmanagement ein probates Instrument darstellen kann, um den bewussten und unbewussten Ausgrenzungsmechanismen aufgrund von unterschiedlichen pflegebezogenen Vorstellungen in den Organisationen und Arbeitsgruppen entgegenwirken zu können. Jedoch offenbaren die Erkenntnisse auch, dass unterschiedliche Berufsverständnisse bzw. verschiedene Rollenerwartungen von zugezogenen und einheimischen Pflegekräften differenzierter zu betrachten sind als mit dem bloßen Verweis auf kulturelle Unterschiede: Hauptsächlich gehen individuelle Berufsvorstellungen auf die unterschiedlichen Berufsbildungswege sowie vorausgegangene Berufserfahrungen zurück. Demgemäß soll weniger die Offenheit für eine kulturelle Andersartigkeit ausländischer Teammitglieder thematisiert werden, sondern es soll ein Verständnis für die Notwendigkeit der Öffnung für unterschiedliche individuelle berufsbezogene Sichtweisen geschaffen werden. Nur so werden keine kulturellen Unterschiede, sondern die Wissensbestände der (migrierenden) neuhinzukommenden Pflegenden in den Fokus gerückt. Mit einem solchen Verständnis als Grundlage kann eine interkulturelle Öffnung, welche durch ein Diversity Management gesteuert wird, ein wichtiges organisationales Instrument darstellen, das es den Zuziehenden ermöglicht, ihre beruflichen Fähig- und Fertigkeiten im täglichen Arbeitsvollzug einzusetzen.

Die Interviews bzw. die Aussagen der Studienteilnehmenden zeigen mehrere Veränderungsbedarfe bzgl. der organisationalen Rahmenbedingungen und Strukturen auf: Die Befragten benennen einerseits die hohe Arbeitsbelastung, welche sie durch die Aufgabenfülle sowie durch die betriebswirtschaftliche Ausrichtung der Organisationen erklären. Andererseits weisen sie darauf hin, weder den Raum noch genügend Zeit für den Austausch über ihre Vorstellungen im Arbeitsalltag zu finden.

Die als enorm empfundene Arbeitsbelastung, die sowohl die Pflegenden des klinischen als auch die des Altenpflegerischen Versorgungssettings beschreiben, macht deutlich, dass die organisationalen Rahmenbedingungen für die Pflegenden eine große Hürde darstellen. Durch die hohe Arbeitsbelastung fühlen sie sich davon abgehalten, den Austausch über ihre Handlungserwartungen und Rollenvorstellungen zu suchen und in den jeweiligen Arbeitsgruppen ihre Rollenvorstellungen zu verhandeln. Zudem wirken sich die strenge Arbeitsorganisation sowie die Ökonomisierung der Pflege restriktiv auf das Engagement der Mitarbeitenden

aus. Es bleibt für Entwicklungsprozesse kaum Platz und kaum die finanzielle Ressource, wenn Klinik- und Einrichtungsleitungen ihren Blick statt auf die Bedarfe der Nutzenden und der Mitarbeitenden auf die Gewinnmaximierung legen (müssen). Tasser und Schneiderwind (2019) führen in diesem Zusammenhang weiter aus, dass insbesondere migrierte Pflegende dadurch, dass sie häufig besonders prekären Beschäftigungsbedingungen und unsicheren Perspektiven ausgesetzt sind, besonders von diesen Bedingungen betroffen sind und nicht selten in der Konsequenz ihre Integrationsbemühungen reduzieren. Dadurch entgehen den aufnehmenden Kliniken und Pflegeeinrichtungen wertvolle Ideen sowie die zuvor beschriebenen Potentiale. Auch Pütz et al. (2019) weisen auf diese Zusammenhänge hin und beschreiben es als „Aufgabe des Managements bzw. der Träger der Einrichtungen, im Sinne einer Organisationsentwicklung, innerhalb der Arbeitsprozesse Orte zu schaffen, an welchen sich etablierte und neu migrierte Pflegefachkräfte gleichberechtigt begegnen können“ (Pütz et al., 2019, S. 195). Auch Theobald (2018) stellt heraus, dass besonders migrierte Pflegekräfte neben dem Raum für Austausch auch „die zeitlichen Ressourcen, die vorhanden sind, um im kollegialen Miteinander arbeitsbezogene Probleme zu diskutieren“ (Theobald, 2018, S. 54) für unzureichend halten. Somit besteht Einigkeit darüber, dass auf der organisationalen Ebene Bedingungen geschaffen werden müssen, die es den Zugezogenen ermöglichen, in einem geschützten Rahmen ihr Berufs-, Pflege- und Rollenverständnis einzubringen. Nur so können vorhandene Potentiale genutzt werden. Diesen Bedarf an einer solchen Plattform zur Unterstützung des wechselseitigen Austauschs zeigen auch die Ergebnisse der vorliegenden Studie. Durch diese können die migrierenden Pflegekräfte die gewünschte Möglichkeit erhalten, sowohl Ort als auch Zeit für die entsprechenden Gespräche zu bekommen. Nicht nur können Fragen beantwortet, Irritationen und Konflikte aufgeklärt werden, es können dort auch im Sinne der Organisationsgestaltung und -entwicklung nach Lösungen für Alltagsprobleme gesucht werden. So können durch die unterschiedlichen Vorerfahrungen innovative Strategien für bspw. mehr Qualität während der Patientenversorgung gesucht und gefunden werden. Auch Pütz et al. (2019) betonen, dass durch solch ein Konzept Heterogenität „dann kein „Problem“, sondern vielmehr eine Ressource für dringend erforderliche Innovationen in der Pflege“ (Pütz et al., 2019, S. 196) darstellen kann. Neben einer Plattform, die Raum und Zeit schaffen kann, bedarf es zusätzlich auch der Unterstützung von Dritten. Sie schlagen vor, „Coaches oder andere Experten, um bestehenden Kommunikationsbarrieren zu überwinden“ (Pütz et al., 2019, S. 196), zwecks professioneller Moderation einzusetzen.

Als weiteres Themenfeld für Handlungsbedarf auf organisationaler Ebene zeichnen sich durch die Auswertung der Interviews auch die beruflichen Perspektiven ab. Die Ergebnisse zeigen, dass Pflegekräfte mit dem Ziel nach Deutschland migrieren, um ihre berufliche Karriere voranzutreiben. Entsprechend erleben Zugezogene die Verstetigung einer Position unterhalb ihres im Ausland erworbenen Qualifikationsniveaus als wenig wertschätzend. Dies kann im

schlechtesten Fall sogar dazu führen, dass sie einen Berufsausstieg in Betracht ziehen. Um dem vorzubeugen, sollten auch Entwicklungsmöglichkeiten für migrierte Pflegekräfte für die organisationale Ebene thematisiert werden – nicht zuletzt deswegen, um die Arbeitskräfte in den Kliniken und Pflegeeinrichtungen langfristig halten zu können. Diesbezüglich sehen auch Ulusoy et al. (2019) Bedarf für eine organisationale Steuerung. Sie schlagen vor, durch die Maßnahme „eines Mitarbeitergespräches, das zu den wichtigsten Führungsinstrumenten zählt“ (Ulusoy et al., 2019, S. 596), die Wünsche und Perspektiven der Zugezogenen zu ermitteln und ihnen entsprechende Entwicklungsmöglichkeiten (bspw. Fort- und Weiterbildungsangebote) aufzuzeigen. Auch Lauxen, Schwarz, Adami-Burke, Hagmann und Schug (2018) bestätigen in diesem Zusammenhang, dass „interne Fortbildungen und Kurzschulungen mit Kleingruppen ein probates Mittel zum Wissenserwerb“ (Lauxen et al., 2018, S. 100) darstellen, da sie aus Sicht der Führungsverantwortlichen den Vorteil bieten, auf die individuellen (Lern-)Bedarfe eingehen zu können. Auch können im Rahmen dieser Angebote Perspektiven, aber auch Grenzen von vornherein transparent gestaltet werden. Auch Ulusoy et al. (2019) weisen darauf hin, dass es außerordentlich wichtig sei, diesem Belastungsfaktor Aufmerksamkeit zu schenken. Wenn Unternehmen von Beginn an mangelnden Entwicklungsmöglichkeiten entgegenwirken, dann wirke sich dies positiv auf das Wohlbefinden und die Gesundheit der Organisationsangehörigen aus und beuge die Fluktuation aus den Pflegeberufen vor.

An dieser Stelle lässt sich zusammenfassend festhalten, dass Diversity Management und organisationaler Wandel im Sinne von interkultureller Öffnung sowohl die gesamte Organisation als auch die Individuen vor eine große und wichtige Aufgabe stellt. Deswegen erscheint es zwingend erforderlich den Beschäftigten genügend Zeit für den benötigten Austausch zu gewähren und dafür geeignete Foren einzurichten. Insbesondere die Auflösung bereits etablierter Denkmuster gelingt nicht ohne Anstoß und benötigt die Zusammenarbeit des Gesamtsystems. Dafür und um Potentiale erkennen zu können sowie bislang hinderliche mentale Modelle erkennen und auflösen zu können, bedarf es eines systematischen Austauschs – ggf. auch durch Unterstützung und die Steuerung von ausgebildeten Coaches. Nicht zuletzt scheint es auch relevant zu sein, den interpersonellen Gruppendynamiken der jeweiligen Pflegeteams Beachtung zu schenken.

Interpersonelle Ebene

Auch lässt sich aus den Forschungsbefunden der vorliegenden Studie herausarbeiten, dass neben den organisationalen Rahmenbedingungen auch ein Umdenken und der Wille zur Zusammenarbeit auf der interpersonellen Ebene erforderlich ist. Die einheimischen und bereits etablierten Pflegenden müssen folglich bereit sein, sich auf neue Mitarbeitende einzustellen, sie mit ihren individuellen Besonderheiten zu respektieren und in die Arbeitsgruppen zu integrieren. In Bezug auf die Frage, wie in Deutschland mit personaler Vielfalt in den jeweiligen

Pflegeteams der einzelnen Stationen bzw. Wohnbereichen umgegangen wird zeigt sich, dass ein Großteil der in Deutschland ausgebildeten Fachkräfte nicht darauf vorbereitet zu sein scheint, sich auf neue Mitarbeitende bzw. auf heterogene Berufs- und Pflegeverständnisse einzustellen. Fremde Handlungserwartungen sorgen für Verunsicherung, treffen auf hierarchische kulturelle Überzeugungen und stoßen auf Unverständnis, sodass sie entsprechend mehrheitlich zurückgewiesen werden. Demzufolge und im Sinne einer ressourcenorientierten, nachhaltigen und wertschätzenden Eingliederung sind Kliniken und Pflegeeinrichtungen gefordert, Möglichkeiten und Strukturen zu schaffen, die für den bi- bzw. multilateralen Austausch zwischen etablierten und migrierten Pflegenden zur Verfügung stehen und in denen sich beide Gruppen gleichberechtigt begegnen können.

Um diesen Prozess des interpersonellen Austausches anzustoßen, wünschen sich die migrierten Pflegenden eine feste Ansprechperson während der Einarbeitungsphase. Dieser Wunsch geht vornehmlich darauf zurück, dass sich die Zugezogenen insbesondere während der Anfangszeit erhoffen, durch eine dritte Person die für sie nötige Sicherheit im Ankunftsland zu erhalten. Zum einen sollen so Fehler bei der Versorgung der zu Pflegenden vermieden werden, zum anderen aber kann eine feste Ansprechperson auch dazu dienen, Verunsicherungen zu nehmen und das Bedürfnis der Migrierten nach fachlicher sowie persönlicher Anerkennung zu erfüllen. Vor allem ist es den Befragten jedoch wichtig, durch eine enge Zusammenarbeit einen regelmäßigen und häufigen Informationsaustausch haben zu können. Auch erhoffen sie sich, durch eine feste Ansprechperson den Austausch über ihre berufsbezogenen Sichtweisen anstoßen zu können. Auch Lauxen et al. (2018) halten fest, dass flachen Hierarchien – zu welchen auch eine feste Ansprechperson zählen würde – förderlich sind, „da damit in der Regel größere Handlungsspielräume sowie ein höherer Grad an Verantwortung und Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme einhergehen“ (Lauxen et al., 2018, S. 102). Dies wird auch durch die vorliegende Studie deutlich: Die Interviewteilnehmenden berichten, durch flacher wahrgenommene Hierarchien häufiger Nachfragen stellen zu können oder Bestärkung der eigenen Vorstellungen und Interessen zu erfahren. Somit kann offensichtlich ein niederschwelliger interpersoneller Austausch dazu beitragen, dass die Zugezogenen sich eingeladen und einbezogen fühlen, um sich an der Weiterentwicklung der Arbeitsgestaltung und -organisation in den Kliniken und Pflegeeinrichtungen zu beteiligen. Ein solcher Einbezug des heterogenen interkulturellen Potentials ist jedoch nur dann möglich, wenn Führungs- oder Personalverantwortliche die Mitarbeitenden der verschiedenen Arbeitsgruppen dazu ermutigen, die Zugezogenen in die Gestaltung von Veränderungs- und Entscheidungsprozessen einzu beziehen.

Des Weiteren zeigen die Ergebnisse, dass die migrierten Pflegekräfte die Anfangs- und Eingewöhnungsphase als besonders wesentlich hervorheben, in der insbesondere auf der in-

terpersonellen Ebene viele wichtige Weichen gestellt werden. Die Studienteilnehmenden benennen, dass es v. a. während der Eingewöhnung als positiv und unterstützend wahrgenommen wird, wenn die oder der Vorgesetzte selbst eine Migrationsgeschichte aufweist und somit sensibler für die Situation der Neuhinzugezogenen ist und entsprechend die notwendige Unterstützung im Arbeitsalltag anbieten kann. Schlegel, Siefers, Engels, Beatty und Delic (2019), die sich im Rahmen eines Workshops und ihrer Veröffentlichung mit dem Thema Vorbilder in der Pflege beschäftigten, weisen auch auf die Relevanz von Führungskräften mit Migrationsgeschichte hin, insbesondere im Verlauf von Sozialisationsprozessen. Sie können anderen Zuziehenden „Halt und Orientierung“ (Schlegel et al., 2019, S. 61) vermitteln, weil das Erleben von sozialer Zugehörigkeit und Wertschätzung positive Auswirkungen auf eine konstruktive Teamarbeit haben kann. Es kann sich so auch für neu aus dem Ausland hinzukommende Teammitglieder die Möglichkeit ergeben, schneller die erforderliche und gewünschte Sicherheit und Orientierung im Ankunftsland zu erlangen. Zusätzlich bringt eine Führungsperson mit Migrationsgeschichte und somit auch vergleichbarem Berufswertedegang die Chance mit, dass Diversität mindestens verständnisvoller und bisweilen auch ressourcenorientierter in die Teamgeschehen integriert werden kann.

Zusammenfassend ist für die interpersonelle Ebene in Bezug auf betriebliche Integrationsprozesse von zuziehenden Pflegekräften und Diversity Management festzuhalten, dass organisationaler Wandel immer auch alle in einem Unternehmen arbeitenden Individuen einbeziehen muss. Auch muss erneut auf eine geeignete Plattform hingewiesen werden, welche räumliche und zeitliche Ressourcen benötigt, um alle Mitarbeitenden auf interpersonelle Vielfalt vorzubereiten. Zwar erscheint dies angesichts der hohen Arbeitsbelastung für das Pflegepersonal als Herausforderung, dennoch ist die Unterstützung und Einbeziehung aller Organisationsmitglieder essentiell, wenn die Zugezogenen wertschätzend und ressourcenorientiert in die Arbeitsgruppen der Kliniken und Pflegeeinrichtungen aufgenommen werden sollen. Erneut erscheint ein geeignetes Austauschforum wesentlich, um etablierte Denkmuster auch in Bezug auf hierarchische kulturelle Überzeugungen ansprechen, bearbeiten und überwinden zu können, was zwingend den systematischen Austausch auch auf der interpersonellen Ebene in den Teams zwischen etablierten und den neuhinzukommenden Pflegekräften erfordert.

9 Kritische Würdigung

Um die Qualität der Dissertation einschätzen und um die Aussagekraft der Ergebnisse überprüfen zu können, wird die Studie kritisch reflektiert – auch um so Stärken und Schwächen sowie Erfolge und Defizite darzustellen. Hierfür dienen zur Orientierung von Steinke (2013) formulierte Kernkriterien qualitativer Forschung, welche in der nachfolgenden Tabelle zusammenfassend dargestellt sind und anschließend kritisch mit der vorliegenden Arbeit verglichen werden. Die Kriterien wurden untersuchungsspezifisch entsprechend „Fragestellung, Gegenstand und verwendeter Methode“ (Steinke, 2013, S. 324) ausgewählt.

Tabelle 10: Gütekriterien qualitativer Forschung (eigene Darstellung in Anlehnung an Steinke, 2013, S. 323ff)

Gütekriterien qualitativer Forschung	Beschreibung
Intersubjektive Nachvollziehbarkeit	Um eine größtmögliche Nachvollziehbarkeit zu erreichen, muss der Forschungsprozess detailliert dargestellt werden.
Indikation des Forschungsprozesses	Die Indikation des qualitativen Vorgehens und der Methodenwahl sind indiziert.
Empirische Verankerung	Die Bildung und Überprüfung von Theorien und Hypothesen ist in den Daten begründet.
Validierung der Interviewsituation	Es wird überprüft, ob die jeweiligen Interviewsituationen die aufrichtige Erzählung der Befragten zulassen und ob es eine Verbindung zwischen Forschenden und Studienteilnehmenden gibt, die zu einer Verzerrung der Ergebnisse beitragen kann.
Kommunikative Validierung	Die Rückbindung der im Forschungsprozess entwickelten Theorien an die Untersuchung ist möglich.
Relevanz	Die Untersuchung ist hinsichtlich ihres pragmatischen Nutzens relevant
Reflektierte Subjektivität	Die konstituierende Rolle der Forschenden als Subjekte wird methodisch reflektiert.

Als erstes Gütekriterium nennt Steinke (2013) die *intersubjektive Nachvollziehbarkeit* und beschreibt die Relevanz der Nachvollziehbarkeit der einzelnen Arbeitsschritte des Forschungsprozesses, um so eine Basis für die Bewertung der Ergebnisse zu schaffen. In der vorliegenden Arbeit wird entsprechend in Kapitel 6 das methodische Vorgehen detailliert dargestellt. Den Leserinnen und Lesern wird ein Einblick in die Planungsphase der Studie, in den

Auswahlprozess sowie in die Erstellung des Erhebungsinstruments, in die Ansprache und Auswahl der Studieninteressierten bzw. Teilnehmenden, in die Datenerhebung und in die Auswahl des Analyseinstruments sowie in die Datenauswertung ermöglicht.

Auch die *Indikation des Forschungsprozesses* wird in den Ausführungen des sechsten Kapitels transparent gemacht. Vor allem sind hierbei die Beschreibungen zu nennen, die die Auswahl eines methodischen Verfahrens nachvollziehbar machen (bspw. die Auswahlentscheidungen für das PZI und die IPA). An dieser Stelle muss jedoch auch erwähnt werden, dass es der Rahmen und die Förderdauer der Studie nicht erlaubten, die Studie breiter anzulegen. Beispielsweise bestand anfänglich die Überlegung, im Anschluss an die mündliche Datenerhebung eine nachfolgende Beobachtung der Interviewteilnehmenden im Feld durchzuführen, um die Aussagen und Erfahrungswelten der Befragten validieren zu können. Auch wurde aufgrund der äußeren Gegebenheiten keine Studie z. B. nach Grounded Theory Methodologie geplant, sondern es erschien realisierbarer, unterschiedliche methodische Instrumente, wie das PZI als Erhebungsinstrument und die IPA als Analysemethode zu kombinieren. Dennoch gelang es, ein praktikables methodisches Verfahren zu wählen, dessen einzelne Instrumente im Kern gut zusammenpassten, um die in Kapitel 5 vorgestellten Forschungsfragen der Untersuchung zu beantworten.

Als weiteres Kriterium verweist Steinke (2013) auf die *empirische Verankerung*. Zwar war es nicht Ziel der Studie eine Theorie im eigentlichen Sinne zu entwickeln, jedoch gelang trotzdem wichtiger grundlegender Erkenntnisgewinn. Die empirische Verankerung wurde in Kapitel 6 beschrieben und begründet. Bezüglich der qualitativen Ausrichtung der Arbeit ist festzuhalten, dass sich das Design bewährt und eine adäquate Möglichkeit zur Beantwortung der Forschungsfragen dargestellt hat.

Auch die *Validierung der Interviewsituation* ist gegeben. Die Ausführungen in Kapitel 6.2.1.2 zeigen u. a., dass sich bewusst mit der eigenen Rolle im Forschungsprozess auseinandergesetzt wurde. Es ist kein Anlass erkennbar, weshalb die Aussagen der Studienteilnehmenden anzuzweifeln sind. Alle Befragten artikulieren während der Interviews ihre Gedanken und Gefühle und benennen sowohl positive als auch negative Erfahrungen. Dadurch dass sie als Expertinnen und Experten für ihre Situation angesehen werden, sie im Mittelpunkt stehen und ihnen vermittelt wird, dass sie nun diejenigen sind, von denen etwas gelernt werden kann, ist nötiges Vertrauen aufgebaut worden. Auch – so ist anzunehmen – wirkten die vorher ausgehändigten Informationsmaterialien und Datenschutzerklärungen unterstützend. Kritisch ist an dieser Stelle jedoch anzumerken, dass mehrere Interviews aufgrund der Tonaufnahme und dem gewählten face-to-face Kontakt nicht zustande kamen. Die angesprochenen Pflegenden erzählten zwar am Telefon, waren jedoch nicht für ein Treffen bereit. Dies erschien jedoch vor

dem Hintergrund der besseren Verständigung wichtig, um bei auftretenden Verständigungsschwierigkeiten auf Gestik und Mimik sowie auf unterstützende technische Hilfsmittel zurückgreifen zu können. Die Sorge der Angesprochenen, dass das Dissertationsprojekt ein Vorwand einer Behörde sei und mögliche Äußerungen Einfluss auf den noch laufenden Anerkennungsprozess oder auf die Aufenthalts- und Arbeitserlaubnis nehmen könnten, konnte nicht in allen Fällen überwunden werden. Daher kann es bei der Gewinnung von Studienteilnehmenden an unterschiedlichen Stellen zu Selektionsmechanismen gekommen sein, weil hauptsächlich eine bestimmte Gruppe von offenen sowie engagierten Personen, denen diese Fähigkeiten auch in den Arbeitsgruppen zu Gute kommen, für die Studie gewonnen werden konnten. Allerdings betrifft das daraus resultierende Bias nicht nur die vorliegende Studie, sondern qualitative Forschungsprojekte im Allgemeinen.

Die *kommunikative Validierung* beinhaltet die Möglichkeit, vorläufige Ergebnisse durch die befragten Personen überprüfen und bestätigen zu lassen. Aufgrund der zeitlichen Ressourcen konnte im Anschluss an die Datenerhebung keine weitere Begleitung der Teilnehmenden eingeplant werden. Somit wurde der Schritt der kommunikativen Validierung durch die Befragten nicht durchgeführt. Jedoch wurden die Erkenntnisse für einschlägige Fachzeitschriftenbeiträge und auf themenrelevanten Fachtagungen mit weiteren Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern diskutiert.

Zusätzlich wird durch das fünfte Qualitätskriterium die *Relevanz* der Forschungsfragen sowie der Studie betrachtet. Diese ist schon allein dadurch gegeben, da die Eingliederung von migrierenden Pflegekräften zunehmend an Bedeutung gewinnt und bislang für den deutschsprachigen Raum kaum Forschungsbefunde vorliegen, die an dieser Stelle ansetzen und die Sichtweisen der Betroffenen in den Fokus rücken. Im nachfolgenden Kapitel 10 wird u. a. hierzu ein abschließendes Fazit gezogen.

Als letztes Kriterium nennt Steinke (2013) die *reflektierte Subjektivität*. Entsprechend ist es während des ganzen Forschungsprozesses bedeutend, sich der eigenen konstituierenden Rolle hinsichtlich der Forschungsinteressen, der Vorannahmen, dem Kommunikationsstil sowie dem eigenen biografischen Hintergrund bewusst zu sein. Mögliche Verzerrungen durch Voreingenommenheit oder Erwartungen aufgrund von Sympathien oder eigenen Erfahrungen werden kritisch reflektiert. Als hilfreich war hierbei die Niederschrift der Eindrücke und die Reflexion der Interviewsituationen, welche in Form von Forschungstagebucheinträgen festgehalten wurde. So konnten anfängliche Unsicherheiten – z. B. durch die Verständigungsschwierigkeiten – reflektiert und im weiteren Verlauf überwunden werden.

Neben den zuvor diskutierten Einschränkungen sei zusätzlich darauf verwiesen, dass kein Interessenskonflikt besteht. Zusätzlich hatte während Auswertung und Verschriftlichung die Anonymität der Studienteilnehmenden oberste Priorität, sodass sichergestellt ist, dass keine

Rückschlüsse auf die befragten Personen oder die einzelnen Betriebe möglich sind. Auch ist von einer Verallgemeinerung der Ergebnisse abzusehen, da dies nicht Ziel der Studie ist, sondern der grundlegende Erkenntnisgewinn über ein bisweilen kaum untersuchtes Forschungsfeld. Hierzu liefert die Studie wichtige Erkenntnisse. Um dem Vorwurf der Unwissenschaftlichkeit entgegenzutreten, dienen die zugrundeliegenden Gütekriterien der Sicherstellung der Qualität der Arbeit.

10 Fazit

Ziel der vorliegenden Studie ist es, Erkenntnisse über die Erfahrungswelten von nach Deutschland migrierten und im Ausland qualifizierten Pflegekräften bzgl. ihrer Migrationserfahrungen und ihrer Perspektive auf die Pflegeberufe in Deutschland zu erlangen. Da die Eingliederung von Pflegekräften aus dem Ausland zunehmend an Bedeutung gewinnt – nicht nur vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels, sondern auch aufgrund notwendiger zukunftsorientierter Entwicklungen – können die Perspektiven der Zugezogenen einige wichtige Impulse beitragen.

Die Arbeit zeigt exemplarisch, dass migrierende Pflegekräfte während ihrer Pflegekarrieren unterschiedliche Berufsbildungswege durchlaufen. Sie sind entsprechend verschieden beruflich sozialisiert und münden mit heterogenen Berufs- und Pflegeverständnissen sowie Rollenerwartungen in das Pflegewesen in Deutschland ein. Auch wenn die Erzählungen der Zugezogenen darauf schließen lassen, dass die Integration in die jeweiligen Pflegeteams von Kliniken oder Pflegeeinrichtungen immer auch für alle Beteiligten mit Herausforderungen verbunden ist, beinhalten ihre vielfältigen Sichtweisen auch Chancen: Beispielsweise können sie zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe beitragen. Die Befunde der Studie weisen darauf hin, dass eine wertschätzende Eingliederung in die Kliniken und Pflegeeinrichtungen durch ein zielgerichtetes Diversity Management eine nachhaltige Integration sowie Personalbindung zur Folge haben kann. Zusätzlich kann das Einschließen der verschiedenen Lebens- und Berufserfahrungen der Zugezogenen die Pflegearbeit unterstützen und weiterbringen. Des Weiteren zeigt sich, dass die Migrierten durch ihre Erfahrungen und Perspektiven Reflexionsprozesse der bereits etablierten Berufs- und Rollenvorstellungen anstoßen können und dass ihre Vorstellungen und Ideen Impulse für Innovationen sein können. Dieses Potential ergibt sich daraus, dass die Zuziehenden im Ausland andere Tätigkeitsschwerpunkte und Verantwortungsbereiche bedienten und somit die Aufgaben- und Verantwortungsbereiche in Deutschland erweitern, die Autonomie erhöhen und die Selbstorganisation im täglichen Arbeitsvollzug stärken können. Folglich ist an dieser Stelle festzuhalten, dass durchaus Zusammenhänge zwischen den Veränderungen in den Pflegeberufen und den migrierten Fachkräften bestehen können. Dennoch bleibt dieses Potential größtenteils ungenutzt, wenn aufgrund von starr organisierten Rahmenbedingungen sowie durch stark formalisierte Abläufe und Strukturen auf der organisationalen Ebene, aber auch durch eine hierarchische Perspektive einer vermeintlich überlegenen Pflegekultur in Deutschland auf der interpersonalen Ebene den migrierten Pflegekräften die Möglichkeit verwehrt bleibt, ihre Berufs- und Rollenvorstellungen in den beruflichen Pflegealltag einzubringen. Infolgedessen müssen die Zuziehenden mindestens einen Balanceakt

zwischen ihren persönlichen beruflichen Rollenvorstellungen und den fremddefinierten Anforderungen vollbringen, wenn sie nicht sogar ihre eigenen Sichtweisen vollends zurückstellen und unterordnen müssen.

Die Ausführungen verdeutlichen die praktische Relevanz der Studie für das Pflegewesen in Deutschland. Der Gewinn der Studie liegt darin, die Organisationen für ein interkulturelles Teamgeschehen zu sensibilisieren und ihnen die Relevanz einer am besten durch ein zielgerichtetes Diversity Management gesteuerten Öffnung aufzuzeigen. Wünschenswert ist es, das migriertes Personal langfristig an Beruf und Team gebunden werden kann. Ein Diversity Management kann eine bedeutende Chance darstellen, wenn es bspw. eine Plattform für den Austausch in den Arbeitsgruppen über unterschiedliche Sichtweisen, Vorstellungen und Handlungserwartungen etabliert. Denn ohne solch ein Austauschforum können sich für Kliniken und Pflegeeinrichtungen neben verpassten Entwicklungsimpulsen weitere Konsequenzen ergeben. Da den Zugezogenen die Möglichkeit einer beruflichen Weiterentwicklung genommen wird, war und ist für sie eine Verstetigung der Beschäftigung unterhalb ihres Qualifikationsniveaus keine Seltenheit. Dies birgt u. a. die Gefahr eines frühen Ausscheidens aus dem Beruf in sich. Ein entsprechendes betriebliches Personalentwicklungsmanagement bedarf allerdings des Abbaus von hinderlichen Strukturen. Handlungsbedarf besteht somit nicht nur auf der organisationalen Ebene, sondern auch bei den strukturellen Rahmenbedingungen im deutschen Gesundheitssystem: So soll an dieser Stelle auch erwähnt werden, dass bspw. durch ein betriebswirtschaftlich ausgerichtetes Pflegewesen für die Unternehmen kaum Spielräume und Ressourcen bestehen bleiben, um den Zusammenhalt der Teams und ihren gegenseitigen Austausch zu fördern und zu stärken und damit auch den gegenseitigen interkulturellen Austausch anzuregen.

Des Weiteren wird durch die Studie auf einen zusätzlichen in diesem Zusammenhang zu nennenden Aspekt hingewiesen: Grundsätzlich ist die tendenzielle Stereotypisierung von Migrierenden als kulturell andersartig zu hinterfragen. Denn Konzepte, welche einer interkulturellen Öffnung von Betrieben und Einrichtungen dienen, beinhalten oftmals weiterhin die Vorstellung von unterschiedlichen Gruppen und sehen kulturell bedingte Unterschiede als gesetzt an. Auf diese soll dann mit entsprechenden Konzepten reagiert werden. Allerdings sollte Vielfalt wesentlich differenzierter betrachtet werden als nur bezogen auf die Kategorien Herkunft und Kultur. Schlussfolgernd bedarf es stattdessen grundlegende Bedingungen und Konzepte, die es allen Teammitgliedern ermöglichen, sich mit ihren individuellen Wissensbeständen, Erfahrungen sowie Berufs- und Rollenvorstellungen in das Einrichtungs- und Organisationsgeschehen einzubringen. Dieser grundsätzliche Gedanke sollte Kliniken und Einrichtungen der stationären Altenpflege dazu antreiben, ihr Organisationsgeschehen zu überdenken und personalbezogene Prozesse anzustoßen. Angesichts der einerseits händeringenden Suche nach Personal und andererseits aufgrund aktueller vielzähliger Veränderungen des Pflegewesens

(bspw. Umstrukturierung der Ausbildung, voranschreitende Akademisierung, Gründung erster Pflegekammern und angestrebte Selbstorganisation, etc.) ist anzunehmen, dass aktuell zu einer Zeit vielfältiger Veränderungen im Pflegewesen auch und gerade die Chance für weitere Entwicklungsimpulse bestehen sollte.

Anschließend sei mit Blick auf die Forschungsbefunde auch auf die theoretische Relevanz der Studie verwiesen. Die Arbeit kann einen exemplarischen Überblick über die Perspektiven der migrierten Pflegekräfte, welche in Kliniken oder Altenpflegeeinrichtung in Deutschland beschäftigt sind, geben. Erstmals werden auch die Interaktionen in den Arbeitsgruppen in Bezug auf die Rollenaushandlungsprozesse aus der Perspektive der zugezogenen Pflegekräfte betrachtet. Durch ihre Erzählungen kommen sie in der vorliegenden Studie zu Wort, wodurch sie, so ist ihren Rückmeldungen zu entnehmen, häufig erstmalig das Gefühl vermittelt bekamen, als gleichwertige Angehörige der Pflegeberufe respektiert zu werden. Daher können die Befunde über die Perspektiven sowie über die interkulturellen Teamgeschehen als Erweiterung des interkulturellen Diskurses erachtet werden. Dies erscheint insbesondere wesentlich, da zuziehende Pflegekräfte und damit auch multikulturelle Teams zukünftig immer zahlreicher werden. Somit leistet die Studie einen wichtigen Beitrag für die Pflegewissenschaft sowie für thematisch angrenzende Disziplinen, welche die Exploration der Sichtweisen der Zugezogenen bisher weitgehend vernachlässigt haben.

Abschließend seien noch mögliche weitere Forschungsdesiderate benannt, die sich aus den Erkenntnissen der vorliegenden Studie ergeben: Da eine fehlende Registrierung aller Pflegenden eine konkrete Bedarfsanalyse und die Erstellung von einheitlichen und belastbaren Strukturdaten zur genauen Anzahl der Beschäftigten erschwert, fehlt zusätzlich die Grundlage für ein differenziertes Migrationsmonitoring. Dieses könnte jedoch valide Daten zur Anzahl sowie zur Aufenthalts- und Bleibedauer des Pflegepersonals im Beruf ermitteln und somit auch die beruflichen Werdegänge und Karrierewege von nicht nur dem zugewanderten Pflegepersonal abbilden. Zusätzlich könnte es die Zufriedenheit mit den Tätigkeitsschwerpunkten und Routinen messen, was sich im Hinblick auf Verbleib in oder Ausscheiden aus den Pflegeberufen als bedeutsam erweisen könnte. Eine weitere denkbare Thematik für Folgestudien könnte die detaillierte Untersuchung von Zusammenarbeit und Entwicklungsprozessen in multikulturellen Teamzusammensetzungen im Pflegebereich sein, durchaus auch als Langzeitstudien. Erkenntnisfördernd könnte im Rahmen von Querschnittprojekten die Begleitung von Prozessen sein, welche durch ein Diversity Management angestoßen und parallel ausgeführt werden. Denn zwar zeigen aktuelle Entwicklungen den (normativen) Anspruch von Unternehmen, sich interkulturell aufzustellen und zu öffnen, doch ist bislang weitgehend unbekannt, welche praktische Relevanz aus solchen Konzepten tatsächlich für das Pflegewesen resultiert. So könnte auch verstanden werden, welche Beweggründe klinische und pflegerische Einrichtungen für solch eine konzeptionelle Orientierung antreiben oder hemmen.

11 Literaturverzeichnis

- Abraham, M. & Büschges, G. (2009). *Einführung in die Organisationssoziologie*. (4. Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Afentakis, A. & Maier, T. (2014). Können Pflegekräfte aus dem Ausland den wachsenden Pflegebedarf decken? Analysen zur Arbeitsmigration in Pflegeberufen im Jahr 2010. *Wirtschaft und Statistik*, 14(3), 173–180.
- Berg, T., Fröhlich, S., Geiger, M., Grapentin, N., Jusmann K., Lietz, K. et al. (2018). Erfolgreiche und nachhaltige Integration zugewanderter Menschen in die Pflege. *Die Schwester der Pfleger*, 57(1), 60–63.
- Bertelsmann Stiftung & Fondazione Cariplo (Hrsg.). (2008). *Interkulturelle Kompetenz – Die Schlüsselkompetenz im 21. Jahrhundert?* Zugriff am 08.05.2020. Verfügbar unter: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSSt/Presse/imported/downloads/xcms_bst_dms_30236_30237_2.pdf
- Biebeler, H., Körbel, M. & Pierenkemper, S. (2015). *Vor- und Nachteile der beruflichen Anerkennung und Ausbildung bei der Fachkräftegewinnung in der Krankenpflege. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie*. (Projekt-Nr. 22/14). Zugriff am 01.03.2020. Verfügbar unter: https://www.iwkoeln.de/fileadmin/user_upload/gutachten-ausbildung-krankenpflege.pdf
- Boeder, B., Dieterich, J. & Slotala, L. (2018). „Und jetzt soll ich waschen?...“. Pädagogische Herausforderungen der Arbeitsmigration von Pflegekräften. *PADUA*, 13(1), 57–64.
- Bonin, H., Braeseke, G. & Ganserer, A. (2015). *Internationale Fachkräfterekrutierung in der deutschen Pflegebranche. Chancen und Hemmnisse aus Sicht der Einrichtungen*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Braeseke, G. & Bonin, H. (2016). Internationale Fachkräfte in der Pflege. In K. Jacobs, A. Kuhley, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2016. Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus* (S. 245–262). Stuttgart: Schattauer.
- Braun, D. (2012). *Einheitlicher, transparenter, effektiver? Das Verfahren zur Bewertung von im Ausland erworbenen Qualifikationen im Wandel* (Kurzdossier Nr. 18) (Focus Migration). Zugriff am 12.07.2017. Verfügbar unter: <http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/kurzdossiers/141828/bewertung-von-im-ausland-erworbenen-qualifikationen>
- Breidenstein, G., Hirschauer, S., Kalthoff, H. & Nieswand, B. (2013). *Ethnografie. Die Praxis der Feldforschung*. Konstanz und München: UVK Verlagsgesellschaft mbH.
- Brüsemeister, T. (2008). *Qualitative Forschung. Ein Überblick*. (2., überarbeitete Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Buchan, J. (2006). The impact of global nursing migration on health services delivery. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 7(3), 16-25.
- Büchter, K. & Gramlinger, F. (2002). *Berufsschulische Kooperation als Analysekatgorie: Beziehungen, Strukturen, Mikropolitik - und CULIK*. Zugriff am 19.02.2020. Verfügbar unter: http://www.bwpat.de/ausgabe3/buechter_gram_bwpat3.shtml
- Bundesagentur für Arbeit. (2017). *Fachkräfteengpassanalyse*. Zugriff am 27.09.2017. Verfügbar unter: <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Fachkraeftebedarf-Stellen/Fachkraefte/BA-FK-Engpassanalyse-2017-12.pdf>
- Bundesagentur für Arbeit. (2019). *Positivliste. Zuwanderung von Fachkräften in Ausbildungsberufe*. Zugriff am 03.06.2019. Verfügbar unter: https://con.arbeitsagentur.de/prod/apok/ct/dam/download/documents/dok_ba015465.pdf
- Bundesinstitut für Berufsbildung & Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.). (2017). *Auswertung der amtlichen Statistik zum Anerkennungsgesetz des Bundes für 2016*. Zugriff am 11.02.2018. Verfügbar unter: <https://www.anerkennung-in-deutschland.de/media/2017-Auswertung-Amtliche-Statistik-2016.pdf>
- Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat. Gesetz zur Steuerung und Begrenzung der Zuwanderung und zur Regelung des Aufenthalts und der Integration von Unionsbürgern und Ausländern. Zuwanderungsgesetz. Zugriff am 27.03.2018. Verfügbar unter: https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/downloads/DE/gesetztestexte/Zuwanderungsgesetz.pdf?__blob=publicationFile&v=1
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.). (2011). *Fachkräftesicherung. Ziele und Maßnahmen der Bundesregierung*. Zugriff am 03.06.2019. Verfügbar unter: http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/fachkraeftesicherung-ziele-massnahmen.pdf?__blob=publicationFile
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales. (2016). *Arbeitnehmerfreizügigkeit*. Zugriff am 27.03.2018. Verfügbar unter: <http://www.bmas.de/DE/Themen/Soziales-Europa-und-Internationales/Europa/Mobilitaet-innerhalb-EU/arbeitnehmer-freizuegigkeit.html>
- Bundesministerium für Gesundheit. (2018). *Pflegekräfte. Maßnahmen der Bundesregierung, insbesondere in der 18. Wahlperiode*. Zugriff am 26.03.2018. Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegekraefte/beschaeftigte/#c3332>
- Bundesministerium für Gesundheit. (2019a). *Konzertierte Aktion Pflege*. Zugriff am 01.12.2020. Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/konzertierte-aktion-pflege.html>

- Bundesministerium für Gesundheit. (2019b). *Vereinbarung mit der Republik Kosovo. Fachkräfte aus der Republik Kosovo sollen Pflege in Deutschland unterstützen*. Zugriff am 31.07.2019. Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2019/kosovo-abkommen.html#c15831>
- Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz. BQFG - Gesetz über die Feststellung der Gleichwertigkeit von Berufsqualifikationen. Zugriff am 01.08.2017. Verfügbar unter: <http://www.gesetze-im-inter-net.de/bqfg/BJNR251510011.html#BJNR251510011BJNG000100000>
- Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (Hrsg.). (2013). *Triple Win. Verantwortliche Fachkräftesicherung*. Zugriff am 13.06.2017. Verfügbar unter: <https://www.giz.de/de/downloads/giz2013-de-fachkraeftesicherung-triple-win.pdf>
- Deutsche Gesellschaft für Psychologie (Hrsg.). (2017). *Auszug aus den Ethischen Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychologie e.V. (DGPs) und des Berufsverbands Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (BDP)*. Zugriff am 21.11.2019. Verfügbar unter: <https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2017/05/EthRichtlinienDGPs-BDP.pdf>
- Dieterich, J. (2017). Qualifizierung ausländischer Pflegekräfte – ethnografische Perspektiven auf eine heterogene Weiterbildungssituation. In U. Weyland & K. Reiber (Hrsg.), *Entwicklungen und Perspektiven in den Gesundheitsberufen – aktuelle Handlungs- und Forschungsfelder* (S. 93–111). Bielefeld: Bertelsmann Verlag.
- Dietrich, A. & Becker, F. M. (2018). Grenzübergreifende Fachkräftequalifizierung im südlichen Ostseeraum. Curriculumentwicklung und Fragen der Anerkennung. *Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis*, 2018(4), 19–23.
- Döring, N. & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. (5. vollständig überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Eggert, S., Schnapp, P. & Sulmann, D. (2019). *Schülerbefragung Pflege: Eigene Erfahrungen und Interesse an Pflegeberufen*. Zugriff am 19.08.2019. Verfügbar unter: https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP_Analyse_Sch%C3%BClerPflege.pdf
- Englmann, B. & Müller, M. (2007). *Brain Waste. Die Anerkennung von ausländischen Qualifikationen in Deutschland*. Zugriff am 05.03.2020. Verfügbar unter: https://www.anererkennung-in-deutschland.de/media/brain_waste.pdf
- Esslinger-Hinz, I. (2002). *Berufsverständnis und Schulentwicklung: ein Passungsverhältnis? Eine empirische Untersuchung zu schulentwicklungsrelevanten Berufsauffassungen von Lehrerinnen und Lehrern*. (1. Auflage). Bad Heilbrunn/Obb.: Klinkhardt.

- Fenchel, V. (2012). Demografische Aspekte des Fachkräftemangels. In U. Bettig, M. Frommelt & R. Schmidt (Hrsg.), *Fachkräftemangel in der Pflege. Konzepte, Strategien, Lösungen* (S. 3–17). Heidelberg: medhochzwei Verlag.
- Flick, U. (2017). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. (Völlig überarbeitete Neuauflage). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Flick, U., von Kardorff, E. & Steinke, I. (Hrsg.). (2008). *Qualitative Sozialforschung. Ein Handbuch*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Foroutan, N., Karakayali, J. & Spielhaus, R. (Hrsg.). (2018). *Postmigratorische Perspektiven. Ordnungssysteme, Repräsentationen, Kritik*. Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Friedrich-Ebert-Stiftung, Korea Verband, Koreanische Frauengruppe in Deutschland & Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft. (2016). *Ankommen, Anwerben, Anpassen? Koreanische Krankenpflegerinnen in Deutschland - Erfahrungen aus fünf Jahrzehnten und neue Wege für die Zukunft*. Zugriff am 11.07.2017. Verfügbar unter: <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/13373.pdf>
- Fuß, S. & Karbach, U. (2014). *Grundlagen der Transkription*. Opladen & Toronto: Verlag Barbara Budrich.
- Gathmann, C., Keller, N. & Monscheuer, O. (2014). Zuwanderung nach Deutschland – Problem und Chance für den Arbeitsmarkt. *Wirtschaftsdienst*, 94(3), 159–179.
- Georg, W. & Sattel, U. (2006). Berufliche Bildung, Arbeitsmarkt und Beschäftigung. In R. Arnold & A. Lipsmeier (Hrsg.), *Handbuch der Berufsbildung* (S. 125-152). (2., überarbeitete und aktualisierte Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Giese, C. (2011). Pflegebildung zwischen Entprofessionalisierung und Akademisierung. *Soziale Arbeit*, 60(4), 129–137.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (2010). *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung*. (3., unveränderte Auflage). Bern: Hans Huber.
- Glodny, S. (2008). Migration und Pflege. *Public Health Forum*, 16(61), 5.e1-5.e3.
- Gold, C., Smeaton, S., Maliki, S., Tersch, M. & Schulze, U. (2019). Eine unterkühlte Willkommenskultur. Ergebnisse einer qualitativen Studie zur Situation neu zugewanderter Pfleger in stationären Einrichtungen. *Pflegewissenschaft*, 21(3/4), 130–141.
- Görres, S., Stöver, M., Bomball, J. & Adrian, C. (2015). Imagekampagnen für Pflegeberufe auf der Grundlage empirisch gesicherter Daten. Einstellungen von Schüler/innen zur möglichen Ergreifung eines Pflegeberufes. In P. Zängl (Hrsg.), *Zukunft der Pflege. 20 Jahre Norddeutsches Zentrum zur Weiterentwicklung der Pflege* (S. 145–157). Wiesbaden: Springer VS.

- Granato, M., Münk, D. & Weiß, R. (Hrsg.). (2011). *Migration als Chance. Ein Beitrag der beruflichen Bildung*. Bielefeld: Bertelsmann Verlag.
- Grgic, M., Larsen, C., Rand, S., Riedel, B. & Voss, D. (2019). *Vertane Chancen der Fachkräftebindung in der Pflege. Strukturelle Hindernisse bei der Integration von migrierten und quereinsteigenden Fachkräften*. Zugriff am 27.02.2020. Verfügbar unter: https://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_pb_005_2019.pdf
- Habermann, M. & Cramer, H. (2012). Migration von Health Professionals und Patientensicherheit. In W. Kirch, T. Hoffmann & H. Pfaff (Hrsg.), *Prävention und Versorgung* (S. 622–633). Stuttgart: Thieme.
- Habermann, M. & Stagge, M. (2015). Menschen mit Migrationshintergrund in der professionellen Pflege. In P. Zängl (Hrsg.), *Zukunft der Pflege. 20 Jahre Norddeutsches Zentrum zur Weiterentwicklung der Pflege* (S. 161–175). Wiesbaden: Springer VS.
- Hämel, K. & Schaeffer, D. (2013). Who cares? Fachkräftemangel in der Pflege. *Zeitschrift für Sozialreform*, 59(4), 413–431.
- Han, P. (2016). *Soziologie der Migration. Erklärungsmodelle, Fakten, politische Konsequenzen, Perspektiven*. (4., unveränderte Auflage). Konstanz und München: UVK Verlagsgesellschaft mbH.
- Handschuck, S. & Schröer, H. (2002). Interkulturelle Orientierung und Öffnung von Organisationen. Strategische Ansätze und Beispiele der Umsetzung. *neue Praxis*, 2002(5), 511–521.
- Hanewinkel, V. & Oltmer, J. (2017). *Länderprofil Deutschland*. Focus Migration. Zugriff am 04.05.2020. Verfügbar unter: <https://www.bpb.de/gesellschaft/migration/laenderprofile/208594/deutschland>
- Hausen, N. von (2010). Teufelskreis im Ankunftsland: Zur Verstetigung hochqualifizierter MigrantInnen im Arbeitsmarkt für unspezifische Qualifikationen. In A.-M. Nohl, K. Schittenhelm, O. Schmidtke & A. Weiß (Hrsg.), *Kulturelles Kapital in der Migration. Hochqualifizierte Einwanderer und Einwanderinnen auf dem Arbeitsmarkt*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Heinz, W. R. (1995). *Arbeit, Beruf und Lebenslauf. Eine Einführung in die berufliche Sozialisation*. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Herrmann, E. & Kätker, S. (2007). *Diversity Management. Organisationale Vielfalt im Pflege- und Gesundheitsbereich erkennen und nutzen*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Herwig, A. (2017). *Arbeitsmarktchancen von Migranten in Europa. Analysen zur Bedeutung von Bildungsherkunft und Bildungssystemen*. Wiesbaden: Springer VS.

- Hessisches Ministerium für Soziales und Integration. (2013). *Modellprojekt trägt Früchte. Landesregierung reagiert aktiv auf steigenden Fachkräftebedarf im Pflegesektor*. Zugriff am 13.04.2018. Verfügbar unter: <https://soziales.hessen.de/pressearchiv/pressemitteilung/landesregierung-reagiert-aktiv-auf-steigenden-fachkraeftebedarf-im-pflegesektor>
- Ho, K. H. M. & Chiang, V. C. L. (2015). A meta-ethnography of the acculturation and socialization experiences of migrant care workers. *Journal of Advanced Nursing*, 71(2), 237–254.
- Hubenthal, N. & Dieterich, J. (2020). Kompensation des Fachkräftemangels durch Pflegefachkräfte aus dem Ausland? Ein Überblick zum Stand der internationalen Forschung. *Pflegewissenschaft*, 22(2), 98–105.
- Hübers, B. & Kröll, J. (2018). Auslandsaufenthalte in der Berufsausbildung. Umfang, Nutzen und Unterstützungsbedarf. *Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis*, 2018(4), 14–18.
- IQ Netzwerk. (2018). *Das Anerkennungsverfahren*. Zugriff am 14.04.2018. Verfügbar unter: <https://www.netzwerk-iq.de/berufliche-erkennung/inhalt/das-anerkenntnisverfahren.html>
- Joas, H. (2002). Rollen- und Interaktionstheorien in der Sozialisationsforschung. In K. Hurrelmann & D. Ulich (Hrsg.), *Handbuch der Sozialisationsforschung* (S. 137-153). (6., unveränderte Auflage). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Johnson, S. E., Green, J. & Maben, J. (2014). A suitable job?: A qualitative study of becoming a nurse in the context of a globalizing profession in India. *International Journal of Nursing Studies*, 51(5), 734–743.
- Kada, O. & Lesnik, T. (2019). Facetten von „moral distress“ im Pflegeheim. Eine qualitative Studie mit examinierten Pflegekräften, [Facets of moral distress in nursing homes : A qualitative study with examined registered nurses]. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 52(8), 743–750.
- Kieser, A. & Walgenbach, P. (2010). *Organisation*. (6. Auflage). Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag.
- Kingma, M. (2010). *Krankenschwestern weltweit auf Wanderschaft*. Zugriff am 14.05.2019. Verfügbar unter: http://www.berlin-institut.org/fileadmin/user_upload/handbuch_texte/pdf_Kingma_Krankenschwestern.pdf
- Kleemann, F., Krähnke, U. & Matuschek, I. (2013). *Interpretative Sozialforschung. Eine Einführung in die Praxis des Interpretierens*. (2. Auflage). Wiesbaden: Springer Verlag für Sozialwissenschaften.

- Klie, T. (2017). Ohne Fachkräfte aus Fernost geht es nicht? Pflege und Betreuung als globales Problem. In S. Arend & T. Klie (Hrsg.), *Wer pflegt Deutschland? Transnationale Pflegekräfte - Analysen, Erfahrungen, Konzepte* (S. 91–102). Hannover: Vincentz Network.
- Kofman, E. & Raghuram, P. (2009). *Arbeitsmigration qualifizierter Frauen* (Focus Migration). Zugriff am 01.08.2017. Verfügbar unter: <http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/kurzdossiers/57289/migration-von-frauen>
- Kreckel, J. (2013). *Heiratsmigration. Geschlecht und Ethnizität*. Marburg: Tectum Wissenschaftsverlag.
- Kuhlmei, A. & Winter, M. H.-J. (2000). Qualifikationsentwicklung in der deutschen Pflege - Ergebnisse einer aktuellen Datenanalyse. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 33(6), 480–487.
- Kumpf, L., Schinnenburg, H. & Büscher, A. (2016). Erfahrungen ausländischer Pflegekräfte in Deutschland. Implikationen für Pflegepraxis und Personalentwicklung. *Pflegewissenschaft*, 18(6), 608–614.
- Küstners, I. (2006). *Narrative Interviews. Grundlagen und Anwendungen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lamnek, S. & Krell, C. (2016). *Qualitative Sozialforschung*. (6., überarbeitete Auflage). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Landenberger, M. (2005). Situation der Pflegeausbildung in Deutschland und Europa - Ist Stand und Reform (Einleitung). In M. Landenberger, G. Stöcker, J. Filkins, A. de Jong, C. Them, Y. Selinger et al. (Hrsg.), *Ausbildung der Pflegeberufe in Europa. Vergleichende Analyse und Vorbilder für eine Weiterentwicklung in Deutschland* (S. 13–16). Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Languth, M. (2007). *Schulleiterinnen und Schulleiter im Spannungsverhältnis zwischen programmatischen Zielvorgaben und alltäglicher Praxis. Eine empirische Studie zur Berufsauffassung von Schulleiterinnen und Schulleitern*. Zugriff am 18.02.2020. Verfügbar unter: <http://ediss.uni-goettingen.de/bitstream/handle/11858/00-1735-0000-0006-B3D6-0/lan-guth.pdf?sequence=1>
- Lauxen, O., Schwarz, L., Adami-Burke, J., Hagmann, K. & Schug, E. (2018). Gestaltungskompetenz in Innovationsprozessen in der Pflege. In S. Kauffeld & F. Frerichs (Hrsg.), *Kompetenzmanagement in kleinen und mittelständischen Unternehmen. Kompetenzmanagement in Organisationen* (S. 89–104). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

- Lehr, U. (2013). *Alterung der Bevölkerung*, Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung. Zugriff am 24.04.2018. Verfügbar unter: https://www.berlin-institut.org/fileadmin/user_upload/handbuch_texte/pdf_Lehr_Alterung_aktualisiert_2013.pdf
- Li, H., Nie, W. & Li, J. (2014). The benefits and caveats of international nurse migration. *International Journal of Nursing Sciences*, 1(3), 314–317.
- Löffler, E. M. & Hubenthal, N. (2019). "Da kann man im Austausch viel rausholen". Vielfalt als Ressource. *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 166(4), 139–142.
- Mapedzahama, V., Rudge, T., West, S. & Perron, A. (2012). Black nurse in white space? Rethinking the in/visibility of race within the Australian nursing workplace. *Nursing Inquiry*, 19(2), 153–164.
- Mayring, P. (1983). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken*. (5., überarbeitete und neu ausgestattete Auflage). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. (11., aktualisierte und überarbeitete Auflage). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Mead, G. H. (2008). *Geist, Identität und Gesellschaft aus der Sicht des Sozialbehaviorismus*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Merda, M. (2017). *Zuwanderung von indischen Pflegekräften nach Deutschland. Eine explorative Analyse der Chancen und Hemmnisse*. Dissertation zur Erlangung des Grades Doctor of Public Health (Dr. PH). Universität Bielefeld, Bielefeld. Zugriff am 26.02.2020. Verfügbar unter: <https://pub.uni-bielefeld.de/download/2911729/2911730>
- Münch, R. (2004). *Soziologische Theorie. Band 3: Gesellschaftstheorie*. Frankfurt und New York: Campus Verlag.
- Neff, D. F., Cimiotti, J., Sloane, D. M. & Aiken, L. H. (2013). Utilization of non-US educated nurses in US hospitals: implications for hospital mortality. *International Journal of Quality and Health Care*, 25(4), 366–372.
- Neuberger, O. (2002). *Führen und führen lassen. Ansätze, Ergebnisse und Kritik der Führungsforschung*. (6., völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Nichols, J. & Campbell, J. (2010). The experiences of internationally recruited nurses in the UK (1995-2007). An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 19(19-20), 2814–2823.

- Panfil, E.-M. (2013). Kapitel12: Analyse von Forschungsstudien. In H. Brandenburg, E.-M. Panfil & H. Mayer (Hrsg.), *Pflegewissenschaft 2. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Methoden der Pflegeforschung* (S. 205–212). (2., vollständig überarbeitete Auflage). Bern: Verlag Hans Huber.
- Peters, V. & Braeseke, G. (2016). Pflegekräfte aus Vietnam. Erste Erfahrungen der deutschen Altenpflege. *Pflege*, 29(6), 315–321.
- Pierenkemper, S. & Körbel, M. (2017). Internationale Rekrutierungsstrategien in den Pflegeberufen zur Kompensierung des Fachkräftemangels. In U. Weyland & K. Reiber (Hrsg.), *Entwicklungen und Perspektiven in den Gesundheitsberufen – aktuelle Handlungs- und Forschungsfelder* (S. 73–92). Bielefeld: Bertelsmann Verlag.
- Pittman, P., Davis, C., Shaffer, F., Herrera, C.-N. & Bennett, C. (2014). Perceptions of Employment-Based Discrimination Among Newly Arrived Foreign-Educated Nurses. *The American journal of nursing*, 114(1), 26–35.
- Pries, L. (2017). *Erwerbsregulierung in einer globalisierten Welt. Theoretische Konzepte und empirische Tendenzen der Regulierung von Arbeit und Beschäftigung in der Transnationalisierung*. (2., wesentlich aktualisierte und erweiterte Auflage). Wiesbaden: Springer Verlag.
- Pütz, R., Kontos, M., Larsen, C., Rand, S. & Ruokonen-Engler, M.-K. (2019). *BETRIEBLICHE INTEGRATION VON PFLEGEFACHKRÄFTEN AUS DEM AUSLAND. Innenansichten zu Herausforderungen globalisierter Arbeitsmärkte*. Zugriff am 03.06.2019. Verfügbar unter: https://www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_416.pdf
- Reid, Flowers, P. & Larkin, M. (2005). Exploring lived experience. *The Psychologist*, 18(1), 20–23.
- Renner, K.-H., Heydasch, T. & Ströhlein, G. (2012). *Forschungsmethoden der Psychologie. Von der Fragestellung zur Präsentation*. Wiesbaden: Springer Verlag für Sozialwissenschaften.
- Ritschl, V. & Stamm, T. (2016). Interpretative phänomenologische Analyse. In V. Ritschl, R. Weigl & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben. Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (S. 78–81). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Roggenbuck-Jagau, I. (2005). *Berufsverständnis und Professionalisierung von Schulleitern*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rosenthal, G. (1987). *"... wenn alles in Scherben fällt ...": von Leben und Sinnwelt der Kriegsgeneration. Typen biographischer Wandlungen*. Opladen: Leske + Budrich.

- Rosenthal, G. (1995). *Erlebte und erzählte Lebensgeschichte. Gestalt und Struktur biographischer Selbstbeschreibungen*. Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Sanders, J. M. & Nee, V. (1996). Immigrant Self-Employment: The Family as Social Capital and the Value of Human Capital. *American Sociological Review*, 61(2).
- Schimank, U. (2002). *Handeln und Strukturen. Einführung in die akteurtheoretische Soziologie*. (2. Auflage). Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Schlegel, C., Siefers, M., Engels, M., Beatty, I. & Delic, S. (2019). Vorbilder in der Pflege: Eine monokulturelle Angelegenheit? *PADUA*, 14(1), 61–63.
- Schmidt, M. (2012). Personalentwicklung gegen Fachkräftemangel- Innovative Konzepte, unternehmerische Strategien und bewährte betriebliche Instrumente. In U. Bettig, M. Frommelt & R. Schmidt (Hrsg.), *Fachkräftemangel in der Pflege. Konzepte, Strategien, Lösungen* (S. 181–198). Heidelberg: medhochzwei Verlag.
- Schnell, M. & Heinritz, C. (2006). *Forschungsethik. Ein Grundlagen- und Arbeitsbuch mit Beispielen für die Gesundheits- und Pflegewissenschaft*. Göttingen: Verlag Hans Huber.
- Schreck, C. (2017). *Rekrutierung von internationalen Pflegefachkräften. Chancen und Herausforderungen für den Fachkräftemangel in Deutschland (Best of Pflege)*. Wiesbaden: Springer.
- Schreyögg, G. (2016). *Grundlagen der Organisation. Basiswissen für Studium und Praxis*. (2., aktualisierte Auflage). Wiesbaden: Springer Gabler.
- Schröder, H. (2007). *Interkulturelle Öffnung und Diversity Management*. Zugriff am 30.04.2020. Verfügbar unter: <http://www.i-iqm.de/dokus/Expertise.pdf>
- Schwarzer, B. (2018). *Pflegeheime in der Einwanderungsgesellschaft. Zur interkulturellen Öffnung stationärer Altenpflegeeinrichtungen in Deutschland*. Kassel: Kassel university press GmbH.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (Hrsg.). (2009). *Forschung mit Menschen. Ein Leitfaden für die Praxis*. Zugriff am 21.11.2019. Verfügbar unter: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:bA-zgP13v11oJ:https://www.samw.ch/dam/jcr:8d19b1dd-f6dc-4a34-a903-65164fae65e9/leitfaden_samw_forschung_menschen_1_auflage_2009.pdf+&cd=2&hl=de&ct=clnk&gl=de
- Sherman, R. O. & Eggenberger, T. (2008). Transitioning Internationally Recruited Nurses Into Clinical Settings. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 39(12), 535–544.
- Sieger, M. (2002). Bildung in einer multikulturellen Gesellschaft. In G. Stöcker (Hrsg.), *Bildung und Pflege. Eine berufs- und bildungspolitische Standortbestimmung* (S. 145-147). (2. überarbeitete Auflage). Hannover: Schlüter.

- Simon, M. (2013). Kapitel 3: Literaturrecherche. In H. Brandenburg, E.-M. Panfil & H. Mayer (Hrsg.), *Pflegewissenschaft 2. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Methoden der Pflegeforschung* (S. 43–66). (2., vollständig überarbeitete Auflage). Bern: Verlag Hans Huber.
- Slotala, L. (2016). Anerkennung ausländischer Pflegeabschlüsse in Deutschland. Verfahren, Anzahl, Verteilung und Entscheidung der Anträge. *Pflege*, 29(6), 281–288.
- Smith, J. A. (1996). Beyond the divide between cognition and discourse: Using interpretative phenomenological analysis in health psychology. *Psychology & Health*, 11(2), 261–271.
- Smith, J. A., Flowers, P. & Larkin, M. (2013). *Interpretative phenomenological analysis. Theory, method and research* (Reprinted.). Los Angeles: SAGE.
- Stagge, M. (2016). *Multikulturelle Teams in der Altenpflege. Eine qualitative Studie*. Wiesbaden: Springer Verlag.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2019). *Jede vierte Person in Deutschland hatte 2018 einen Migrationshintergrund. Pressemitteilung Nr. 314 vom 21. August 2019*. Zugriff am 04.05.2020. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2019/08/PD19_314_12511.html
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2020). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Ausländische Bevölkerung*. Ergebnisse des Ausländerzentralregisters. Zugriff am 04.05.2020. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Publikationen/Downloads-Migration/auslaend-bevoelkerung-2010200197004.pdf?__blob=publicationFile
- Steinke, I. (2013). Gütekriterien qualitativer Forschung. In U. Flick, E. von Kardoff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S. 319–331). (10. Auflage). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Steinmann, H., Schreyögg, G. & Koch, J. (2013). *Management. Grundlagen der Unternehmensführung*. (7. Auflage). Konzepte - Funktionen - Fallstudien. Wiesbaden: Springer Gabler Verlag.
- Stremlau, I. & Bartels, A. (2012). Internationalisierung des Wettbewerbs um Pflegefachkräfte. In U. Bettig, M. Frommelt & R. Schmidt (Hrsg.), *Fachkräftemangel in der Pflege. Konzepte, Strategien, Lösungen* (S. 111–126). Heidelberg: medhochzwei Verlag.
- Tasser, I. & Schneiderwind, R. (2019). Mittendrin statt nur dabei. *Die Schwester der Pfleger*, 2019(11), 48–51.

- Terrier, F. & Zink, K. J. (2016). Beschäftigungssituation und Berufsverbleib von Fachkräften mit Migrationshintergrund in der deutschen Altenpflege. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 70(3), 165–176.
- Theobald, H. (2018). *Pflegearbeit in Deutschland, Japan und Schweden. Wie werden Pflegekräfte mit Migrationshintergrund und Männer in die Pflegearbeit einbezogen?* Zugriff am 10.05.2020. Verfügbar unter: https://www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_383.pdf
- Ulusoy, N., Wirth, T., Lincke, H.-J., Nienhaus, A. & Schablon, A. (2019). Psychosoziale Belastungen und Beanspruchungen in der Altenpflege: Vergleich zwischen Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 52(6), 589–597.
- Voges, W. (2002). *Pflege alter Menschen als Beruf Soziologie eines Tätigkeitsfeldes*. (1. Auflage). Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Voswinkel, S. & Kontos, M. (2010). Ungenutzte Kompetenzen. Probleme und Chancen der Beschäftigung hochqualifizierter Migrantinnen und Migranten. *Sozialwissenschaften und Berufspraxis*, 33(2), 212–241.
- Walani, S. R. (2015). Global migration of internationally educated nurses: Experiences of employment discrimination. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 3(3), 65–70.
- Warwas, J. (2012). *Berufliches Selbstverständnis, Beanspruchung und Bewältigung in der Schulleitung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Weiß, K. (2013). *Pflege im Spannungsfeld der Migration. Bedeutung der Migration für das Gesundheits- und Pflegesystem*. Diplomarbeit. Universität Wien, Wien. Zugriff am 02.08.2017. Verfügbar unter: http://othes.univie.ac.at/27326/1/2013-03-20_0442803.pdf
- Weltgesundheitsorganisation. (2010). *WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel*. Zugriff am 27.03.2018. Verfügbar unter: <http://www.who.int/hrh/migration/code/practice/en/>
- Wernet, A. (2006). *Einführung in die Interpretationstechnik der Objektiven Hermeneutik*. (2. Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Witzel, A. (1982). *Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen*. Frankfurt und New York: Campus Verlag.
- Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview. *Forum Qualitative Sozialforschung/ Forum: Qualitative Social Research*, 1(1), Art. 22. Zugriff am 26.11.2019. Verfügbar unter: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132/2520>
- Witzel, A. & Reiter, H. (2012). *The Problem-centred Interview. Principles and Practice*. Los Angeles [u. a.]: SAGE.

- Xu, Y. & Kwak, C. (2007). Comparative trend analysis of characteristics of internationally educated nurses and U.S. educated nurses in the United States. *International Nursing Review*, 54(1), 78–84.
- Zander, B., Blümel, M. & Busse, R. (2013). Nurse migration in Europe - Can expectations really be met? Combining qualitative and quantitative data from Germany and eight of its destination and source countries. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 210–218.
- Zieher, J. & Ayan, T. (2016). Fachkräftesicherung durch Quereinsteiger. *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 163(1), 23–25.

Anhang

A1:	Übersicht über die recherchierten und eingeschlossenen Beträge der Literaturanalyse	212
A2:	Informationsschreiben Multiplikatoren.....	215
A3:	Informationsschreiben Teilnehmende.....	218
A4:	Informationsflyer	221
A5:	Einverständniserklärung	222
A6:	Datenschutzerklärung.....	223
A7:	Erklärung über Interessenkonflikte	224
A8:	Kurzfragebogen	225
A9:	Interviewleitfaden.....	226
A10:	Postskriptum.....	227
A11:	Ethisches Clearing.....	228
A12:	Transkriptionsregelsystem	229

A1: Übersicht über die recherchierten und eingeschlossenen Beiträge der Literaturanalyse

- Afentakis, A. & Maier, T. (2014). Können Pflegekräfte aus dem Ausland den wachsenden Pflegebedarf decken? Analysen zur Arbeitsmigration in Pflegeberufen im Jahr 2010. *Wirtschaft und Statistik*, 14(3), 173–180.
- Berg, T., Fröhlich, S., Geiger, M., Grapentin, N., Jusmann K., Lietz, K. et al. (2018). Erfolgreiche und nachhaltige Integration zugewanderter Menschen in die Pflege. *Die Schwester der Pfleger*, 57(1), 60–63.
- Biebeler, H., Körbel, M. & Pierenkemper, S. (2015). *Vor- und Nachteile der beruflichen Anerkennung und Ausbildung bei der Fachkräftegewinnung in der Krankenpflege. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie.* (Projekt-Nr. 22/14). Zugriff am 01.03.2020. Verfügbar unter https://www.iwkoeln.de/fileadmin/user_upload/gutachten-ausbildung-krankenpflege.pdf
- Boeder, B., Dieterich, J. & Slotala, L. (2018). „Und jetzt soll ich waschen?...“. Pädagogische Herausforderungen der Arbeitsmigration von Pflegekräften. *PADUA*, 13(1), 57–64.
- Bonin, H., Braeseke, G. & Ganserer, A. (2015). *Internationale Fachkräfterekrutierung in der deutschen Pflegebranche. Chancen und Hemmnisse aus Sicht der Einrichtungen.* Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Buchan, J. (2006). The impact of global nursing migration on health services delivery. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 7(3), 16-25.
- Dieterich, J. (2017). Qualifizierung ausländischer Pflegekräfte – ethnografische Perspektiven auf eine heterogene Weiterbildungssituation. In U. Weyland & K. Reiber (Hrsg.), *Entwicklungen und Perspektiven in den Gesundheitsberufen – aktuelle Handlungs- und Forschungsfelder* (S. 93–111). Bielefeld: Bertelsmann Verlag.
- Englmann, B. & Müller, M. (2007). *Brain Waste. Die Anerkennung von ausländischen Qualifikationen in Deutschland.* Zugriff am 05.03.2020. Verfügbar unter https://www.anererkennung-in-deutschland.de/media/brain_waste.pdf
- Gold, C., Smeaton, S., Maliki, S., Tersch, M. & Schulze, U. (2019). Eine unterkühlte Willkommenskultur. Ergebnisse einer qualitativen Studie zur Situation neu zugewanderter Pflegerinnen in stationären Einrichtungen. *Pflegewissenschaft*, 21(3/4), 130–141.
- Grgic, M., Larsen, C., Rand, S., Riedel, B. & Voss, D. (2019). *Vertane Chancen der Fachkräftebindung in der Pflege. Strukturelle Hindernisse bei der Integration von migrierten und quereinsteigenden Fachkräften.* Zugriff am 27.02.2020. Verfügbar unter https://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_pb_005_2019.pdf

- Habermann, M. & Cramer, H. (2012). Migration von Health Professionals und Patientensicherheit. In W. Kirch, T. Hoffmann & H. Pfaff (Hrsg.), *Prävention und Versorgung* (S. 622–633). Stuttgart: Thieme.
- Habermann, M. & Stagge, M. (2015). Menschen mit Migrationshintergrund in der professionellen Pflege. In P. Zängl (Hrsg.), *Zukunft der Pflege. 20 Jahre Norddeutsches Zentrum zur Weiterentwicklung der Pflege* (S. 161–175). Wiesbaden: Springer VS.
- Johnson, S. E., Green, J. & Maben, J. (2014). A suitable job?: A qualitative study of becoming a nurse in the context of a globalizing profession in India. *International Journal of Nursing Studies*, 51(5), 734–743.
- Kingma, M. (2010). *Krankenschwestern weltweit auf Wanderschaft*. Zugriff am 14.05.2019. Verfügbar unter http://www.berlin-institut.org/fileadmin/user_upload/handbuch_texte/pdf_Kingma_Krankenschwestern.pdf
- Kumpf, L., Schinnenburg, H. & Büscher, A. (2016). Erfahrungen ausländischer Pflegekräfte in Deutschland. Implikationen für Pflegepraxis und Personalentwicklung. *Pflegewissenschaft*, 18(6), 608–614.
- Li, H., Nie, W. & Li, J. (2014). The benefits and caveats of international nurse migration. *International Journal of Nursing Sciences*, 1(3), 314–317.
- Mapedzahama, V., Rudge, T., West, S. & Perron, A. (2012). Black nurse in white space? Rethinking the in/visibility of race within the Australian nursing workplace. *Nusing Inquiry*, 19(2), 153–164.
- Merda, M. (2017). *Zuwanderung von indischen Pflegekräften nach Deutschland. Eine explorative Analyse der Chancen und Hemmnisse*. Dissertation zur Erlangung des Grades Doctor of Public Health (Dr. PH). Universität Bielefeld, Bielefeld. Zugriff am 26.02.2020. Verfügbar unter <https://pub.uni-bielefeld.de/download/2911729/2911730>
- Neff, D. F., Cimiotti, J., Sloane, D. M. & Aiken, L. H. (2013). Utilization of non-US educated nurses in US hospitals: implications for hospital mortality. *International Journal of Quality and Health Care*, 25(4), 366–372.
- Nichols, J. & Campbell, J. (2010). The experiences of internationally recruited nurses in the UK (1995-2007). An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 19(19-20), 2814–2823.
- Pittman, P., Davis, C., Shaffer, F., Herrera, C.-N. & Bennett, C. (2014). Perceptions of Employment-Based Discrimination Among Newly Arrived Foreign-Educated Nurses. *The American journal of nursing*, 114(1), 26–35.

- Pütz, R., Kontos, M., Larsen, C., Rand, S. & Ruokonen-Engler, M.-K. (2019). *BETRIEBLICHE INTEGRATION VON PFLEGEFACHKRÄFTEN AUS DEM AUSLAND. Innenansichten zu Herausforderungen globalisierter Arbeitsmärkte*. Zugriff am 03.06.2019. Verfügbar unter https://www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_416.pdf
- Schreck, C. (2017). *Rekrutierung von internationalen Pflegefachkräften. Chancen und Herausforderungen für den Fachkräftemangel in Deutschland (Best of Pflege)*. Wiesbaden: Springer.
- Stagge, M. (2016). *Multikulturelle Teams in der Altenpflege. Eine qualitative Studie*. Wiesbaden: Springer Verlag.
- Tasser, I. & Schneiderwind, R. (2019). Mittendrin statt nur dabei. *Die Schwester der Pfleger*, 2019(11), 48–51.
- Terrier, F. & Zink, K. J. (2016). Beschäftigungssituation und Berufsverbleib von Fachkräften mit Migrationshintergrund in der deutschen Altenpflege. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 70(3), 165–176.
- Ulusoy, N., Wirth, T., Lincke, H.-J., Nienhaus, A. & Schablon, A. (2019). Psychosoziale Belastungen und Beanspruchungen in der Altenpflege: Vergleich zwischen Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 52(6), 589–597.
- Walani, S. R. (2015). Global migration of internationally educated nurses: Experiences of employment discrimination. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 3(3), 65–70.
- Xu, Y. & Kwak, C. (2007). Comparative trend analysis of characteristics of internationally educated nurses and U.S. educated nurses in the United States. *International Nursing Review*, 54(1), 78–84.

A2: Informationsschreiben Multiplikatoren

Studienaufruf

Natalie Hubenthal M.Sc.

*Promotionsplattform: Gesundheitsberufe
im globalen Wandel*

**Wie die Migration von Pflegefachkräften
den Pflegeberuf in Deutschland verändert**

-

**Wechselwirkungen zwischen
unterschiedlichen Berufsauffassungen**

Universität Kassel
Institut für Berufsbildung am FB 07
Henschelstraße 2
D- 34127 Kassel
R.: 3141

E-Mail: nhubenthal@uni-kassel.de

Tel.: +49 561 804-4599

Sehr geehrte Damen und Herren,

Vielen Dank für Ihr Interesse an diesem Forschungsvorhaben!

Durch die steigende Anzahl von immigrierten Pflegefachkräften gewinnt die Eingliederung der Zugezogenen in den Pflegeberuf zunehmend an Bedeutung. Für Migrantinnen und Migranten verändert sich in Deutschland nicht nur privat, sondern oft auch beruflich vieles! Es kann durch neue Tätigkeitsbereiche und Aufgaben, dem vielleicht unbekanntem Gesundheitssystem und der fremden Sprache herausfordernd sein, den Platz und die Rolle im neuen Team zu finden.

Worum geht es bei dieser Studie?

Ich möchte herausfinden, welche Erfahrungen Migrantinnen und Migranten hierzulande im Pflegeberuf machen. Besonders interessiert mich dabei, ob und inwieweit Ihre Berufsauffassung, die sie durch ihre Ausbildung und ggf. durch Arbeitserfahrungen im Herkunftsland erworben haben, hier Einfluss auf die Gestaltung ihrer neuen beruflichen Rolle und somit auch auf die Pflege in Deutschland hat. Ich möchte untersuchen, wie die migrierten Pflegefachkräfte notwendige Anpassungsleistungen bzw. ihren Beitrag zur Gestaltung des Pflegeberufs beschreiben und bewerten.

Wer wird für die Studie gesucht?

Für mein Promotionsvorhaben suche ich nach Deutschland migrierte Pflegefachkräfte. Wichtig ist dabei, dass der Beruf im Herkunftsland erlernt worden ist und dass die Zugezogenen inzwischen mindestens ein bis zwei Jahre hier arbeiten, um die Erfahrungen retrospektiv schildern zu können. Mich interessieren viele verschiedene Sichtweisen, sodass ich keine Länder enger eingrenze oder bevorzuge. Auch ist es für die Studie nicht wichtig, ob die jetzige Tätigkeit, der Fachbereich oder das Pflegesetting ein anderes ist als im Herkunftsland.

Wie ist der Ablauf?

Es sollen mit den Teilnehmenden Interviews über deren Erfahrungen bezüglich der Auseinandersetzung mit der deutschen Pflege-Kultur geführt werden. Die Freiwilligen dürfen sich den Ort für das Interview selber aussuchen. Dieses dauert ungefähr 45 Minuten. Gerne möchte ich das Gespräch mit einem Diktiergerät aufzeichnen, um es später transkribieren zu können. Wenn in Ihrer Einrichtung jemand mit im Ausland erworbener Berufsqualifikation arbeitet oder sie jemanden kennen, dann würde ich mich freuen, wenn Sie dem- oder derjenigen meinen Flyer zukommen lassen könnten. Dann können die Interessierten gerne direkt mit mir Kontakt aufnehmen.

Was passiert mit den Daten der Teilnehmenden?

Alle Daten, die ich von den Teilnehmenden aus dem Interview verwende, werden nur in verschlüsselter anonymisierter Form gespeichert und verarbeitet. Die Tonbandaufnahme wird extra in einem Ordner mit einem Passwort gespeichert. Nach Abschluss der Forschung (voraussichtlich April 2020) werden die Dateien gelöscht. Zu den Daten haben außer mir nur die zwei Betreuerinnen meiner Promotion (Fr. Prof. Dr. Clement u. Fr. Prof. Dr. Grewe) Zugriff. Sie sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die Daten werden nur für diese Studie verwendet und nicht an Dritte weitergeben. Auch in dem Fall, dass Studienergebnisse in Fachzeitschriften, etc. veröffentlicht werden, werden alle personenbezogenen Daten pseudonymisiert. Natürlich bleiben auch die Institutionen und Kollegen der Studienteilnehmenden anonym.

Warum wird die Studie durchgeführt?

Die Studie wird durchgeführt, um zu untersuchen, welchen Einfluss die zunehmende Migration auf den Pflegeberuf in Deutschland hat. Dabei wird die Sicht der migrierten Pflegefachkräfte fokussiert. Ein Ziel der Studie soll sein, mit den gewonnenen Erkenntnissen beispielsweise professionelle Beratungsangebote für die Betroffenen, aber auch für im Ausland rekrutierende Betriebe zu gestalten.

Was ist sonst noch wichtig?

Die Teilnahme ist natürlich freiwillig. Auch entstehen für die Teilnehmenden und für Sie als Multiplikatoren keine Kosten. Die Teilnahme kann jederzeit ohne Angabe von Gründen abgebrochen werden.

Ansprechpartnerin

Ich heiße Natalie Hubenthal und habe 2013 mein Examen zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin gemacht. Nach meinem Studium an Hochschule für Gesundheit in Bochum, habe ich an der Universität Kassel meine Promotion zum Thema „Gesundheitsberufe im globalen Wandel“ begonnen. Dafür führe ich nun die Interviews. Bei Fragen oder sonstigen Anliegen, können Sie sich gerne unter der Telefonnummer 0561/ 804-4599 oder per E-Mail (nhubenthal@uni-kassel.de) bei mir melden.

Ich freue mich sehr, wenn Sie den Studienaufruf an Pflegekräfte mit im Ausland erworbener Berufsqualifikation weiterleiten können!

N. Hubenthal

A3: Informationsschreiben Teilnehmende

Informationsschreiben Teilnehmende

Natalie Hubenthal M.Sc.

**Wie die Migration von Pflegefachkräften
den Pflegeberuf in Deutschland verändert**

*Promotionsplattform: Gesundheitsberufe
im globalen Wandel*

–

**Wechselwirkungen zwischen
unterschiedlichen Berufsauffassungen**

Universität Kassel
Institut für Berufsbildung am FB 07
Henschelstraße 2
D- 34127 Kassel
R.: 3141

E-Mail: nhubenthal@uni-kassel.de

Tel.: +49 561 804-4599

Liebe Studieninteressierte,

vielen Dank für Ihr Interesse an diesem Forschungsvorhaben!

Durch die Migration von einem Land in ein anderes verändert sich vieles! Auch beruflich ist das oft gar nicht so einfach. Da ist ein neues Team, neue Regeln, ein neues Gesundheitssystem, neue Tätigkeitsbereiche und Aufgaben und natürlich die neue Sprache. Das kann ganz schön herausfordernd sein und macht es für Sie schwer, den neuen Platz zu finden!

Worum geht es bei dieser Studie?

Ich möchte herausfinden, wie Sie die Pflege in Deutschland erleben und welche Erfahrungen Sie hier im Beruf machen. Dabei schaue ich, ob und inwieweit Ihre Berufsauffassung Einfluss auf die berufliche Rolle und die Pflege in Deutschland hat. Mich interessiert dabei sehr, in welchen Situationen Sie sich an die Kollegen anpassen mussten und wo Sie vielleicht Tätigkeiten weiterentwickeln konnten; also wie Sie ihren Beitrag zur Gestaltung der Pflege in Deutschland beschreiben und bewerten. Welche wichtigen Erlebnisse sind Ihnen in der ersten Zeit im Beruf in Erinnerung geblieben?

Wer wird gesucht?

Ich suche Sie, wenn Sie nach Deutschland migriert sind und hier seit min. ein bis zwei Jahren in der Pflege arbeiten. Wichtig ist dabei nur, dass Sie den Beruf in Ihrem Herkunftsland erlernt

haben. Mich interessieren ganz viele verschiedene Sichtweisen, sodass ich keine Länder enger eingrenze oder bevorzuge. Auch ist es für die Studie nicht wichtig, ob Ihre jetzige Tätigkeit, Position oder Station eine andere ist als in ihrem Herkunftsland.

Wie ist der Ablauf?

Um Ihre Sicht auf ihre Erfahrungen, die Sie während der Arbeit sammeln, zu erfahren, möchte ich ein Interview mit Ihnen führen. Keine Sorge, das ist ein lockeres Gespräch, das gerne bei Ihnen zuhause oder an einem anderen Ort, wie einem Café, den sie sich aussuchen können, stattfindet. Das Interview dauert ungefähr 45 Minuten. Um mich später genau an alles zu erinnern, nehme ich das Gespräch mit einem Diktiergerät auf und schreibe es danach Wort für Wort auf. Sie können natürlich jederzeit Bescheid sagen, wenn das Diktiergerät ausgeschaltet werden soll, Sie eine Pause brauchen oder das Gespräch beenden möchten. Wenn Sie Lust haben an der Studie teilzunehmen, dann schicke ich Ihnen alle wichtigen Unterlagen zu und Sie können mir gerne Fragen stellen, wenn Sie etwas nicht ganz verstanden haben. Dann können Sie in Ruhe überlegen, ob Sie an der Studie teilnehmen möchten.

Was passiert mit Ihren Daten und dem Interview?

Alle Daten, die ich von Ihnen aus dem Interview verwende, werden nur in verschlüsselter anonymisierter Form gespeichert und verarbeitet. Das heißt, dass ich sie mit einer Nummer beschrifte und nirgendwo Ihren Namen oder sonstige Informationen, die auf Sie zurückführen, nenne. Die Tonbandaufnahme wird extra in einem Ordner mit einem Passwort gespeichert. Nach Abschluss der Forschung (voraussichtlich April 2020) werden die Dateien gelöscht. Zu den Daten haben außer mir nur noch die zwei Betreuerinnen meiner Promotion (Fr. Prof. Dr. Clement u. Fr. Prof. Dr. Grewe) Zugriff. Die Professorinnen sind wie ich zur Verschwiegenheit verpflichtet.

Falls Sie nach dem Interview nicht mehr an der Studie teilnehmen möchten, werden Ihre persönlichen Daten sowie das Interview komplett gelöscht und nicht mehr verwendet. Ich werde Ihre Daten nur für diese Studie verwenden und nicht an andere Personen oder Firmen weitergeben. Auch wenn die Studienergebnisse veröffentlicht werden, erscheint nirgendwo Ihr Name oder andere Daten, durch die man rückschließen kann, dass Sie an der Studie teilgenommen haben.

Warum wird die Studie durchgeführt?

Die Studie wird durchgeführt, um zu untersuchen, welchen Einfluss Migration auf die Pflege hat. Dabei wird die Sicht der migrierten Pflegefachkräfte fokussiert, sodass Sie im Mittelpunkt der Untersuchung stehen. Mit Ihrer Hilfe kann der Start für weitere Migrantinnen und Migranten einfacher gestaltet werden.

Was ist sonst noch wichtig?

Ihre Teilnahme ist freiwillig und hat keine Auswirkungen für Ihre Beschäftigung. Sie müssen Ihrem Arbeitgeber die Teilnahme nicht mitteilen. Es entstehen für Sie keine Kosten und Sie können jederzeit ohne Angabe von Gründen abbrechen.

Ansprechpartnerin

Ich heiße Natalie Hubenthal, bin Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin und habe auch in der Pflege gearbeitet. Nach meinem Studium an der Hochschule für Gesundheit in Bochum, habe ich an der Universität Kassel meine Promotion zum Thema „Gesundheitsberufe im globalen Wandel“ begonnen. Dafür führe ich nun die Interviews. Bei Fragen oder sonstigen Anliegen, können Sie sich gerne unter der Telefonnummer 0561/ 804-4599 oder per E-Mail (nhubenthal@uni-kassel.de) bei mir melden.

Ich freue mich sehr, wenn Sie sich für ein Interview bereit erklären und sich bei mir melden!

N. Hubenthal

A4: Informationsflyer

Wer wird gesucht?

- Sie sind nach Deutschland gezogen?
- Sie sind von Beruf Pflegefachkraft?
- Sie arbeiten seit min. 1-2 Jahren in Deutschland?
- Sie haben Ihre **Berufsqualifikation** (Ausbildung oder Studium) im Ausland erworben?

Für die Studie ist es nicht wichtig, ob Ihre jetzige Tätigkeit, Position oder Station eine andere ist als in Ihrem Herkunftsland!

Was haben Sie davon?

Ihre Erfahrungen und Ihre Sicht auf die Pflege in Deutschland interessiert mich! Sie stehen im Mittelpunkt. Mit Ihrer Hilfe kann der Start für weitere Migrantinnen und Migranten einfacher gestaltet werden.

Wie ist der Ablauf der Studie?

Um Sie nach Ihren Erfahrungen und Eindrücken in der Pflege in Deutschland zu befragen, möchte ich mit Ihnen ein Interview führen. Das ist ein lockeres Gespräch, was gerne bei Ihnen zu Hause oder an einem anderen Ort, den Sie sich aussuchen können, stattfindet.

Was passiert mit den Daten?

Alle Daten, die ich von Ihnen aus dem Interview verwende, werden nur in verschlüsselter anonymisierter Form gespeichert und verarbeitet. Nirgendwo wird Ihr Name oder andere Daten erscheinen, durch die Rückschlüsse werden kann, dass Sie an der Studie teilgenommen haben.

Und sonst?

Die Teilnahme ist freiwillig, Sie können sie jederzeit abbrechen und es entstehen für Sie keinerlei Kosten. Ihre Daten werden nicht an Firmen oder andere Personen weitergegeben.

Vielen Dank
für Ihr
Interesse an
meiner
Studie!

Kontakt

Natalie Hubenthal
*Gesundheitsberufe im
globalen Wandel*
Universität Kassel
FB 07
Institut für Berufsbiologie
Henschelstraße 2
34127 Kassel
R.: 3141

✉ nhubenthal@uni-kassel.de
☎ +49 561 804-4599

Worum geht es?

Durch die Migration von einem Land in ein anderes verändert sich vieles! Auch beruflich ist das oft gar nicht so einfach. Da ist ein neues Gesundheitssystem, neue Tätigkeitsbereiche und Aufgaben und natürlich die neue Sprache. Das kann herausfordernd sein und macht es manchmal schwer, sich einzufinden!



Ich möchte herausfinden, wie Sie die Pflege in Deutschland erleben und welche Erfahrungen Sie im Beruf machen. Mich interessiert, wie Sie ihren Beitrag zur Gestaltung der Pflege in Deutschland beschreiben und bewerten.

Wer ich bin:



Ich heiße Natalie Hubenthal, bin Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin und Pflegewissenschaftlerin. Momentan promoviere ich an der



Diese Studie führe ich im Rahmen meiner Doktorarbeit durch.

Diese wird durch Prof. Dr. Ute Clement (Universität Kassel) und Prof. Dr. Henny Annette Grewe (Hochschule Fulda) betreut.

Nurses wanted!

Internationally-
educated
Health Professionals
in Germany



Welche Erfahrungen
machen Sie
in der Pflege?

Können Sie ihre
eigenen Vorstellungen
einbringen?

Eine Promotion der Universität Kassel

A5: Einverständniserklärung

Einverständniserklärung:

UNI KASSEL
VERSITÄT

„Wie die Migration von Pflegefachkräften den Pflegeberuf in Deutschland verändert

–

Wechselwirkungen zwischen unterschiedlichen Berufsauffassungen“

Verantwortliche:

Natalie Hubenthal

Promotionsplattform: Gesundheitsberufe im globalen Wandel

Universität Kassel

Institut für Berufsbildung am FB 07

Henschelstraße 2

34127 Kassel

R.: 3141

E-Mail: nhubenthal@uni-kassel.de

Tel.: +49 561 804-4599

Ich: _____
(Vorname, Name)

... erkläre, dass ich von der verantwortlichen Person über die oben genannte Studie aufgeklärt worden bin.

Ich habe das Informationsschreiben für Teilnehmende erhalten, gelesen und verstanden. Ich wurde ausführlich über das Ziel und die Bedeutung der Studie aufgeklärt und hatte die Möglichkeit, Rückfragen zu stellen. Eine Kopie der Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Ich hatte zudem ausreichend Zeit, mich zur Teilnahme an der Studie zu entscheiden und weiß, dass die Teilnahme freiwillig ist. Auch wurde ich darüber informiert, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen diese Zustimmung widerrufen kann, ohne dass dadurch nachteilige Folgen entstehen.

Ich bin damit einverstanden, dass die im Rahmen der wissenschaftlichen Untersuchung erhobenen Daten aufgezeichnet werden. Es wird gewährleistet, dass die Daten nicht an Dritte weitergegeben werden. Mir ist bekannt, dass die personenbezogenen Daten in verschlüsselter Form gespeichert und ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden. Im Falle einer Veröffentlichung werden die Daten anonymisiert, sodass nicht hervorgehen kann, wer an dieser Untersuchung teilgenommen hat. Durch die Beteiligung an der Studie entstehen keine Kosten.

Hiermit wird die freiwillige Teilnahme an der oben genannten Studie erklärt.

Ort, Datum Unterschrift der/des Mitwirkenden

Ort, Datum Unterschrift der Verantwortlichen

A6: Datenschutzerklärung

Datenschutzerklärung

U N I K A S S E L
V E R S I T Ä T

„Wie die Migration von Pflegefachkräften den Pflegeberuf in Deutschland verändert

–

Wechselwirkungen zwischen unterschiedlichen Berufsauffassungen“

Verantwortliche:

Natalie Hubenthal

Promotionsplattform: Gesundheitsberufe im globalen Wandel

Universität Kassel

Institut für Berufsbildung am FB 07

Henschelstraße 2

34127 Kassel

R.: 3141

E-Mail: nhubenthal@uni-kassel.de

Tel.: +49 561 804-4599

Alle Daten, die von Ihnen aus dem Interview oder dem personenbezogenen Fragebogen resultieren, werden nur in verschlüsselter Form gespeichert und verwendet. Das bedeutet, dass ich alle zusammengehörenden Daten mit einer Nummer beschrifte und nirgendwo Ihr Name, Ihr Geburtsdatum, Ihre Adresse oder sonstige Informationen, die auf Sie zurückführen, verwendet werden. Die Tonbandaufnahme und das Transkript werden von mir in einem passwortgesicherten Ordner aufbewahrt, sodass Ihre Daten gut geschützt sind. Nach Abschluss der Forschung (voraussichtlich April 2020) lösche ich die Daten wieder.

Falls Sie nach dem Interview doch nicht mehr an der Studie teilnehmen möchten, werden Ihre Daten sowie das Interview komplett gelöscht und nicht mehr verwendet.

Zu allen Daten haben nur ich und die zwei Betreuerinnen meiner Promotion, Fr. Prof. Dr. Clement und Fr. Prof. Dr. Grewe, Zugriff. Die Professorinnen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet.

Ich garantiere, dass ich die Daten nur für diese Studie verwende und nicht an andere Personen, Pflegeeinrichtungen oder Firmen weitergebe. Auch wenn die Studienergebnisse in meiner Dissertation oder Fachzeitschriften veröffentlicht werden, wird nirgendwo Ihr Name sowie Ihre weiteren genannten personenbezogenen Daten erscheinen.

Ort, Datum

Unterschrift der Verantwortlichen

A7: Erklärung über Interessenkonflikte

Erklärung über Interessenskonflikte

„Wie die Migration von Pflegefachkräften den Pflegeberuf in Deutschland verändert

–

Wechselwirkungen zwischen unterschiedlichen Berufsauffassungen“

Verantwortliche:

Natalie Hubenthal

Promotionsplattform: Gesundheitsberufe im globalen Wandel

Universität Kassel

Institut für Berufsbildung am FB 07

Henschelstraße 2

34127 Kassel

R.: 3141

E-Mail: nhubenthal@uni-kassel.de

Tel.: +49 561 804-4599

Hiermit erkläre ich, Natalie Hubenthal, dass ich als Verantwortliche der oben genannten Studie, weder in persönlicher noch wirtschaftlicher Verbindung zu Organisationen der Gesundheitswirtschaft stehe, die einen Interessenkonflikt zur Folge haben können. Ich verfolge mit der wissenschaftlichen Arbeit keine wirtschaftlichen Interessen und erhalte keine finanziellen Mittel durch oben genannte Institutionen.

Darüber hinaus verpflichte ich mich, im Falle von Verbindungen zu kommerziell orientierten Auftragsinstitutionen, diese offenzulegen, um eine maximale Transparenz zu gewährleisten.

Ort, Datum

Unterschrift der Verantwortlichen

A8: Kurzfragebogen

„Wie die Migration von Pflegefachkräften den Pflegeberuf in Deutschland verändert – Wechselwirkungen zwischen unterschiedlichen Berufsauffassungen“

Pseudonym: _____ (wird durch die Forscherin ausgefüllt)

Soziale Daten:

- Geschlecht:

Weiblich Männlich keine Angabe

- Alter:

unter 30 Jahre alt 30 – 39 Jahre alt 40 – 49 Jahre alt über 50 Jahre alt

- Nationalität: _____

- Herkunftsland/ Land in dem die Ausbildung gemacht worden ist: _____

Bildung:

- beruflicher Abschluss:

Ausbildung → Dauer: _____ Jahre

Bachelor

Master

Sonstiges: _____

Beschäftigungssituation:

- Wie viele Jahre leben Sie schon in Deutschland? _____ Jahre

- Wie lange arbeiten Sie insgesamt schon in der Pflege in Deutschland? _____ Jahre

- Station/ Bereich im Herkunftsland: _____

- Station/ Bereich in Deutschland: _____

- Wie haben Sie ihren Job gefunden? Kreuzen Sie bitte unten an!

Stellenausschreibung Initiativbewerbung Vermittlungsbüro

Familie/ Freunde/ Bekannte Sonstiges: _____

A9: Interviewleitfaden

1.	Intervieweinstieg/ Erzählimpuli	<p>Ich möchte Sie bitten, mir von Ihren Erfahrungen in der Pflege in Deutschland zu erzählen. Beginnen Sie bei Ihrer Erzählung, wo Sie möchten. Erzählen Sie mir ruhig alles, was Sie wichtig finden. Ich interessiere mich für Ihre ganz persönliche Geschichte. Ich höre erst einmal nur zu, mache mir ein paar Notizen und unterbreche Sie nicht.</p>
	Vertiefungsfragen/ Sondierungsfragen	<p>Wie ist der erste Tag bei Ihnen abgelaufen? Was haben Sie da erlebt? Wie hat man auf Sie reagiert? Wie war der Tag für Sie? Gab es Unterschiede zwischen Ihrer Vorstellung und der Wirklichkeit des Berufs/ dem Pflegealltag in Deutschland? → Können Sie von einem konkreten Beispiel erzählen? Was sind für Sie die größten Unterschiede in Bezug auf die Arbeit zwischen Herkunfts- und Zielland? Was war komisch? Hatten Sie das Gefühl, dass dt. Kollegen was Anderes unter „Pflege“ verstehen? ...</p>
2.	Weiterführende Fragen zur aktuellen Situation -Erzählungen-	<p>Sie haben gerade schon Unterschiede in der Pflegepraxis zwischen Herkunfts- und Zielland beschrieben. Damit ich mir das besser vorstellen kann, wie sieht bei Ihnen ein normaler Arbeitstag aus? Was machen Sie so normalerweise und in welchen Situationen erleben Sie Unterschiede? Gab es Situationen in denen Sie aufgefodert worden sind, Aufgaben zu erledigen, mit denen Sie sich nicht wohl geföhnt haben? Wie sind Sie damit umgegangen? Haben Sie Unterstützung erhalten?</p>
3.	Potentiale und Zurückweisungen -Einschätzungen-	<p>Gibt es bestimmte Fähigkeiten oder Wissen, dass für Sie hilfreich gewesen wäre zu lernen, bevor Sie hier in der Pflege anfangen zu arbeiten? Gibt es spezifische pflegerische Aufgaben, die Sie nicht mehr durchführen, sodass Sie Ihre pflegerischen Fähigkeiten nicht mehr einsetzen können? (→ Haben Sie trotzdem die Möglichkeit, Ihr Wissen im Pflegealltag einfließen zu lassen?) Was glauben Sie, müssen hier die Pflegeleitungen über internationale Mitarbeiter wissen, damit sie Ihnen helfen können, sich hier gut im Team einzufügeln? Wenn Sie in der Position ihres/ ihrer Vorgesetzten (Stationsleitung/ Bereichsleitung/ Pflegedirektion) wären, gäbe es etwas, was Sie anders machen würden? Wenn ich eine PK aus Ihrem Herkunftsland wäre und in Deutschland arbeiten wollen würde, welche Tipps würden Sie mir geben wollen?</p>
4.	Interviewabschluss	<p>Ist in dem Interview noch etwas offengeblieben oder noch nicht angesprochen worden, von dem Sie mir gerne erzählen möchten?</p>

A10: Postskriptum

„Wie die Migration von Pflegefachkräften den Pflegeberuf in Deutschland verändert – Wechselwirkungen zwischen unterschiedlichen Berufsauffassungen“

Pseudonym: _____

Protokoll:

Anwesende:

Ort, Datum, Uhrzeit und Dauer: _____

Anmerkungen zum Zustandekommen des Interviews:

Allgemeiner Eindruck von der Interviewpartnerin/ des Interviewpartners:

Bemerkungen zum Gespräch (Verlauf, Dynamik, Auffälligkeiten, etc.):

Aufzeichnungen über informelle Gespräche davor und danach:

Auflistung von Annahmen über das Interview:

Bestimmung über das weitere Vorgehen (z. B. theoretical sampling):

A11: Ethisches Clearing

U N I K A S S E L H U M A N
V E R S I T Ä T W I S S E N S C H A F T E N

Universität Kassel - 34109 Kassel

Frau

Natalie Hubenthal

- im Hause -

Prof. Dr. Sigrid James

Vorsitz Ethikkommission FB01

Universität Kassel
Institut für Sozialwesen
Arnold-Bode-Str. 10
34127 Kassel

sigrid.james@uni-kassel.de
Telefon +49 561 804 2959

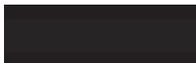
Ihr Antrag auf Beurteilung Ihres Promotionsvorhabens durch die Ethikkommission des FB 01 der Universität Kassel

27.04.2018
Seite 1 von 1

Sehr geehrte Frau Hubenthal

Die Revisionen zu Ihrem Ethikantrag „Wie die Migration von Pflegefachkräften den Pflegeberuf in Deutschland ändert“ wurden begutachtet. Ihre Studie wird hiermit als ethisch unbedenklich eingestuft.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Sigrid James

A12: Transkriptionsregelsystem

NEIN	laut (in Relation zur üblichen Lautstärke)
'Und ja'.	leise (in Relation zur üblichen Lautstärke)
<u>unbekannt</u>	betont
ja: ; nei::n	Dehnung, die Häufigkeit vom „:“ entspricht der Länge der Dehnung
,	kurzes Absetzen
(3)	Dauer der Pause in Sekunden
viellei-	Abbruch eines Wortes
Und dann -.	Abbruch eines Satzes
ja=ja; schnell=schnell	schneller Anschluss bzw. Wortverschleifung
Wie geht es Ihnen? Sehr gut	gleichzeitiges Sprechen ab „es“, Beginn einer Überlappung
((lacht)); ((Telefon klingelt))	Anmerkungen bzw. Kommentar zu parasprachlichen, nicht-verbalen oder gesprächsexternen Ereignissen
(?eine)	unsichere Transkription, schwer verständliche Äußerung
()	Inhalt der Äußerung ist unverständlich; Länge der Klammer entspricht etwa der Dauer der Äußerung
Sie sagte, "Geh auf deine Seite."	Wörtliche Rede bzw. Betonung, dass die Äußerung von einer weiteren Person stammt

Immer mehr Menschen mit im Ausland erworbenen Pflegequalifikationen migrieren nach Deutschland und suchen Zugang zum Arbeitsmarkt. Daher gewinnt ihre Eingliederung in die Pflegeberufe zunehmend an Bedeutung. Anpassungsleistungen, wie bspw. Integrationskurse oder Einarbeitungszeiten, haben eine Eingliederung in bestehende Verhältnisse zum Ziel. Dennoch werden durch mitgebrachte Rollenauffassungen und verschiedene berufsbezogene Erfahrungen die hier gültigen Tätigkeitsschwerpunkte in Frage gestellt.

Hier setzt die Studie an und geht der Frage nach, welche Erfahrungen migrierte Pflegekräfte in den Kliniken und den Pflegeeinrichtungen in Deutschland machen bzw. wie sie bewerten, mit den eigenen Rollenvorstellungen zur Gestaltung der täglichen Routinen beizutragen.

In ihrer qualitativen Untersuchung lässt die Autorin Zugezogene zu Wort kommen und findet Antworten auf ihre Forschungsfragen. Diese bieten wichtige Impulse für eine Auseinandersetzung mit internationaler Expertise und für die Weiterentwicklung von Qualifizierungs- und Onboarding-Programmen, um eine wertschätzende und nachhaltige Eingliederung zugewanderter Pflegekräfte in die Pflegeberufe unterstützen zu können.

ISBN 978-3-7376-0996-8



9 783737 609968 >