

Bachelorarbeit

Einsatz ausländischer Pflegefachkräfte auf deutschen Intensivstationen: Herausforderungen und Chancen

von Stefanie Deppe

geb. 01.05.1973 in Bochum

[REDACTED]

1. Prüfer: Prof. Dr. Peter Stratmeyer
2. Prüferin: Katrin Blanck-Köster (M.sc.)
Abgabetermin: 28.02.2020

**HOCHSCHULE FÜR ANGEWANDTE
WISSENSCHAFTEN HAMBURG**

Department Pflege und Management

Bachelorstudiengang:

„Interdisziplinäre Gesundheitsversorgung und Management“

Alexanderstrasse 1

20099 Hamburg

Abstract

Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, Faktoren zu identifizieren, die für den erfolgreichen Einsatz von im Ausland qualifizierten Pflegekräften auf deutschen Intensivstationen förderlich oder hemmend sind, um daraus Schlussfolgerungen für die Einarbeitung und weitere Rahmenbedingungen auf den Intensivstationen ziehen zu können.

Hintergrund dieser Arbeit ist der steigende Fachkräftemangel in der Pflege, insbesondere in der Intensivpflege. Zur Sicherung des Fachkräftebedarfs werden unter anderem vermehrt Pflegefachkräfte aus dem Ausland rekrutiert und in der deutschen Pflegelandschaft eingesetzt. Auch im Bereich der Intensivpflege wird diese Praxis immer mehr umgesetzt.

Methodisch wurde relevante Literatur zur Thematik gesucht, wobei keine Untersuchungen zur speziellen Fragestellung von ausländischen Pflegekräften auf Intensivstationen gefunden wurden. Um Erkenntnisse der Fragestellung entsprechend zu erlangen wurde eine qualitative Untersuchung mittels leitfadengestützten Interviews durchgeführt.

Die *Ergebnisse* zeigen, dass die größten Herausforderungen der im Ausland qualifizierten Pflegefachkräfte für die Arbeit auf einer Intensivstation in nicht ausreichenden Sprachkenntnissen und dem Erlangen der für die komplexe Betreuung von Intensivpatient*innen notwendigen Fachkompetenzen liegen. Chancen für einen erfolgreichen Einsatz auf Intensivstationen liegen in der großen Motivation der Pflegenden diese Kompetenzen schnell zu erlernen und sich beruflich weiter zu entwickeln. Um diesen Herausforderungen zu begegnen und die Chancen zu nutzen sind strukturierte, auf die ausländischen neuen Mitarbeiter*innen abgestimmte Einarbeitungskonzepte erforderlich, die sowohl fachliche als auch sprachliche Qualifizierungen beinhalten.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	III
Tabellenverzeichnis	III
Abkürzungsverzeichnis	IV
1 Einleitung	1
2 Theoretischer Hintergrund	3
2.1 Arbeitsmigration in der Pflege in Deutschland: Definition und Hintergrund	3
2.2 Ausgewählte Projekte zur Anwerbung von qualifizierten Arbeitsmigrant*innen in der Pflege	5
2.3 Rechtliche Voraussetzungen zur Anerkennung ausländischer Pflegeabschlüsse	6
2.4 Ethik	8
3 Erfahrungen von Arbeitsmigrant*innen	8
3.1 Erfahrungen von Arbeitsmigrant*innen in der Pflege in Deutschland	9
3.2 Erfahrungen von Arbeitsmigrant*innen in der Pflege international	10
4 Herausforderungen für Pflegende auf Intensivstationen	12
5 Exemplarische qualitative Untersuchung zum Einsatz ausländischer Pflegefachkräfte auf einer deutschen Intensivstation	14
5.1 Beschreibung und Begründung der qualitativen Methode	14
5.2 Fragestellung	15
5.3 Feldzugang und Auswahl der Stichprobe	16
5.4 Forschungsethik	16
5.5 Erhebung der Daten	17
5.6 Auswertung der Daten	18
5.7 Ergebnisse	21
6 Diskussion	29

7	Fazit und Ausblick	33
	Literaturverzeichnis	IV
	Gesetzesverzeichnis	VIII
	Anhangsverzeichnis	IX
	Eidesstattliche Erklärung	XLII

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Ausländische Pflegekräfte in Deutschland nach Staatsangehörigkeit Stand: 2013 (vgl. Schreck 2017, S. 26)	4
Abbildung 2 Anträge zu bundesrechtlich geregelten Berufen: Nichtakademische Gesundheitsfachberufe nach Ausbildungsstaat (kategorisiert) 2015 bis 2018 (absolut und in Prozent). (vgl. Bericht zum Anerkennungsgesetz 2019, S. 41).....	5
Abbildung 3 Zentrale Prinzipien qualitativen Forschens (eigene Darstellung). (vgl. Misoch 2019, S. 51)	15
Abbildung 4 Ablaufmodell Inhaltliche Strukturierung nach Mayring (eigene Darstellung) (vgl. Mayring 2015, S.104)	21

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Haupt- und Unterkategorien (eigene Darstellung).....	19
Tabelle 2 Übersicht über die Interviewpartner*innen (eigene Darstellung).....	22

Abkürzungsverzeichnis

BA	Bundesagentur für Arbeit
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
DKI	Deutsches Krankenhaus Institut
EU	Europäische Union
EURES	European Employment Services
FEN	Foreign Educated Nurses
GIZ	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit
WHO	World Health Organisation
ZAV	Zentrale Auslands- und Fachvermittlung

1 Einleitung

In der Bundesrepublik Deutschland herrscht ein Fachkräftemangel im Gesundheitswesen, insbesondere in der Pflege. Diese Erkenntnis hat mittlerweile sowohl die Krankenhausbetreiber als auch die Politik und die Bevölkerung erreicht. Laut der Fachkräfteengpassanalyse der Bundesagentur für Arbeit gehört der Beruf der Gesundheits- und Krankenpfleger*in in fast allen Bundesländern zu den sogenannten Mangelberufen (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2019a). Die Gründe hierfür sind sehr vielschichtig. Mit Einführung des Fallpauschalensystems 2002 wurden innerhalb von fünf Jahren die Zahl der Pflegestellen¹ in den Kliniken um mehr als 10% reduziert. Zwar steigen die Zahlen in den letzten Jahren wieder deutlich an, haben aber gerade den Ausgangswert wieder erreicht. Daraus resultierend hat sich die Arbeitsbelastung der Pflegekräfte deutlich erhöht und den Beruf immer weniger attraktiv werden lassen. Auch sind vermehrt Pflegekräfte aus dem Beruf abgewandert, da sie auf der einen Seite keinen Arbeitsplatz mehr fanden und andererseits dieser erhöhten Arbeitsbelastung entgehen wollten (vgl. Simon 2019, S. 220 ff). Des Weiteren steigt der Bedarf an qualifizierten Pflegeleistungen immer mehr an. Gründe dafür sind einerseits der demografische Wandel in der deutschen Gesellschaft, andererseits aber auch der medizinische Fortschritt. Hierdurch kommt es in Deutschland zu immer mehr chronisch kranken und hochbetagten Menschen, die ambulant und stationär pflegerisch versorgt werden müssen. Die Anzahl der Pflegebedürftigen hat sich in den letzten Jahren stetig erhöht und wird nach statistischen Vorausberechnungen auch in Zukunft steigen (Statistisches Bundesamt 2018). Die Versorgung, sowohl medizinisch als auch pflegerisch, wird somit immer komplexer und aufwendiger. Laut einer prognostischen Berechnung des Bundesamts für Statistik werden im Jahr 2025 rund 152.000 Pflegekräfte fehlen (vgl. Afentakis/Maier 2010, S. 998). Diese zu erwartende Versorgungslücke stellt eine Herausforderung für die künftige Fachkräftesicherung dar. Sie wird verschärft durch die Tatsache, dass bereits jetzt ein bundesweiter Mangel bei examiniertem Fachpersonal in der Alten- und Krankenpflege herrscht (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2019a).

Dieser Problematik müssen sich sowohl die Arbeitgeber als auch die Politik stellen. Die derzeitige Bundesregierung, insbesondere das Bundesgesundheitsministerium hat daher das Thema Pflege zu einem der Kernthemen in dieser Legislaturperiode ernannt. Gemeinschaftlich durch das Bundesgesundheits-, das Bundesfamilien- und das Bundesarbeitsministerium wurde die „Konzertierte Aktion Pflege“ ins Leben gerufen. Ziel dieser

¹ Vollzeitäquivalente

Aktion ist es, eine schnelle und spürbare Verbesserung der Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte zu erreichen. Unter einem breiten Dachgremium aus den Ministerien, Ländergremien, Krankenkassen sowie Fach-, Wohlfahrts- und Berufsverbänden wurden 5 Arbeitsgruppen mit den Themen: 1. „Ausbildungsoffensive“, 2. „Personalmanagement, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung“, 3. „Innovative Versorgungsansätze und Digitalisierung“, 4. „Pflegekräfte aus dem Ausland“ und 5. „Entlohnungsbedingungen in der Pflege“ gebildet (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2019, S. 5). Der Schwerpunkt der Arbeitsgruppe 4 liegt in der Gewinnung von ausländischen Pflegefachkräften aus der Europäischen Union sowie aus Drittstaaten. Es wurden Maßnahmen entwickelt, die die Rahmenbedingungen für die Beschäftigung von ausländischen Pflegefachkräften verbessern sollen, sodass die Einrichtungsbetreiber bei der Rekrutierung besser unterstützt werden, Berufsankennung und Aufenthalts- und Arbeitserlaubnis erleichtert und somit eine qualitativ hochwertige Patient*innenversorgung gewährleistet wird (ebd. S. 133).

Der gestiegene Bedarf an qualifizierten Fachkräften wirkt sich auch im besonderen Maße auf die Intensivpflege aus und hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Zurzeit können 75% aller Kliniken ab 100 Betten offene Stellen in der Intensivpflege nicht besetzen (vgl. Blum et al. 2019, S. 33). Im Vergleich dazu hatten im Jahr 2016 noch ca. 50% und 2011 ca. 30% der Krankenhäuser Stellenbesetzungsprobleme in der Intensivpflege. Rechnet man diese Zahlen hoch, so blieben bundesweit 4.700 Vollzeitstellen in der Intensivstellen vakant, dies entspricht einem Anteil von 7% (ebd.). Die seit Anfang 2019 geltenden Personaluntergrenzen (PpUGV 2018), laut denen auf Intensivstationen am Tag eine Pflegekraft 2,5 und in der Nacht 3,5 Patient*innen versorgen soll, verschärfen derzeit den Mangel noch zusätzlich. Nach einer Analyse des ersten Quartals 2019 durch das Deutsche Krankenhaus Institut (DKI) haben 37% aller Kliniken Intensivbetten gesperrt, um die Untergrenzen einhalten zu können, weitere 6% planen dies konkret in naher Zukunft (vgl. Blum et al. 2019, S. 17). Es liegt daher nahe, auch in der Intensivpflege internationale Pflegefachkräften einzusetzen, als eine Möglichkeit dem Fachkräftemangel entgegen zu wirken. Allerdings machen noch vergleichsweise wenige Kliniken davon Gebrauch, lediglich 11% der Krankenhäuser gaben 2016 an, gezielt Pflegekräfte aus dem Ausland für die Intensivpflege zu rekrutieren (vgl. Blum et al. 2019, S. 58).

In der vorliegenden Arbeit soll herausgearbeitet werden, welche Herausforderungen und Chancen bestehen, wenn ausländische Pflegefachkräfte im Intensivpflegebereich eingesetzt werden. Daher soll folgende Forschungsfrage beantwortet werden:

Welche Faktoren hemmen oder fördern den erfolgreichen Einsatz von im Ausland qualifizierten Pflegefachkräften auf deutschen Intensivstationen?

Um sich diesem Bereich zu nähern, werden zunächst der theoretische Hintergrund zur Geschichte der Arbeitsmigration in Deutschland sowie die notwendigen rechtlichen Zugangsbedingungen erläutert. Im weiteren Verlauf werden auf Grundlage der vorhandenen Literatur die Erfahrungen und Probleme von Arbeitsmigrant*innen in der Pflege sowohl in Deutschland als auch auf internationaler Ebene analysiert. Des Weiteren geht die Autorin auf die besonderen Arbeitsbedingungen und allgemeinen Problematiken bezüglich der Einarbeitung neuer Mitarbeiter*innen auf Intensivstationen ein.

Um einen Praxisbezug herzustellen werden anhand einer exemplarischen qualitativen Untersuchung ausländische Pflegefachkräfte zu ihren Erfahrungen über ihre Ankunfts- und Einarbeitungszeit auf einer Hamburger Intensivstation befragt. In der anschließenden Diskussion werden die Ergebnisse der Befragung mit den Ergebnissen der Literatur in Bezug gesetzt. Im letzten Kapitel wird vor dem Hintergrund der gewonnen Erkenntnisse ein Fazit gezogen und versucht die Forschungsfrage zu beantworten.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Arbeitsmigration in der Pflege in Deutschland: Definition und Hintergrund

Definition Arbeitsmigration

Der Begriff Arbeitsmigration bezeichnet grundsätzlich die Wanderung (lat. migratio) von Menschen mit dem Zweck, in einem anderen Land eine Erwerbstätigkeit aufzunehmen. Die Motivation dieser Menschen kann mit dem Modell der Push- und Pullfaktoren erklärt werden. Als Pushfaktoren werden diejenigen Bedingungen gefasst, die zu einem Verlassen des Herkunftslands führen. Im Gegenzug werden die Bedingungen als Pullfaktoren bezeichnet, die Anreize beziehungsweise Anziehungsfaktoren bilden in ein Land einzuwandern (vgl. Han 2016, S. 14). Als einer der vorherrschenden Pullfaktoren ist die Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen zu nennen.

Ein Großteil der Arbeitsmigrant*innen ist in den Zielländern nicht im qualifizierten Fachkräftebereich, sondern als Helfer*innen im Niedriglohnsektor tätig. Auch im Pflegebereich gibt es einen erheblichen Anteil derer, die ohne eine qualifizierte Ausbildung erwerbstätig sind.

In der Betrachtung der statistischen Zahlen ist es daher nicht einfach zu differenzieren, ob es sich um ausländische Pflegefachkräfte oder um Hilfspersonal handelt.

Im weiteren Verlauf der vorliegenden Arbeit sollen hauptsächlich Pflegefachkräfte betrachtet werden, die eine qualifizierte Ausbildung im Ausland erworben haben. Daher

werden die Begriffe Arbeitsmigration und Arbeitsmigrant*innen in der Pflege bei Bedarf mit den Worten „qualifizierte“ oder „ausgebildete“ ergänzt.

Entwicklung der Arbeitsmigration in der Pflege bis heute

Die Idee mit Pflegefachkräften aus dem Ausland dem Mangel an Fachkräften in Deutschland zu begegnen ist nicht neu. Bereits seit den 1950er Jahren gab es Initiativen, um gezielt Gesundheitsfachkräfte aus dem Ausland - hauptsächlich aus dem asiatischen Raum – für deutsche Kliniken anzuwerben. Südkorea war hier das Land aus dem die meisten Pflegefachkräfte, mehrheitlich Frauen, rekrutiert wurden. Bis zum Anwerberstopp im Jahr 1978 kamen etwa 10.000 Koreanerinnen in die Bundesrepublik Deutschland (vgl. Friedrich-Ebert-Stiftung et al. 2016, S. 5). Weiter gab es in den 1990er Jahren – unter anderem bedingt durch die Kriege auf dem Balkan – einen Zuzug von Pflegekräften aus dem ehemaligen Jugoslawien nach Deutschland. Ebenfalls in dieser Zeit kam - aufgrund von Spätaussiedlungen - ein Großteil der ausländischen Pflegefachkräfte aus den Ländern der ehemaligen Sowjetunion sowie Osteuropas.

Auch jetzt stellen die Arbeitsmigrant*innen aus den östlichen Staaten der Europäischen Union (EU) nach der Erweiterung im Jahr 2004 die größte Gruppe der nach Deutschland zugezogenen Pflegekräfte dar (vgl. Afentakis/Maier 2013, S. 1077). Dies ist in Abbildung 1 zur Verdeutlichung dargestellt.

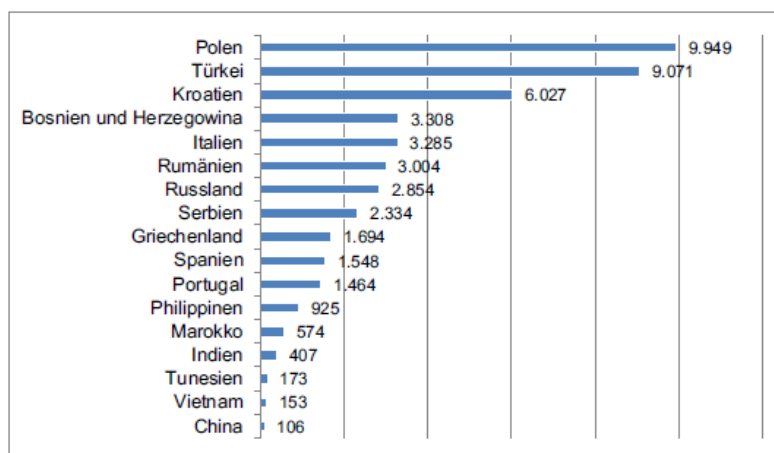


Abbildung 1 Ausländische Pflegekräfte in Deutschland nach Staatsangehörigkeit Stand:2013 (vgl. Schreck 2017, S. 26)

Nachdem in den letzten 15 Jahren die Zuwanderung von Arbeitsmigrant*innen im Pflegebereich kontinuierlich rückläufig war, steigen die Zahlen in den letzten 5 Jahren erstmals wieder an. Im Zuge der bundesdeutschen Umsetzung des europäischen Freizügigkeitsabkommens (FreizügG/EU) von 2004 ist eine Arbeitsmigration nach Deutschland für EU Bürger*innen interessanter geworden. Der Anteil von sozialversicherungspflichtig

Beschäftigten Ausländern in der Altenpflege hat sich von 2014 bis 2018 von 8% auf 12% (71.000 Beschäftigte), in der Gesundheits- und Krankenpflege von 5% auf 7% (80.000 Beschäftigte) erhöht (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2019b, S. 8).

Eine weitere Möglichkeit sich den Zahlen der neu migrierten Pflegefachkräften anzunähern, ist eine Betrachtung der Anträge zur Berufsankennung. Der Bericht zum Anerkennungsgesetz von 2019 zeigt, dass das Interesse im Bereich der Gesundheitsfachberufe sehr hoch ist. Abbildung 2 verdeutlicht, dass vor Allem die Zahl der Anträge aus Drittstaaten deutlich zugenommen hat. Die größte Nachfrage verzeichnete 2018 die Gesundheits- und Krankenpflege mit knapp 80% aller gemeldeten Anträge (vgl. Bericht zum Anerkennungsgesetz 2019, S. 41).

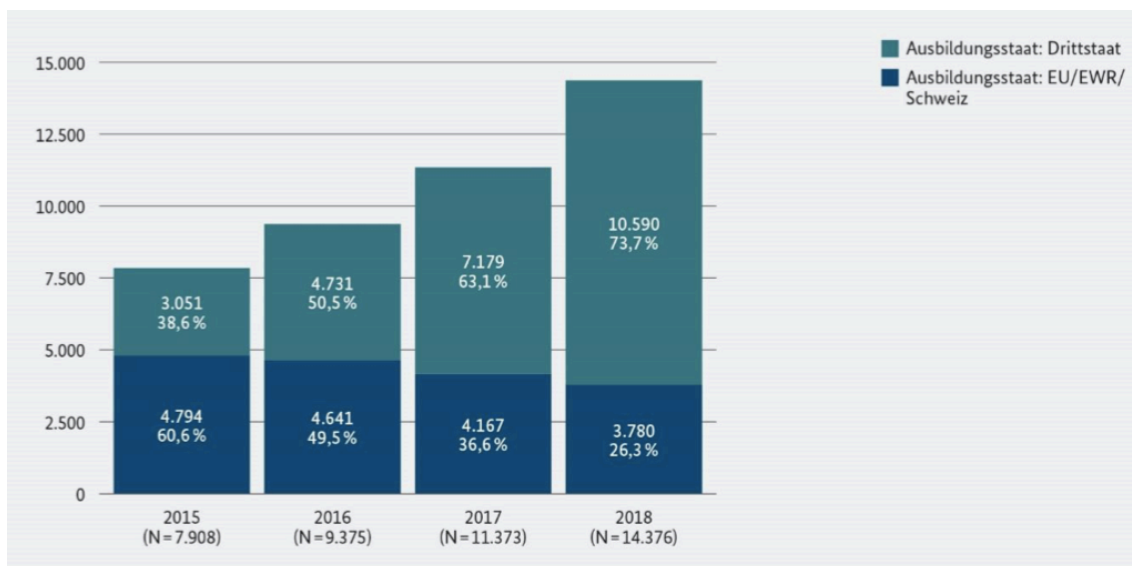


Abbildung 2 Anträge zu bundesrechtlich geregelten Berufen: Nichtakademische Gesundheitsfachberufe nach Ausbildungsstaat (kategorisiert) 2015 bis 2018 (absolut und in Prozent). (vgl. Bericht zum Anerkennungsgesetz 2019, S. 41)

Eine Berechnung, wie viele ausländische Pflegefachpersonen in den Kliniken auf einer Intensivstation eingesetzt werden existieren zum jetzigen Zeitpunkt jedoch nicht.

2.2 Ausgewählte Projekte zur Anwerbung von qualifizierten Arbeitsmigrant*innen in der Pflege

Zur gezielten Anwerbung ausländischer Pflegefachkräfte wurden mehrere staatlich unterstützte Projekte ins Leben gerufen. Im Folgenden wird eine Auswahl dieser Projekte vorgestellt.

Eines der ersten Projekte stellte die 2013 ins Leben gerufene Bundesinitiative MobiProEU dar. Mit Unterstützung dieses Projekts sollten junge Fachkräfte im Alter von

18 bis 35 Jahren, die in einem EU-Mitgliedsstaat als arbeitslos gemeldet waren und in Deutschland in einem Engpassberuf eine Arbeit aufnehmen wollten, gewonnen werden. Das Programm hat die Kosten für Sprachkurse, Umzüge und Anerkennungsverfahren für die Teilnehmer*innen übernommen. Es stand sowohl staatlichen als auch privatwirtschaftlichen Arbeitgebern als Projektträger offen (vgl. Pütz et al. 2019, S. 39).

Auch die Zentrale Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) als eine Einrichtung der Bundesagentur für Arbeit (BA) unterstützt die Anwerbung von ausländischen Fachkräften. Ein Schwerpunkt der Arbeit der ZAV liegt ebenfalls auf der Vermittlung von Pflegefachkräften aus dem EU Ausland. Die ZAV arbeitet dabei mit dem Netzwerk EURES (European Employment Services) zusammen, um schnell Kontakte zu den jeweiligen Partnerverwaltungen der Länder herstellen zu können. Weiter organisiert die ZAV Informationsveranstaltungen im europäischen Ausland, um über die Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie Arbeitsmöglichkeiten im Pflegebereich in Deutschland aufzuklären (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2019c; Schreck 2017, S. 30)

Ein weiteres Projekt zur Gewinnung von ausländischen Pflegefachkräften ist das Pilotprojekt Triple Win, das 2013 gemeinsam von der ZAV und der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) initiiert wurde (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2019d, S. 4). Ziel dieser Kooperation ist es Krankenpflegekräfte bedarfsgerecht aus geeigneten Drittstaaten zu gewinnen und im gesamten Integrationsprozess zu begleiten. Das Projekt wurde in Kooperation mit den Arbeitsverwaltungen der Länder Bosnien-Herzegowina, Serbien, Tunesien und den Philippinen begonnen. Für die Bewerbungsverfahren vor Ort sind die jeweiligen Arbeitsverwaltungen der Partnerländer zuständig. Die persönliche, fachliche und sprachliche Eignung wird durch die ZAV ermittelt. Des Weiteren wird der Prozess der sprachlichen und fachlichen Qualifizierung sowie die Begleitung der Berufsanerkennung und der Integration von der GIZ unterstützt. Bis zum Abschluss ihrer Anerkennung können die Pflegekräfte als Pflegehelfer*innen beschäftigt werden (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2019d, S. 5).

2.3 Rechtliche Voraussetzungen zur Anerkennung ausländischer Pflegeabschlüsse

Die Ausübung und Anerkennung der Pflegeberufe ist in Deutschland bundesrechtlich reglementiert. Daher muss jede Pflegefachkraft die ihre qualifizierte Ausbildung im Ausland absolviert hat und in Deutschland als examinierte Fachkraft in der Pflegeversorgung arbeiten will nach den Regeln des Gesetzgebers zugelassen werden. Die einzelnen Regelungen der berufsrechtlichen Anerkennung sind in Teil 4 Abschnitt 1 §40 f. des Pflegeberufgesetzes (PflBG), das zum 01.01.2020 in Kraft getreten ist geregelt. Weiter müssen die in § 2 PflBG geregelten Voraussetzungen für die Erteilung der Erlaubnis zum

Führen der Berufsbezeichnung erfüllt sein. Diese umfassen Nachweise über Zuverlässigkeit, gesundheitliche Eignung und für die Ausübung des Berufs erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache. Was genau unter „erforderlichen Kenntnissen“ zu verstehen ist, wird im Gesetz nicht weiter erläutert und wird auf Bundesländerebene geregelt. In Hamburg wird beispielsweise ein Nachweis des Sprachkompetenzniveaus auf der Stufe B2 verlangt² (vgl. Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz 2020).

*EU Bürger*innen*

Pflegekräfte, die aus den Ländern der EU nach Deutschland migrieren wollen, haben durch das EU Freizügigkeitsgesetz, das seit 2004 gilt, freien Zugang zum deutschen Arbeitsmarkt und damit verbunden ein unbefristetes Aufenthaltsrecht (FreizügG/EU). Des Weiteren wird durch die EU-Berufsanerkennungsrichtlinie (EU-Richtlinie 2005/36/EG 2005) die Gleichwertigkeit bestimmter Ausbildungsinhalte in sogenannten reglementierten Berufen, zu denen auch die Pflegeberufe gehören, garantiert. Somit entfällt eine hier die Einzelfallprüfung und das Anerkennungsverfahren gestaltet sich deutlich kürzer und einfacher als bei nicht EU-Bürger*innen.

*Bürger*innen aus Drittstaaten*

Die Migration von Pflegefachkräften aus Ländern außerhalb der Europäischen Union ist deutlich stärker reglementiert. Mit dem Fachkräfteeinwanderungsgesetz, das zum 1.3.2020 in Kraft tritt, wird qualifizierten Fachkräften der Zuzug nach Deutschland erleichtert. Bislang hatten Fachkräfte aus Drittstaaten nur mit akademischer Ausbildung unbeschränkten Zugang zum deutschen Arbeitsmarkt. Da die Pflegeberufe in Deutschland jedoch hauptsächlich durch eine duale Berufsausbildung qualifiziert werden, fielen die im Ausland erworbenen akademischen Abschlüsse der Pflegefachkräfte nicht unter diese Regelung. Zukünftig können auch Fachkräfte mit einer beruflichen Qualifikation in allen Berufen ein Visum oder einen Aufenthaltstitel zur Beschäftigung erhalten.

Im Zuge des Fachkräftemangels im Pflegebereich wurde jedoch bereits 2013 durch die Beschäftigungsverordnung (BeschV) der vereinfachte Zugang zum Arbeitsmarkt für durch die Bundesagentur für Arbeit ermittelten Engpassberufe, zu denen auch die Pflegefachberufe zählen, ermöglicht. Diese Beschränkung auf Engpassberufe entfällt mit dem neuen Fachkräfteeinwanderungsgesetz (vgl. Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat 2020). Weiter muss in Einzelfallprüfungen die Gleichwertigkeit der im

² Gemäß dem gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens für den Spracherwerb. Dabei entspricht die Stufe B2 der selbständigen Sprachverwendung.

Ausland erworbenen Berufsqualifikation festgestellt werden. Sollte keine Gleichwertigkeit festgestellt werden, müssen Anpassungslehrgänge sowie Eignungs- und Kenntnisprüfungen, die inhaltlich den Abschlussprüfungen der Pflegeberufe ähneln können, durchgeführt werden. Die differenzierte Ausgestaltung ist im Pflegeberufegesetz und in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe geregelt. Ausländische Pflegefachkräfte dürfen schon vor Beginn des Anerkennungsverfahrens nach Deutschland einreisen und bis zur Erteilung der Berufserlaubnis eine Beschäftigung als Pflegehelfer*innen aufnehmen.

2.4 Ethik

Nicht nur in Deutschland fehlen Gesundheitsfachkräfte, sondern weltweit. Laut Hochrechnungen der World Health Organisation (WHO) fehlen weltweit etwa 7,2 Millionen Gesundheitsfachkräfte. Besonders dramatisch ist die Situation in den Entwicklungsländern, allen voran viele Länder Afrikas. Mit einer Abwanderung von ausgebildetem Gesundheitspersonal droht sich die Situation noch zu verschlimmern.

Aus diesem Grund hat die WHO einen ethischen Verhaltenskodex den sogenannten „WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel“ für den Umgang mit internationaler Anwerbung von Gesundheitsfachkräften erarbeitet (vgl. World Health Organisation 2010). Am 21.05.2010 haben sich alle 193 Mitgliedsstaaten der WHO, zu denen auch die Bundesrepublik Deutschland gehört, auf diesen Kodex verständigt. Die WHO hat 57 Staaten identifiziert, die einen kritischen Mangel an Gesundheitsfachkräften aufweisen. Gesundheitsfachkräfte aus diesen Ländern dürfen nicht aktiv rekrutiert werden. Eine Zuwanderung von Pflegepersonal aus diesen Ländern ist nur möglich, wenn das Arbeitsverhältnis durch die Pflegefachkraft selbst initiiert wird. Des Weiteren enthält der Kodex ethische Grundsätze, die bei der internationalen Rekrutierung von Gesundheitspersonal zur Anwendung gelangen sollen. Insbesondere wird den Rechten und Pflichten der Herkunfts- und Zielländer sowie der abwandernden Gesundheitsfachkräfte Rechnung getragen.

3 Erfahrungen von Arbeitsmigrant*innen

Um Erkenntnisse über die Erfahrungen von qualifizierten Arbeitsmigrant*innen im Pflegebereich zu erlangen wurde mittels Literaturrecherche in Google Scholar, den Datenbanken Pubmed und Cinahl sowie im Bibliothekskatalog der HAW nach entsprechenden Studien zu dieser Thematik gesucht. Für Deutschland konnten zwei den Suchkriterien entsprechenden Studien ermittelt werden. Für den internationalen Bereich wurde ein

Review ausgewählt, in das 17 internationale qualitative Studien eingeschlossen und ausgewertet wurden.

3.1 Erfahrungen von Arbeitsmigrant*innen in der Pflege in Deutschland

Es wurden zwei qualitative Studien (vgl. Kumpf et al. 2016; Pütz et al. 2019) gefunden, in denen Interviews mit Pflegefachkräften aus unterschiedlichen Ländern, die neu nach Deutschland migriert sind, durchgeführt wurden. Beide Studien untersuchten die Integrationsprozesse der neu migrierten Pflegefachkräfte in der deutschen Pflegelandschaft mit dem Ziel Aussagen machen zu können, welche Faktoren diese Prozesse fördern oder hemmen können. Folgend werden die zentralen Ergebnisse beider Untersuchungen zusammengefasst. Übergeordnete Dimensionen, die die Integration beeinflussen sind Fachlichkeit und Arbeitsorganisation, Sprachkompetenz, Diskriminierung, kulturelle Unterschiede und die eigene Motivation für die Migration.

Ein Großteil der Befragten empfanden das nicht anerkennen ihrer im Ausland erworbenen akademischen Abschlüsse als eine Abwertung ihrer Fachlichkeit. Dass ihre erlernten Kompetenzen und Verantwortungsbereiche in Deutschland nicht anerkannt werden wurde ebenfalls als Autonomieverlust empfunden. Es herrscht eine Diskrepanz zwischen den mitgebrachten fachlichen Kompetenzen aus den akademisch medizinischen Bereichen und den erwarteten Kompetenzen beispielsweise der Durchführung der Körperpflege. Diese fiel bei vielen Befragten nicht in den pflegefachlichen Verantwortungsbereich und wurde zum Teil als unterfordernd beschrieben. Es ließ sich jedoch ein Unterschied zwischen jüngeren unerfahrenen und älteren berufserfahrenen neu migrierten Pflegekräften feststellen. Während die erfahrenen Pflegekräfte den beschriebenen Autonomieverlust als Schwächung ihrer Rolle und Beschränkung ihrer Gestaltungsmöglichkeiten beschrieben, stellten die jüngeren Pflegekräfte die geforderten Anpassungen als Herausforderung dar und zeigten eine positive Bereitschaft ihre Fachlichkeit durch Lernen von Neuem zu erweitern (vgl. Pütz et al. 2019, S. 157; Kumpf et al. 2016, S. 610). Ein weiterer bedeutsamer Aspekt waren die Sprachkompetenzen der neu migrierten Pflegekräfte. Fehlende Sprachkenntnisse waren für alle Befragten am Anfang eine große Belastung und Herausforderung im Arbeitsalltag. Falsch verstandene Anordnungen oder Fragen könnten zu Missverständnissen und Fehlverhalten führen, im schlimmsten Fall zu einer Schädigung von Patient*innen. Dieser Gefahr waren sich die Befragten sehr bewusst (vgl. Kumpf et al. 2016, S. 611). Allerdings schien der Kontakt und Vertrauensaufbau mit Patient*innen auch mit weniger guten Sprachkenntnissen kein größeres Problem darzustellen (ebd.). Die neu migrierten Pflegekräfte mussten einen doppelten Spracherwerb leisten. Einerseits benötigten sie die für die Kommunikation mit

Patient*innen und Mitarbeiter*innen notwendige Alltagssprache mussten aber gleichzeitig auch die Fachsprache beherrschen (vgl. Pütz et al. 2019, S. 178). Nicht selten waren diese Anforderungen auch psychisch sehr belastend. Vor Allem wenn es keine betriebliche Unterstützung zum Spracherwerb gab vergrößerte sich das Gefühl von Unsicherheit und Frustration (vgl. Kumpf et al. 2016, S. 612). Eine weitere Auswirkung von fehlenden Sprachkenntnissen zeigte sich in einem verstärkten Hierarchiegefälle zwischen etablierten und neu migrierten Pflegekräften. Aufgrund von Verständigungsproblemen wurden relevante Informationen zum Arbeitsalltag von den etablierten Pflegekräften zurückgehalten und trugen so zu Isolation und Abwertung bei (vgl. Pütz et al. 2019, S. 158). Des Weiteren wurde mangelnde Sprachkompetenz von den etablierten Pflegekräften häufig als fehlende Fachkompetenz dargestellt, so erfuhren die neu migrierten Pflegekräfte auch hierdurch eine Abwertung ihrer Fachlichkeit (vgl. Kumpf et al. 2016, S. 612). Die Mehrheit der Befragten hat Diskriminierung an ihrem Arbeitsplatz erlebt, hauptsächlich durch verbale Äußerungen von Patient*innen. Es hat ihnen sehr geholfen, wenn sie in diesen Situationen Unterstützung von Kolleg*innen oder Vorgesetzten bekamen. War dies allerdings nicht der Fall, so haben diese diskriminierenden Erlebnisse die neu migrierten Pflegekräfte stark belastet (ebd.). Diskriminierung durch Kolleg*innen wird vor Allem durch fehlende Sprachkenntnisse empfunden. Allerdings gab die Mehrzahl der Interviewten an, niemals Diskriminierung durch Kolleg*innen erfahren zu haben.

Je größer die kulturelle oder auch religiöse Diskrepanz zwischen dem Heimatland und Deutschland ist, desto schwieriger gestaltete sich der Integrations- und Anpassungsprozess der neu migrierten Pflegekräfte. Besonders das Überschreiten von intimen Grenzen im Rahmen der Körperpflege stellt für einige eine große Herausforderung dar. Es zeigte sich jedoch eine große Bereitschaft, sich an die neuen kulturellen Gegebenheiten anzupassen, um erfolgreich in Deutschland im Pflegeberuf arbeiten zu können (vgl. Kumpf et al. 2016, S. 611).

Gründe für die Arbeitsmigration der Befragten waren einerseits die Verbesserung ihrer persönlichen wirtschaftlichen Situation (vgl. Kumpf et al. 2016, S. 610) andererseits zeigte sich eine besonders hohe Mobilitätsbereitschaft bei Migrant*innen, die bereits eigene Migrationserfahrungen gemacht haben oder die familiäre Migrationsmuster aufwiesen (vgl. Pütz et al. 2019, S. 158).

3.2 Erfahrungen von Arbeitsmigrant*innen in der Pflege international

Ziel der Übersichtsarbeit von Viken et al. (2018) war anhand von qualitativen Forschungsergebnissen Erkenntnisse über die Erfahrungen von im Ausland ausgebildeten Pflegefachkräften zu erlangen und diese Ergebnisse in Bezug zur Patientensicherheit

zu setzen. Die Befragten in den 17 eingeschlossenen Studien gehörten vielen verschiedenen Nationalitäten an, überwiegend jedoch aus dem asiatischen und afrikanischen Raum. Sie waren vorwiegend in den Ländern USA, Großbritannien, Island, Australien und Saudi-Arabien tätig. Obwohl die Erfahrungen durch unterschiedliche Herkunfts- und Zielländer zum Teil recht stark variierten, konnten auch deutliche Übereinstimmungen gefunden werden. Aus diesen Übereinstimmungen wurden die Kategorien „Einsamkeit und Diskriminierung“, „Kommunikationsbarrieren“, „Umgang mit arbeitsbedingtem Stress“ und „Rollenunsicherheit und Entscheidungsschwierigkeiten“ differenziert (vgl. Viken et al. 2018, S. 458). Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse dieser Kategorien dargestellt.

Für einen Großteil der FEN (Foreign Educated Nurses) führte die Migration in ein anderes Land zu Gefühlen von Einsamkeit und Diskriminierung. Vor Allem der Unterschied zwischen dem eigenen kulturellen Hintergrund und der Kultur im neuen Land machte ihnen große Schwierigkeiten. Sie empfanden die Gesprächsthemen der etablierten Pflegekräfte als uninteressant und hatten andere soziale Aktivitäten. Außerdem erlebten sie häufig Diskriminierung von Kolleg*innen und Patient*innen. Beispielsweise bekamen sie die schwerste Arbeit zugewiesen, damit sie sich erstmal „beweisen“ sollten. Des Weiteren beschrieben sie, dass sie bei Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen übergangen und stattdessen etablierte Pflegekräfte ausgewählt wurden. Trotzdem zeigten die FEN sehr viel Stärke, Widerstandskraft und Motivation, die Herausforderungen in dem neuen Land zu meistern und sich zu etablieren (vgl. Viken et al. 2018, S. 458).

Eine weitere große Hürde stellten Kommunikationsschwierigkeiten aufgrund von fehlenden Sprachkenntnissen und unterschiedliche Kommunikationsstile dar. Mangelnde Sprachkompetenz machte die FEN ängstlich, unsicher und gestresst. Sie hatten Angst davor durch Verständigungsprobleme Fehler zu machen und damit die Qualität der Patient*innensicherheit nicht gewährleisten zu können. Durch die fehlende Kenntnis der im Land üblichen Kommunikationsstile waren sie unsicher im Gespräch mit Patient*innen und Kolleg*innen. Der Wunsch und die Motivation die Sprache sowohl fachlich als auch kulturell zu erlernen war bei den FEN sehr groß (ebd. S. 463). Ein bedeutsamer Stressfaktor war neben den beschriebenen Kommunikationsschwierigkeiten eine unerwartete ungewohnte Pflegepraxis, die sich durch unbekannte technische Gegebenheiten, unbekannte Pflegetechniken sowie einer erweiterten pflegerischen Verantwortung darstellte und die sich häufig erheblich von der gewohnten Pflegepraxis im Heimatland unterschied. Die FEN fühlten sich im Vorfeld auf diese Situation nicht gut vorbereitet. Als ein weiterer Stressfaktor wurden auch die etablierten Kolleg*innen benannt, die die FEN

kritisierten und ihre Unerfahrenheit mit dem neuen System einer Inkompetenz gleichsetzten. Viele der neu immigrierten Pflegekräfte hatten zudem kaum Erfahrungen mit anderen Kulturen und empfanden daher die Arbeit in multikulturellen Teams als sehr stressig. Geholfen hat es ihnen, wenn sie Unterstützung von Kolleg*innen ihrer eigenen Nationalität erhielten. Weiterhin konnten die FEN deutlich schneller Selbstvertrauen aufbauen, wenn sie eine eindeutige Unterstützung von Kolleg*innen und Vorgesetzten erhielten. Dieses Selbstvertrauen half ihnen anschließend bei der Bewältigung von arbeitsbedingtem Stress (ebd.). Die beruflichen Anforderungen an das pflegerische Rollenverständnis waren für die neu migrierten Pflegekräfte im Zielland häufig höher als in ihren Heimatländern. Im Gegensatz zu ihren Heimatländern mussten sie mehr Verantwortung für die ganzheitliche Versorgung ihrer Patient*innen übernehmen und autonome pflegerische Entscheidungen treffen. Ihre Rolle gegenüber den Ärzt*innen musste sich vom befolgen von Anweisungen zu einer gleichberechtigten Beziehung auf Augenhöhe verändern. Diese höher angesehene, selbstbewusstere Rolle musste von den neu migrierten Pflegefachkräften erst erlernt werden (vgl. Viken et al. 2018, S. 463 f.).

4 Herausforderungen für Pflegende auf Intensivstationen

Die Anforderungen an die Pflegekräfte auf den Intensivstationen sind hoch und in den letzten Jahren immer mehr gestiegen. Dies resultiert zum einen aus den sich schnell verändernden und immer aufwendiger werdenden Behandlungsstrategien, zum anderen aber aus den gestiegenen Fallzahlen von immer mehr schwerstkranken Patient*innen (vgl. Isfort et al. 2012, S. 5). Beispielsweise hat sich die Anzahl der beatmungspflichtigen Patient*innen von 2004 bis 2017 um etwa 33% erhöht (vgl. Statistisches Bundesamt 2004, S. 67, vgl. 2017, S. 68). Die Arbeit auf der Intensivstation erfordert von den Intensivpflegenden daher ein hohes Maß an Fachwissen, um die komplexe intensivmedizinische Versorgung und die damit einhergehenden intensivmedizinischen Therapien mit einer hohen Versorgungsqualität durchführen zu können. Im Rahmen dieser Versorgung übernehmen die Pflegenden laut dem Pflgethermometer 2012 auch immer mehr eigenverantwortlich Tätigkeiten aus dem medizinischen Bereich. Die Studie zeigte, dass z.B. die kurzzeitige Regulierung von kreislaufwirksamen Medikamenten wie Katecholaminen³ von 84% sowie die Steuerung der Sedierung von 90% der Befragten selbständig

³ Unter Katecholaminen versteht man Medikamente wie Adrenalin und Noradrenalin. Sie steigern die Herzfrequenz, die Kontraktionskraft des Herzens sowie den Blutdruck. Falsch verwendet oder in zu hohen Dosierungen erzeugen sie z.B. Herzrhythmusstörungen und schädigen das Herz (vgl. Larsen et al. 2016, S. 619).

übernommen wird (vgl. Isfort et al. 2012, S. 10). „Für die Übernahme dieser Leistungen ist ein profundes Hintergrundwissen sowie besondere Erfahrung entscheidend, um auch die Folgen der Regulierung abschätzen zu können [...]“ (Isfort et al. 2012, S. 10). Neben diesen notwendigen fachlichen Kompetenzen müssen die Pflegenden auch über gute Fähigkeiten der Arbeitsorganisation verfügen, um in der immer größer werdenden Leistungsverdichtung des Arbeitsalltag ihre Tätigkeiten sinnvoll und angemessen priorisieren zu können. Des Weiteren ist es notwendig, dass die Intensivpflegenden über sehr gute kommunikative Kompetenzen verfügen. Die Kommunikation nimmt auf der Intensivstation auf mehreren Ebenen eine Schlüsselrolle ein (vgl. Heer/Kluge 2012, S. 2). Eine Ebene ist die Kommunikation mit Patient*innen und ihren Angehörigen. Sie befinden sich in einer körperlich und psychisch sehr belastenden, existentiell bedrohten Lebenssituation und benötigen permanent empathische, informative und offene Gespräche mit den Pflegenden. Diese können Ängste und Unsicherheiten sowie Folgeerscheinungen des Intensivaufenthalts, wie ein Delir⁴ oder posttraumatische Belastungsstörungen, vermindern (ebd.). Eine weitere Ebene ist die Kommunikation im Team. Sowohl zwischen den pflegerischen Kollegen als auch zwischen Pflegenden und Ärzten ist ein ständiger Austausch von Informationen notwendig, um die Patient*innenversorgung sicherzustellen. Eine mangelhafte Kommunikation beispielsweise bei Übergaben, bezüglich eines veränderten Patient*innenzustands oder in Notfallsituationen kann zu einer Gefährdung der Patient*innensicherheit oder im schlimmsten Fall zu schwerwiegenden Behandlungsfehlern führen (ebd. S. 4f.). Eine weitere Herausforderung für das Pflegepersonal auf der Intensivstation ist die psychische Belastung. Die Schwere der Erkrankungen und die damit verbundene hohe Sterblichkeitsrate der Patient*innen aber auch das eigene Verständnis über die Angemessenheit der durchgeführten Behandlungen führen gepaart mit der hohen Arbeitsbelastung und personeller Unterbesetzung nicht selten zu psychischen Belastungssituationen, die in Arbeitsunfähigkeit bis hin zum Berufsaustieg münden können. Die Pflegenden müssen daher Bewältigungsstrategien entwickeln, um diesen Belastungen entgegenwirken zu können. Dabei können eine gefestigte Rolle im Team und eine kollegiale Gesprächskultur hilfreich sein.

⁴ Das Delir ist eine akute Störung der Aufmerksamkeit und des Bewusstseins mit fluktuierendem Verlauf und kognitiven Funktionsstörungen sowie Störungen der Psychomotorik, des Schlaf-Wach Rhythmus und affektiven Störungen (vgl. DIMDI - ICD-10-GM Version 2020). Es stellt mit einer Inzidenz von bis zu 80% die häufigste psychiatrische Erkrankung bei Intensivpatient*innen dar (vgl. Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI)/Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) 2015).

Für Berufseinsteiger*innen in der Intensivpflege bedeutet das, dass sie all diese beschriebenen Anforderungen in einem relativ kurzen Zeitraum erlernen müssen, mit dem Ziel, die Patient*innenversorgung mit hoher Qualität selbständig übernehmen zu können. Daher ist eine strukturierte, an die Bedürfnisse und den Ausbildungsstand der neuen Mitarbeiter*innen angepasste Einarbeitung unabdingbar.

5 Exemplarische qualitative Untersuchung zum Einsatz ausländischer Pflegefachkräfte auf einer deutschen Intensivstation

5.1 Beschreibung und Begründung der qualitativen Methode

Zu den Erfahrungen von im Ausland qualifizierten Arbeitsmigrant*innen auf deutschen Intensivstationen konnten für Deutschland keine Studien identifiziert werden.

Um aber Erkenntnisse über das Erleben der Anfangszeit von neuen Mitarbeiter*innen aus dem Ausland auf einer deutschen Intensivstation zu erlangen wurde eine qualitative Untersuchung auf einer Hamburger Intensivstation durchgeführt. Des Weiteren sollte diese Untersuchung exemplarisch aufzeigen, welche Bedingungen und Strukturen sich positiv oder negativ auf die Einarbeitung der neuen Mitarbeiter*innen auswirkten sowie das Erleben der Ankunftszeit der neuen migrierten Pflegekräfte verstanden werden.

Im Zentrum der qualitativen Forschung steht das Individuum, welches als ganzheitliches Wesen betrachtet wird. Im Fokus stehen daher die differenzierte Analyse von bestimmten sozialen Phänomenen und subjektiven Erfahrungen eines Individuums, das durch seine individuelle Lebenswelt geprägt ist. Die Forscher*innen gehen hierbei - im Gegensatz zur quantitativen Forschung - zumeist induktiv vor und gelangen durch Schlussfolgerungen aus einzelnen Fällen zu allgemeinen Theorien. Mit diesem Forschungsansatz sollen subjektive Wirklichkeiten, Sinnkonstruktionen und Alltagstheorien untersucht, Lebenswelten beschrieben sowie Sichtweisen und Motive analysiert werden. Zielführend sollte dabei sein, dass diese nicht nur beschrieben, sondern nachvollziehbar und verstanden werden, sodass sich eine gewisse inhaltliche Repräsentativität ableiten lässt (vgl. Misoch 2019, S. 26).

Um die oben genannten Ziele zu erreichen werden neun zentrale Prinzipien qualitativen Forschens beschrieben Sie sollten im Forschungsprozess die Basis bilden, um geforderten Wertmaßstäben zu entsprechen. Diese zentralen Prinzipien werden folgend in Abbildung 3 dargestellt.



Abbildung 3 Zentrale Prinzipien qualitativen Forschens (eigene Darstellung). (vgl. Misoch 2019, S. 51)

Aus der Abbildung ist ersichtlich, dass die Kommunikation als eines der Kernelemente qualitativen Forschens gilt. Dieses Element ist vor allem dann entscheidend, wenn Phänomene mithilfe von Interviews untersucht werden. In der vorliegenden Untersuchung stand die Erlebnisswelt der neu migrierten Mitarbeiter*innen auf einer Intensivstation im Mittelpunkt. Aus diesem Grund hat sich die Autorin für die Durchführung von halbstrukturierten leitfadengestützten Einzelinterviews entschieden.

5.2 Fragestellung

Die im Rahmen der vorliegenden Untersuchung zu beantwortenden Fragen lauten:

Wie erleben ausländische Pflegefachkräfte ihre Anfangszeit auf einer deutschen Intensivstation?

Was hat ihnen Probleme bereitet und was hat ihnen geholfen sich einzuarbeiten und zurecht zu finden?

5.3 Feldzugang und Auswahl der Stichprobe

Die Autorin arbeitet selbst auf einer Intensivstation einer Hamburger Klinik, die in den letzten drei Jahren vermehrt im Ausland qualifizierte Pflegefachpersonen im Intensivbereich einsetzte. Da es sich um eine exemplarische Untersuchung handelt wurde aufgrund der Einfachheit des Zugangs zu geeigneten Proband*innen diese Klinik als Feld gewählt. Im Vorfeld hat die Autorin in einem persönlichen Gespräch die Einwilligung der Pflegedienstleiterin zu dieser Befragung eingeholt. Da in der Untersuchung weder der Name der Institution noch die der Proband*innen dokumentiert wurden und die Befragungen im außerhalb der Klinik stattfanden, konnte auf ein Einbeziehen des Betriebsrats verzichtet werden. Die Kriterien für die Auswahl der potentiellen Teilnehmer*innen der Befragung waren ausländische Mitarbeiter*innen der Intensivstationen, die ihren pflegefachlichen Berufsabschluss im Ausland erworben haben und seit weniger als zwei Jahren im Intensivbereich in Deutschland arbeiten. Aufgrund dieser Kriterien kamen sechs Mitarbeiter*innen für die Auswahl in Frage. Alle sechs wurden persönlich von der Autorin kontaktiert und mittels eines persönlichen Gesprächs sowie eines ausgehändigten Informationsblatts über die geplante Untersuchung aufgeklärt. Daraufhin haben sich drei Mitarbeiter*innen zur Teilnahme bereit erklärt. Von diesen drei Proband*innen hatte im Heimatland eine Person bereits langjährige Berufserfahrung in der Intensivpflege erworben, die anderen beiden waren lediglich in ihrer Ausbildung in diesem Bereich eingesetzt gewesen.

5.4 Forschungsethik

Die Befragung wurde unter Einhaltung der allgemeinen Prinzipien der Forschungsethik auf der Grundlage des Ethikkodex der Deutschen Gesellschaft für Soziologie (DGS) und des Berufsverbandes Deutscher Soziologinnen und Soziologen (BDS) durchgeführt (vgl. Hopf 2016, S. 195). *„Forschungsethik befasst sich mit der Frage, welche ethisch relevanten Einflüsse die Intervention eines Forschers den Menschen zumuten könnte, mit oder an denen der Forscher forscht. Sie befasst sich zudem mit den Maßnahmen, die zum Schutz der an einer Forschung teilnehmenden Person unternommen werden soll, sofern dieses als notwendig erscheint“* (Schnell 2013, S. 192).

Freiwilligkeit und informierte Einwilligung

Vor Beginn der Befragungen wurden die Teilnehmer*innen mittels eines persönlichen Gesprächs und eines vorab ausgehändigten Informationsschreibens über Inhalt, Zweck und die Freiwilligkeit der Teilnahme an der Befragung informiert. Da alle befragten Teil-

nehmer*innen einen Migrationshintergrund mit zum Teil unterschiedlichen Sprachkompetenzen hatten, stand die Interviewerin für Rückfragen direkt und im Verlauf jederzeit zur Verfügung, um mögliche Verständnisprobleme zeitnah klären zu können. Die Teilnehmer*innen wurden über die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme, die jederzeitige Möglichkeit eines Abbruchs der Befragung und die Anonymisierung ihrer Daten ausführlich aufgeklärt. Des Weiteren wurde von allen Proband*innen eine schriftliche Einwilligung zur Teilnahme eingeholt (vgl. Anhang 3)

Die Sicherung von Anonymität und Vertraulichkeit

Innerhalb der Dokumentation der Befragung wurden sämtliche Angaben zu Personen und Institutionen anonymisiert. Soziodemografische Daten wurden nur in dem für die Befragung relevanten Rahmen erhoben und gespeichert. Die Namen der Befragten wurden nur in der Einwilligungserklärung dokumentiert und verbleiben bei der Autorin.

Die Interviews wurden in Form einer Audiodatei aufgezeichnet und anschließend transkribiert (vgl. Kap. 5.5 Erhebung der Daten). Allen Befragten war es wichtig, dass die elektronische Audiodatei nach der Transkription gelöscht wurde. Sie selbst empfanden ihre Sprachkompetenz als unzureichend und peinlich und wollten daher nicht, dass die Interviews als Hörbeispiel archiviert wurden. Aus dem gleichen Grund wünschten die Befragten eine Korrektur ihrer Sprache von Rechtschreibung und Grammatik in den verschriftlichten Transkripten. Diese Bedenken und Vorbehalte wurden durch die Interviewerin aufgenommen und umgesetzt. Eine entsprechende Klausel ist in die Einwilligungserklärung handschriftlich eingefügt worden. Des Weiteren erfolgte eine Anpassung der Transkriptionsregeln, deren Erstellung im folgenden Kapitel 5.5 ausführlich erläutert wird.

5.5 Erhebung der Daten

Die Datenerhebung erfolgte anhand von halbstrukturierten Leitfadenterviews. Der Leitfaden legt im Interview den thematischen Rahmen fest und dient als „roter Faden“ der Gesprächsführung. Es werden alle relevanten Themenbereiche festgelegt, sodass die ermittelten Daten besser vergleichbar sind (vgl. Misoch 2019, S. 167).

Die inhaltliche Entwicklung des Leitfadens erfolgte auf Grundlage der theoretischen Forschungslage sowie der zuvor festgestellten zu beantwortenden Fragen (vgl. Kap. 5.2.). Hierbei wurde der Leitfaden nach der SPSS Methode, die die Schritte Sammeln, Prüfen, Sortieren und Subsumieren umfasst erstellt (vgl. Helfferich 2005, S. 161) Die Fragen wurden offen formuliert und es wurden zu jeder möglichen Frage mögliche konkretisierende Fragen erstellt, um den Gesprächsfluss aufrechtzuerhalten. Die Reihenfolge der

Fragen wurde im Interview zum Teil flexibel an den Erzählfluss der Interviewpartner*innen angepasst. Der verwendete Leitfaden ist dieser Arbeit in Anhang 2 beigelegt.

Das Subjekt der Untersuchung kommt im Rahmen eines Interviews selbst zur Sprache und wird dadurch zur Expert*in ihres eigenen Bedeutungsgehalts (vgl. Mayring 1999, S. 49). Gleichzeitig sind aber auch die Forschenden selbst Teil der eigenen Untersuchung. Daher ist es von großer Bedeutung, dass sie sich dieser Rolle bewusst sind und sie hinsichtlich der Datenerhebung reflektieren. Die Interviews wurden durch die Autorin dieser Arbeit durchgeführt. Da sie mit den Befragten im selben Arbeitsumfeld tätig ist, kann es hier zu sozial erwünschten Antworten der Befragten kommen.

Die gesamten Interviews wurden zur lückenlosen Dokumentation als digitale Audiodatei aufgezeichnet und gespeichert. Anschließend erfolgte die wortwörtliche Transkription der Audiodateien. Zur Unterstützung wurde die Software MAXQDA2020 benutzt. Die Transkription ermöglicht die Darstellung der gesprochenen Worte eines Interviews in der schriftlichen Form eines Dokuments (vgl. Dresing/Pehl 2017, S. 17). Die Schwierigkeit einer Transkription besteht darin, dass die tatsächliche Gesprächssituation mit ihren verschiedenen Dimensionen nie vollständig wiedergegeben werden kann. Die unterschiedlichen Faktoren wie Gestik und Mimik aber auch Aspekte wie Geruch und Raumsituationen können nicht erfasst werden, selbst wenn eine Feintranskription angewendet wird, die sich sehr an der Lautsprache orientiert. Außerdem machen zu viele Details das Transkript schwer lesbar (ebd.). In einem einfachen Transkriptionssystem wird vor Allem der Inhalt des Gesprächs priorisiert. Ein weiterer Fokus liegt auf der leichten Lesbarkeit des Textes, einer vergleichsweise schnell erlernbaren Technik sowie einer nicht zu zeitaufwendiger Umsetzbarkeit. Für die vorliegende Untersuchung wurde daher ein einfaches Transkriptionssystem gewählt, das einen schnellen Zugang zu den Inhalten der Gespräche ermöglicht (ebd. S. 19). Es wurden Transkriptionsregeln in Anlehnung an Dresing und Pehl (2013) und Kuckartz (2018) erstellt und nach den Bedürfnissen der ausländischen Befragten bezüglich ihrer Sprachkompetenz modifiziert. Die ausgearbeiteten Transkriptionsregeln können in Anhang 4 und die erstellten Transkripte in Anhang 5 bis 7 dieser Arbeit eingesehen werden.

5.6 Auswertung der Daten

Die Auswertung der Daten erfolgte auf Grundlage der strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring. „Die Stärke der qualitativen Inhaltsanalyse liegt in ihrem systematischen, regelgeleiteten Vorgehen [...]“ (Mayring 2015, S. 131). Die Daten wurden mit Unterstützung der Computersoftware MAXQDA2020 ausgewertet. Diese Software eignet sich

zum organisieren und analysieren von mehreren Texten. Kategorien und Unterkategorien können im Text definiert, paraphrasiert und mit Memos versehen werden. Des Weiteren bietet die Software die Möglichkeit die fertiggestellten Dokumente in verschiedene Dateiformate zu exportieren.

Von Mayring (2015, S. 62) wird ein allgemeines analytisches Ablaufmodell beschrieben. Die ersten Schritte dieses Modells sind die Festlegung des Datenmaterials, die Analyse der Entstehungssituation und den formalen Charakteristika des Materials. Anschließend folgt die theoretische Differenzierung der Fragestellung. Diese Schritte sind bereits in Kapitel 5.1 und 5.2 erläutert worden.

Strukturierende Analysen werden anhand ihres Ziels in vier Formen unterteilt. Man unterscheidet die formale, die inhaltliche, die typisierende und die skalierende Strukturierung (vgl. Mayring 2015, S. 99). Im vorliegenden Fall wurde sich für die inhaltliche Strukturierung entschieden, mit dem Ziel bestimmte Themenbereiche, Inhalte und Aspekte des Materials zu identifizieren und zusammenzufassen. Im weiteren Verlauf wurden das Kategoriensystem sowie die Kategorien festgelegt. Die Kategorien wurden erstens deduktiv auf Grundlage der Leitfragen und zweitens induktiv aus dem Material heraus generiert. Des Weiteren wurden zu den Hauptkategorien Unterkategorien gebildet, um diese weiter zu differenzieren. Die einzelnen Kategorien werden zur Verdeutlichung mit Ankerbeispielen⁵ aus den Texten untermauert.

Nach den oben genannten Verfahren wurden 7 Hauptkategorien mit entsprechenden Unterkategorien gebildet, die in Tabelle 1 dargestellt sind.

Tabelle 1 Haupt- und Unterkategorien (eigene Darstellung)

	Hauptkategorie	Unterkategorien
1.	Probleme	Erlebte Anfangszeit Kommunikation - sprachliche Probleme allgemein - Sprachkompetenz jetzt - mit Kollegen Pflege Kollegen Pflege Andere Berufsgruppen
2.	Fachlichkeit	Berufserfahrung Berufserfahrung Intensivstation

⁵ Ankerbeispiele sind Textstellen aus den Interviews, die eine Kategorie beispielhaft verdeutlichen (vgl. Mayring 2015, S. 97)

		Defizite Fachkompetenz Fachliche Integration nach Einarbeitung Nichtanerkennung der Fachlichkeit
3.	Soziale Integration	
4.	Motivation nach Deutschland zu kommen	
5.	Unterschiede zum Heimatland	Gesetzliche Unterschiede Kulturelle Unterschiede Tätigkeiten
6.	Unterstützung	Durch Team Durch Arbeitgeber
7.	Verbesserungen	Einarbeitung Austausch Wünsche

Nach dem Ablaufmodell des Analyseprozesses nach Mayring (2015 S. 104) folgte anschließend die Zusammenfassung der paraphrasierten Inhalte erstens pro Unterkategorie und im zweiten Schritt pro Hauptkategorie. Der Analyseprozess der inhaltlichen Strukturierung ist in Abbildung 3 zur Verdeutlichung dargestellt.

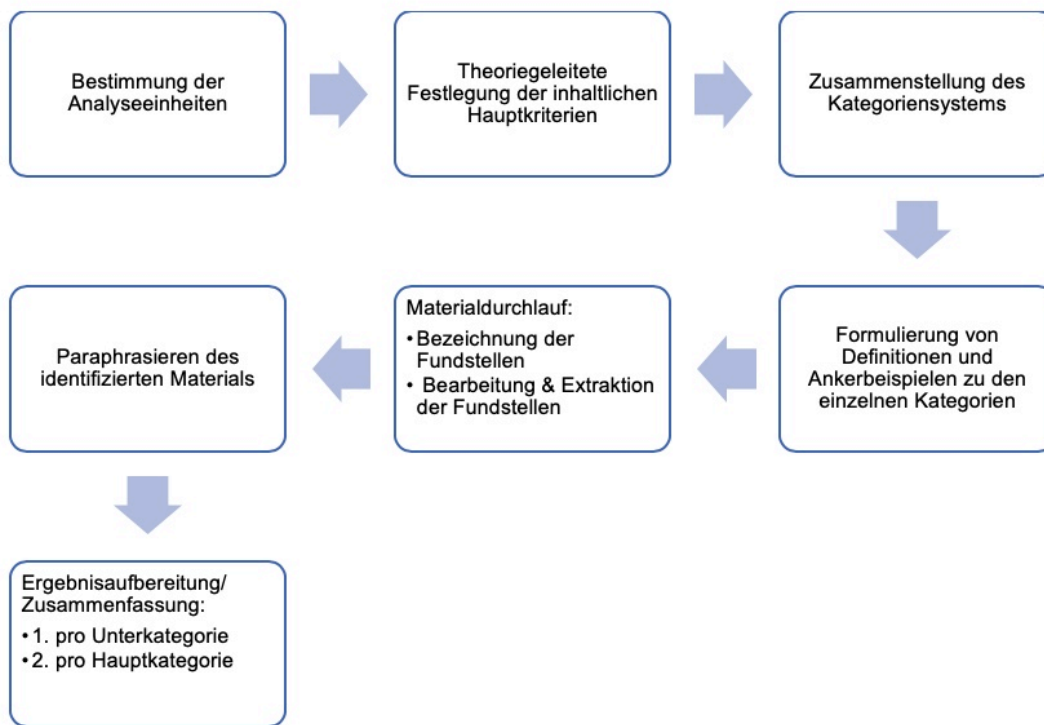


Abbildung 4 Ablaufmodell Inhaltliche Strukturierung nach Mayring (eigene Darstellung)
(vgl. Mayring 2015, S.104)

5.7 Ergebnisse

Im vorliegenden Kapitel werden die Ergebnisse der durchgeführten Befragung und Analyse zusammengefasst. Aufgrund der sehr kleinen Stichproben sind die Resultate zum großen Teil Einzelaussagen und erheben daher keinen Anspruch auf Repräsentativität. Die Aussagen der Befragten werden durch Ankerbeispiele aus den Transkripten verdeutlicht und mit Angabe des Interviews und der Absatznummer als Zitat kenntlich gemacht. Die verwendeten Beispiele können in Anhang 4 bis 6 eingesehen werden.

*Vorstellung der Interviewpartner*innen*

Die drei ausgewählten Interviewpartner*innen erwiesen sich in ihrer soziodemografischen Zusammensetzung als sehr heterogen. Zwei der befragten Personen verfügten über keine Berufserfahrung in der Intensivpflege, dafür befanden sie sich zum Zeitpunkt der Befragung schon seit mehreren Jahren in Deutschland und hatten schon in anderen Arbeitsbereichen als Pflegekraft gearbeitet. Die dritte befragte Person hatte schon viele Jahre Berufserfahrung in der Pflege, davon fünf Jahre in der Intensivpflege. Im Gegensatz zu den anderen beiden befragten war diese Person aber erst seit einem dreiviertel Jahr in Deutschland und hat direkt auf der Intensivstation angefangen zu arbeiten. In

Tabelle 2 sind die für die Interpretation der Ergebnisse relevanten Daten zusammengefasst. Auf die Erfassung des Geschlechts wurde aus Gründen der Anonymisierung verzichtet, da dies für die Auswertung nicht relevant war. Zum Zeitpunkt der Interviews hatten alle Befragten ihre Einarbeitungszeit abgeschlossen.

*Tabelle 2 Übersicht über die Interviewpartner*innen (eigene Darstellung)*

Interview Nr.	Alter	Herkunftsland	Berufserfahrung/ Art der Ausbildung	ITS Erfahrung	In Deutschland seit:	Tätigkeit auf der ITS in Deutschland seit:
1	32	Italien	5 Jahre/ Studium	Nein, nur in der Ausbildung	2016	01/2019
2	26	Rumänien	4 Jahre/ Ausbildung	Nein, nur in der Ausbildung	2015	03/2019
3	42	Rumänien/ Italien	20 Jahre/ Ausbildung und Studium	Ja, 5 Jahre	2019	05/2019

Kategorie 1: Probleme

Alle drei befragten Personen erlebten ihre Anfangszeit auf der Intensivstation als schwierig, stressig bis hin zu schrecklich. Sie berichteten über Unsicherheiten und Ängste in der für sie neuen Arbeitssituation und das Einfinden in neue Strukturen. „[...] die erste Zeit, das war ziemlich schwer. Weil alles neu war [...]“ (Interview_2, Pos. 33). „Ich muss sagen, ich habe mich sehr unter Druck gefühlt.“ (Interview_1, Pos. 14). „Sehr schrecklich [...]. Ich hatte viel Angst zu Anfang, weil alles neu war (Interview_3, Pos. 17). Auch wurde über Zweifel, die richtige Entscheidung getroffen zu haben berichtet. Vorherrschende Probleme aber waren Kommunikationsschwierigkeiten aufgrund von nicht ausreichenden Sprachkenntnissen. „Ich musste alle und alles verstehen [...] auch wenn du einen Deutschkurs gemacht hast, verstehst du nicht alle [...] und das macht viel Stress und wenn die Kollegen keine Geduld haben, ist das sehr schwierig. Und deswegen hatte ich viel Angst vor dem Arbeiten.“ (Interview_3, Pos. 23). Ebenso wurde die Angst geäußert, beispielsweise Anordnungen falsch zu verstehen und damit Patient*innen Schaden zuzufügen. „Wenn ein Notfall passiert [...], da muss ich schnell und sofort verstehen, da haben wir keine Zeit, um wieder nachzufragen“ (Interview_1, Pos. 32). „Du kannst nicht gut die Diagnosen verstehen, die Probleme von den Patienten verstehen oder wenn ein Arzt eine Anordnung macht, kannst du das nicht verstehen“ (Interview_3,

Pos. 33). Die Kommunikation mit den pflegerischen Kollegen wurde als weniger problematisch beschrieben, als die Kommunikation mit den Ärzten. „[...] bei den Kollegen kann ich immer nachfragen, passiert das mit den Ärzten ist der Kontakt manchmal schwierig“ (Interview_1, Pos. 32). Im Verlauf der Einarbeitung haben sich die sprachlichen Kompetenzen sehr verbessert, allerdings empfinden die Befragten immer noch große Defizite im Bereich der Fachsprache. „Alle sagen mir, dass ich so gut spreche aber ich finde, nicht so gut. Ich übe immer noch, lerne dazu. [...] so manche fachlichen Wörter fehlen mir einfach, Fachsprache“ (Interview_2, Pos. 77-79). Auch wird der Schritt vom Verstehen zum eigenständigen Verwenden und Sprechen der Sprache als sehr schwierig empfunden. „Es ist immer noch schwierig, du liest viel und du verstehst und kennst die Worte, aber manchmal kannst du sie dann doch nicht sprechen. Du weißt was du sprechen willst, aber du kannst es in dem Moment nicht. Aber das Verstehen ist schon ganz gut geworden“ (Interview_3, Pos. 55). Das auf der Station verwendete digitale Dokumentationssystem wurde als Vorteil gegenüber der handschriftlichen Dokumentation gesehen, da viele Formulierungen bereits vorformuliert sind. „Wir müssen ja auch nicht so viel schreiben durch die Computerakte. Ja, wenn ich alles aufschreiben müsste, wäre es schwieriger.“ (Interview_2, Pos. 83-84). Eine befragte Person hatte große zwischenmenschliche Probleme mit den Kollegen im Team. Diese ließen sich auch nicht beheben und die Person dachte bereits an Kündigung. Durch einen Wechsel der Abteilung innerhalb der Klinik ließen sich diese Probleme beheben, sodass die Person eine Perspektive zum Verbleib in der Klinik bekam. „Ich hatte ein Problem mit einer Person und deswegen war für mich alles negativ und es konnte nicht mehr besser werden (Interview_3, Pos. 69) Erst wollte ich das Krankenhaus wechseln, ich wollte kündigen. [...] Ich hatte noch niemals Probleme, nur hier in Deutschland habe ich diese Probleme. [...] Aber jetzt auf der Station Y ist alles gut. Wenn es da nicht gegangen wäre, dann hätte ich gewechselt, das Krankenhaus gewechselt“ (Interview_3, Pos. 71). Auch die anderen beiden Befragten hatten Probleme im Team, die sie aber nicht auf sich persönlich bezogen, sondern als allgemeine Teamschwierigkeiten beschrieben haben. „Die gibt es überall, glaube ich. Menschen, mit denen du einfach nicht klarkommst. Aber das ist halt Arbeit“ (Interview_2, Pos. 45). Als ein weiteres Problem mit den pflegerischen Kollegen wurde die manchmal fehlende Geduld gegenüber den neuen Mitarbeiter*innen aus dem Ausland beklagt. „Und wenn die Kollegen keine Geduld haben, ist das sehr schwierig zu machen (Interview_3, Pos. 23). Erstmal musst du Geduld haben und vielleicht Schritt für Schritt kommst du zurecht. Das braucht viel Zeit“ (Interview_3, Pos. 39).

Kategorie 2: Fachlichkeit

In der Einschätzung der eigenen Fachlichkeit konnte ein Unterschied festgestellt werden zwischen der befragten Person mit Intensivfahrung und denen ohne Erfahrung. Die Person mit Erfahrung fühlte sich in der eigenen Fachkompetenz deutlich abgewertet. Erlernete Kompetenzen, die im Heimatland durchgeführt wurden, wurden im neuen Arbeitsfeld nicht anerkannt. *„Offiziell sind viele Kompetenzen nicht anerkannt. Und auf der Station X wollte auch niemand etwas davon wissen. Jetzt auf der Station Y konnte ich einiges machen“ (Interview_3, Pos. 45).* Trotzdem gab es auch hier das Verständnis, dass ein neuer Kompetenzerwerb notwendig ist, um hier in Deutschland auf einer Intensivstation arbeiten zu können. *„Deswegen musste ich auch neue Kompetenzen hier lernen. Ich kann ja nicht alles wissen [...]. Niemand kann alles wissen“ (Interview_3, Pos. 43).*

Im Gegensatz dazu verstanden sich die befragten Personen ohne Intensivfahrung entschieden als Anfänger*innen in diesem Bereich. Durch die Arbeit auf der Intensivstation sahen sie die Notwendigkeit, dass sie ihre Kompetenzen deutlich erweitern können und müssen. Die Motivation Neues zu lernen war sehr hoch. *„Wichtig für mich ist, dass ich viel lerne. Dass ich mich in diesem Beruf verbessern kann“ (Interview_2, Pos. 114).* Weiter wurde sich auch zur Notwendigkeit einer hohen Fachkompetenz geäußert. *„Ich finde, dies ist eine Station, auf der man sehr viel Fachkompetenz braucht. Das bedeutet für mich wirklich wieder, die Bücher nehmen, die Fachbücher nehmen und lesen [...] und auch mich selbst zu aktualisieren. [...] Das was ich studiert hatte [...] ist auch schon 5 Jahre her und viele Sachen haben sich verändert“ (Interview_1, Pos. 14).*

In ihrer jetzigen Arbeitssituation gaben die Befragten an, genügend Sicherheit erlangt zu haben, um die Routineversorgung der Patient*innen durchführen zu können. Für komplizierte Verläufe oder unvorhergesehene Ereignisse wird allerdings noch Unterstützung benötigt. *„Je nachdem wie schwer krank der Mensch ist. Da kommen immer so Fragen, bei denen ich nicht sicher bin. Aber dafür frage ich dann immer den Arzt. Ich glaube, kein Mensch kann alles wissen, oder? Also schon die Basis und wenn ich einmal so einen Patienten, der so krank war, betreut habe, [...] wenn dann der zweite kommt, dann weiß ich schon besser Bescheid“ (Interview_2, Pos. 65).* Allerdings schien es manchmal schwierig zu sein, zu akzeptieren immer noch einen Anfängerstatus zu besitzen. *„Manchmal fühle ich mich wie ein Baby das die ersten Schritte macht in einer Welt in der es eigentlich schon erwachsen sein sollte. Und wo es auch schon erwachsen gewesen ist. In einer anderen Zeit. In einem anderen Leben“ (Interview_1, Pos. 64).*

Kategorie 3: Soziale Integration

Die Befragten fühlten sich grundsätzlich sozial integriert. Teilweise schränkten sie allerdings ein, sie selbst seien der Grund dafür noch nicht vollständig integriert zu sein. *„Ich sage über mich selber, dass ich nicht so sozial bin, und deswegen kann ich nicht anderen die Schuld geben, wenn ich mich nicht selber integriere. Ich mache keine großen Schritte, um mich zu integrieren“* (Interview_1, Pos. 70). Es herrschte aber Unsicherheit darüber, ob man wirklich von den Kollegen gemocht wird. Dies wurde mit kulturellen Verständnisproblemen und nicht mit konkreten Erlebnissen erklärt. *„Ich denke, dass sie mich mag. Ist das wahr oder nicht, aber ich glaube manchmal ist das mehr meine Unsicherheit, als etwas, das ich erlebt habe in den Beziehungen mit den Anderen. Im Allgemeinen kann ich sagen, dass ich mich integriert fühle“* (Interview_1, Pos. 70).

Kategorie 4: Motivation nach Deutschland zu kommen

Der Anreiz der Arbeit und einer damit verbundenen Verbesserung der wirtschaftlichen Lebensbedingungen bildet die Grundlage der Migration bei den Befragten Personen. *„Wegen der Arbeit bin ich hierher nach Deutschland, nach Hamburg gekommen“* (Interview_1, Pos. 6). Weiter waren Neugier und Wissensdurst Motivatoren für die Entscheidung in Deutschland leben zu wollen. *„Außerdem wollte ich gerne etwas Neues kennenlernen und ja auch einfach mehr Lernen. Ich glaube, viele Rumänen wollen gerne in Deutschland leben und arbeiten. Und mit dem Beruf als Krankenschwester war das eine gute Möglichkeit“* (Interview_2, Pos. 17).

Kategorie 5: Unterschiede zum Heimatland

Eine befragte Person gab an, deutliche Unterschiede in der Gesetzeslage und dem Umgang mit den gesetzlichen Vorschriften in Deutschland im Gegensatz zu ihrem Heimatland wahrzunehmen. *„Dass, wenn es keinen Betreuer gibt, man einen gesetzlichen bestellen muss, und so. Diese Sachen sind in Rumänien nicht immer so. Es wird anders gehandhabt. Hier arbeitet man viel mehr mit dem Gesetz. Wegen Anklage und so“* (Interview_2, Pos. 37). Dieser strengere Umgang mit gesetzlichen Vorschriften wurde positiv bewertet und vermittelte mehr Sicherheit. *„In Rumänien gibt es schon so ein paar Regeln aber nicht so streng“* (Interview_2, Pos. 39).

Ein weiterer Unterschied war die striktere Trennung der pflegerischen und ärztlichen Aufgabenbereiche. *„Die Pflegefachkräfte schaffen es mehr zu sagen, das ist meine Aufgabe und das gehört nicht zu mir“* (Interview_1, Pos. 42). Diese wurde einerseits als

positiv wahrgenommen, da es als eine Entlastung für den eigenen Tätigkeitsbereich gesehen wurde. *„Ich finde das gut natürlich, damit man mit weniger Belastung arbeiten kann“ (Interview_1, Pos. 48).* Andererseits wurden auch Bedenken geäußert, dass diese strikte Aufgabentrennung manchmal nicht hilfreich sei, da mehr individuelle Kooperation zwischen den Berufsgruppen die Arbeitsbelastung auch wieder verteile. *„Manchmal kann diese Trennung auch nicht ganz helfen. Weil man braucht ein bisschen mehr Kooperation finde ich. Zu sagen, okay, dass ist vielleicht nicht meine Aufgabe aber auf jeden Fall wir arbeiten alle für ein Ziel ... dann müssen wir auch den Stress unter uns verteilen“ (Interview_1, Pos. 48).*

Weiter stellten die Befragten Unterschiede in den konkreten Tätigkeiten der Pflegenden fest. Hier wurde einerseits allgemein gesagt, dass die Arbeitsweise und –organisation eine ganz andere sei als im Heimatland. *„[...] weil die Arbeit hier ganz anders ist als in Italien. Und ich musste nochmal alles lernen wie ich hier arbeiten muss“ (Interview_3, Pos. 17).* Als einen großen Unterschied beschrieben die Befragten die Durchführung der Körperpflege, die in den Heimatländern von Hilfspersonal übernommen wurde und die jetzt als Tätigkeit neu erlernt werden musste. *„Ja, zum Beispiel die Körperpflege der Patienten. Es ist hier ganz anders als in Italien. Wir hatten mehr Hilfskräfte dafür. Ich habe das gar nicht gemacht. Aber ich musste lernen, wie es hier gemacht wird“ (Interview_3, Pos. 49).*

Im Umgang mit den deutschen Kollegen wurden kulturelle Unterschiede im Bezug auf Distanz und Denkweise festgestellt, die von den Ausländer*innen nicht immer leicht zu verstehen waren. *„Ich finde, die Deutschen in Hamburg sind sehr höflich, sehr formal aber manchmal auch zu viel höflich und formal. Ich verstehe nicht, was sie wirklich denken. Das gilt auch für die Kollegen. Manchmal weiß ich nicht ganz genau, was sie denken über das was ich sage oder was passiert“ (Interview_1, Pos. 70).* Es gab Unsicherheiten darüber, wie man sich in Gesprächssituationen verhalten müsse, ohne dass man die Gesprächspartner*in kränken oder beleidigen könnte. Als Ausländer*in bräuchte man viel Zeit, um diese Situationen besser einschätzen zu können. *„Man braucht manchmal ein bisschen mehr Zeit, wirklich, dass die anderen sich sicherer fühlen, einfach seine Gefühle sagen ohne Probleme zu machen, okay, ohne zu denken, ich könnte sie beleidigen oder nicht, einfach sagen: Ich denke das“ (Interview_1, Pos. 72).*

Kategorie 6: Unterstützung

Als sehr hilfreich und unterstützend wurde der persönliche Umgang mit den einarbeitenden Praxisanleiter*innen beschrieben. *„Ich habe in meiner Einarbeitung viel Zeit mit Praxisanleiterin 1 verbracht und sie hat mir viel Unterstützung gegeben. Sie hat meine Zweifel verstanden auch über meine Person und was brauchte ich wirklich auch wieder, um mich zu ordnen“* (Interview_1, Pos. 24). Des Weiteren hat ihnen auch der persönliche Zuspruch viel Selbstvertrauen vermittelt und geholfen sich selbst zu sortieren. *„Sie hat mir geholfen alles wieder in Ordnung zu bringen und sie hat mir persönlich Mut gegeben“* (Interview_1, Pos. 24). Die während der Einarbeitung geführten Gespräche und Erklärungen der Praxisanleiter*innen in der direkten Patient*innenversorgung trugen auch sehr zur Unterstützung bei. *„Ich habe so sehr gut mit PK 1 und ich habe auch sehr gut verstanden, als ich mit PK 2 gearbeitet habe. Wir hatten die Patienten und dann haben wir auch sehr viel darüber gesprochen was passieren kann und was nicht“* (Interview_2, Pos. 37). Sehr hilfreich wurde es empfunden, wenn während der Einarbeitung die Kontinuität durch ein und dieselbe Einarbeitungsperson über einen längeren Zeitraum gewährleistet war. So konnte ein besseres Vertrauensverhältnis aufgebaut werden, die Befragten fühlten sich besser verstanden und individueller in ihren Bedürfnissen unterstützt. *„Es hat mir sehr viel geholfen, als ich nur mit einer Person war. Ich glaube, das bringt viel mehr, wenn du zum Beispiel die 3 Monate nur mit einer Person machst. Weil er weiß schon Bescheid, was du weißt und was du nicht weißt. Und dann kann er dich auch unterstützen und du kannst ihn auch so fragen“* (Interview_2, Pos. 41). In Situationen, in denen die zuständigen Einarbeiter*innen wechselten, wurde es als schwierig empfunden, bis sich wieder ein Vertrauensverhältnis aufgebaut hatte und der Stand der Einarbeitung transparent war. *„Wenn du immer zwischendurch wechselst, dann ist es so blöd bis du dich so mit jemandem kennlernst. Das dauert ein bisschen lange“* (Interview_2, Pos. 43). Weiter haben die Befragten sehr viel Unterstützung durch die Kolleg*innen und das Team erfahren, was sie als sehr positiv bewerteten. *„Manchmal ist es auch jetzt noch schwer, weil ich treffe so manche Situationen, die ich nicht vorher hatte aber dafür habe ich auch Kollegen, die mich unterstützen“* (Interview_2, Pos. 33). Viel mit den anderen Kolleg*innen zu sprechen hat ihnen sowohl fachlich als auch sprachlich sehr weitergeholfen. *„Und auch zu verstehen hat mir geholfen auf jeden Fall mit den Anderen zu reden. Mit den anderen Kollegen. Den Jungen genauso wie auch die Alten, erfahrenen Kollegen zu reden“* (Interview_1, Pos. 36). Insgesamt empfand es eine befragte Person als sehr unterstützend, dass sie sich von den Kolleg*innen und der Stationsleitung akzeptiert fühlte. *„Dass sie mich akzeptiert haben sozusagen, das Team und*

auch die Leitung“ (Interview_2, Pos. 102). Allen Befragten wurden Unterstützungsangebote durch den Arbeitgeber gemacht. Diese beinhalteten einerseits eine allgemeine Unterstützung bei organisatorischen Themen wie der Wohnungssuche sowie Behördengängen und andererseits einen innerhalb der Klinik stattfindenden Sprachkurs. Der Sprachkurs wurde von einer Befragten Person als nicht besonders hilfreich bewertet, da in dem Kurs nicht auf die speziellen Sprachkompetenzen der Intensivstation eingegangen wurde. *„Der Arbeitgeber hat mir auch einen Sprachkurs angeboten. Leider war das nicht so interessant, auf jeden Fall das war nicht so eine große Hilfe gewesen, weil das war ein gemeinsamer Kurs, das war nicht nur für Intensivstation, sondern auch für die anderen Stationen und natürlich hatten wir verschiedene Interessen“* (Interview_1, Pos. 80). Zu den anderen Unterstützungsangeboten sagte eine befragte Person, dass sie gefragt wurde, ob sie Hilfe benötige, sie aber in diesem Bereich keinen Bedarf hatte. *„Sie haben sich gekümmert halt. Ja gut, vielleicht mussten sie sich nicht so sehr kümmern um mich. Aber ich glaube, wenn ich eine Wohnung gebraucht hätte, dann hätten sie das auch gemacht. Wie bei anderen auch. Aber ich war stabil als ich in (Klinikname) anfing. Sie haben mich auch gefragt, ob ich etwas Unterstützung brauche oder so. Aber sie haben sich schon auch gekümmert und Fragen gestellt“* (Interview_2, Pos. 106).

Kategorie 7: Verbesserungen

Im letzten Teil des Interviews wurden die Befragten nach Verbesserungsvorschlägen gefragt, die sie sich für ihre Einarbeitungszeit gewünscht hätten. Hier zeigte es sich, dass die individuelle, kontinuierliche Einarbeitung durch eine oder wenige verschiedene Einarbeiter*innen als sehr sinnvoll erachtet wurde. *„Das finde ich gut, weil dann der Mensch, der mit dem du gearbeitet hast, also der dann aufpasst, der weiß dann Bescheid, was für Fehler du machst. oder wo du nicht aufmerksam bist. Weil wenn ein anderer kommt, dann bist 2 Wochen mit einem 2 Wochen mit einem anderen“* (Interview_2, Pos. 94).

Eine Befragte Person wünschte sich, dass innerhalb der Einarbeitung noch individueller auf ihre persönlichen Stärken und Schwächen eingegangen würde. *„Vielleicht kann ich sagen eine Einarbeitung, die könnte ein bisschen mehr persönlich sein. Meine persönlichen Fähigkeiten oder mehr gesagt meine Schwächen und meine Stärken“* (Interview_1, Pos. 78). Weiter wurde sich wiederholt mehr qualifiziertes Feedback durch die Einarbeiter*innen und die Stationsleitung gewünscht, während der Einarbeitung aber auch darüber hinaus in der Zeit, in der sie anfangen, eigenverantwortlich die Patient*innenversorgung zu übernehmen. *„Vor Allem in der Anfangszeit aber auch später oder dem ersten Jahr, wenn sich jemand noch nicht so integriert fühlt in der Arbeit mehr Feedback zu*

bekommen. Von den Kollegen selber oder für den Fall auch von den Leitern von den, zu sagen ok - dies machst du gut aber es fehlt dir noch das.. das.. das..“ (Interview_1, Pos. 84). Zusätzlich zum Feedback hätten sie sich auch mehr Raum für direkte Rücksprachen und Reflektionen über erlebte Arbeitssituationen in Verbindung mit theoretischem Unterricht gewünscht. „Vielleicht, mehr so diese Unterstützung, nicht nur praktisch, sondern zwischendurch mehr Gespräche, z.B. im PA Raum, um manche Situationen einfach nochmal zu besprechen. Zum Beispiel Feedback geben und auch theoretischen Unterricht. Aber vor allem Feedback ob ich etwas gut gemacht habe. In der Situation“ (Interview_2, Pos. 86). Um ihre Sprachkompetenzen, vor Allem im Bereich der Fachsprache zu erweitern wurde ebenfalls ein zusätzlicher theoretischer Unterricht als sinnvoll erachtet. „Theoretischen Unterricht auch. Dann kann man noch mehr so mit den fachlichen Wörtern arbeiten“ (Interview_2, Pos. 90). Ebenfalls zur Erweiterung der fachsprachlichen Kompetenzen war der Wunsch nach einem abteilungsspezifischen Sprachkurs. „Vielleicht ein Sprachkurs aber für jede Abteilung“ (Interview_1, Pos. 80)

Ein weiterer geäußelter Wunsch war die Organisation von Treffen mit anderen ausländischen Pflegekräften, die auf anderen Intensivstationen arbeiten. „Vielleicht so ein für Ausländer so ein, wie soll ich sagen so ein Treffen 2x im Jahr oder 1x im Jahr für alle Ausländer, so dass wir uns so ein bisschen austauschen können. Das würde ich gut finden. Um zu hören, wie es den anderen geht und um uns zu vernetzen“ (Interview_2, Pos. 108). Eine Befragte Person würde gerne wissen, ob die Kolleg*innen aus dem pflegerischen Team selbst auch Ideen haben, wie man die Einarbeitung von im Ausland qualifizierten Pflegekräften auf dieser Station verbessern könnte. Sie hatte das Gefühl, dass es einige Kolleg*innen gibt, die die Einarbeitung und Integration von ausländischen Mitarbeiter*innen als eine große Belastung empfinden.

„Und manchmal meine Frage ist, wirklich zu verstehen, was denken die Kollegen, wenn die Kollegen auch einen Unterschied merken, wenn einer Ausländer ist, ob sie eine Idee haben, wie es besser laufen sollte, um auch die Ausländer richtig zu integrieren“ (Interview_1, Pos. 88).

6 Diskussion

Um Erkenntnisse über die Erfahrungen von neuen, im Ausland qualifizierten Mitarbeiter*innen auf einer Intensivstation zu erlangen war die Methode des Leitfadenterviews angemessen. Der Leitfaden konnte individuell auf Grundlage des Themas und der Fragestellung erarbeitet werden.

Die Größe der Stichprobe sowie die Beschränkung die Befragung in nur einer Klinik

durchzuführen limitierte die Vielfalt der Antworten und Themenbereiche. Eine Befragung in mehreren Kliniken und einer größeren Anzahl an Proband*innen hätte eine größere Bandbreite der Erfahrungen gezeigt. Diese qualitative Erhebung bestrebt keinen Anspruch auf Repräsentativität.

Des Weiteren muss die Rolle der Interviewerin, die als Praxisanleiterin selbst auf der Station arbeitet, kritisch betrachtet werden. Obwohl kein offizielles Hierarchiegefälle zwischen der Interviewerin und den Befragten besteht könnten die Befragten Konsequenzen aus ihren Antworten befürchtet haben. Trotz der Zusicherung der Vertraulichkeit im Umgang mit den gemachten Aussagen, muss in Betracht gezogen werden, dass die Befragten möglicherweise sozial erwünschte Antworten gegeben haben, um ihre Position im Team nicht zu schwächen.

Die Autorin hatte vor der Untersuchung nur wenig Erfahrung in der Interviewtechnik. Es zeigte sich, dass sie während der Interviews nervös war und dies anfänglich die Interviewsituation erschwerte. Trotzdem herrschte während der Interviews eine offene und kollegiale Atmosphäre, was die Gesprächssituation wiederum erleichterte. Die mangelnde Erfahrung der Autorin zeigte sich besonders bei der Formulierung von Nachfragen. In den Transkripten wurde ersichtlich, dass die Interviewerin häufig Ja- und Neinfragen stellte, anstatt offene Nachfragen zu konstruieren, um die Gedanken der Befragten zu erfassen.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit war es, Faktoren zu identifizieren, die für den erfolgreichen Einsatz von im Ausland qualifizierten Pflegekräften auf deutschen Intensivstationen förderlich oder hemmend sind, um daraus Schlussfolgerungen für die Einarbeitung und weitere Rahmenbedingungen auf den Intensivstationen zu ziehen.

Die Ergebnisse der Arbeit zeigen, dass die aus der Analyse hervorgegangenen Kategorien der Erfahrungsbereiche der Befragten Übereinstimmungen mit den ermittelten Problemereichen der nationalen und internationalen Studien aufweisen. Besonders die Bereiche Kommunikation und Fachlichkeit lassen sich sehr häufig in den vorbestehenden Untersuchungen finden (vgl. Kumpf et al. 2016; Pütz et al. 2019; Viken et al. 2018).

Das Thema, das sich durch alle Befragungen hindurch als größte Herausforderung zieht sind fehlende Sprachkenntnisse der neuen Mitarbeiter*innen. Dieser defizitäre Zustand übte auf sie, vor allem zu Beginn ihrer neuen Tätigkeit, immensen Stress und Druck aus und die Angst vor Schädigungen der Patient*innen durch falsch verstandene Übergaben

oder Anordnungen war groß. Es muss nicht nur die Alltagssprache, sondern auch die Fachsprache beherrscht werden. Man muss hier in Frage stellen, ob das für die Berufs-
anerkennung erforderliche B2 Niveau der Sprachkompetenz tatsächlich ausreicht, um
eine Tätigkeit in Pflegeberufen ausüben zu können. Die Problematik zeigte sich nicht nur
in der vorliegenden Befragung, sondern war auch in den Untersuchungen von Kumpf et
al. (2016) und Pütz et al. (2019) eines der vorherrschenden Themen. Die Bedeutung der
Kommunikation auf einer Intensivstation verschärft die Problematik noch zusätzlich (vgl.
Heer/Kluge 2012, S. 2). Weitere Aspekte der fehlenden Sprachkompetenz zeigen sich
auch in der Kommunikation mit Kolleg*innen und anderen Berufsgruppen. Es herrschten
große Unsicherheiten und Ängste soziale Fehler, wie versehentliche Beleidigungen, zu
begehen. Wenn dann die Gesprächssituationen aus diesem Grund eher vermieden wer-
den, steht dies konträr zu einem weiteren Üben der Sprache und kann zudem zu sozialer
Isolation führen. Um diese Ängste abzubauen und Frustrationen vorzubeugen, wäre es
daher sinnvoll, vor Beginn der Arbeitsaufnahme auf der Intensivstation die Sprachkom-
petenz der neuen Mitarbeiter*innen sehr genau zu prüfen. Wenn unzureichende Sprach-
kenntnisse festgestellt werden, ist eine weitere qualifizierende Maßnahme und evtl. der
Einsatz in einem anderen weniger risikobehafteten Arbeitsbereich bis zum Erreichen des
notwendigen Sprachniveaus angezeigt. Aber auch wenn die Sprachkenntnisse das er-
forderliche Niveau erreicht haben sollten die etablierten Mitarbeiter*innen genügend Zeit
und Geduld mitbringen, um Verständnisprobleme der ausländischen Kolleg*innen wahr-
zunehmen und aufzulösen.

Es wurde von den Befragten als sehr schwierig empfunden, wenn während der Einar-
beitungszeit die betreuenden Praxisanleiter*innen häufig wechselten. Sie empfanden es
als sehr anstrengend und es hemmte sie in ihrer Entwicklung, da neue Einarbeiter*innen
sich immer erst wieder neu auf die Einzuarbeitenden einstellen und den Stand ihrer Ein-
arbeitung kennenlernen mussten. Auch verloren sie dabei ein Stück ihrer gerade gewon-
nenen Sicherheit, indem sie zu ihrem Praxisanleiter bereits ein Vertrauensverhältnis auf-
gebaut hatten. Dies hatte ihnen sehr viel Mut für die Arbeit und das Lernen gegeben.
Aufgrund dieser Empfindungen der ausländischen Mitarbeiter*innen kann ihr großes Be-
dürfnis nach Kontinuität und Sicherheit im Einarbeitungsprozess abgebildet werden.

Ein weiterer großer Themenbereich war die Wahrnehmung der eigenen Fachlichkeit.
Hier zeigte sich, dass die befragte Person mit einer einschlägigen Intensivverfahren
deutlich mehr Probleme hatte sich den deutschen Arbeitsverhältnissen anzupassen als

die Befragten ohne Intensivfahrung. Die befragte Person mit Erfahrung fühlte sich aufgrund von fehlenden Sprachkenntnissen schnell in ihrer persönlichen Kompetenz abgewertet. Nichtanerkennung der erworbenen und im Heimatland durchgeführten Kompetenzen führten bei dieser Person zu Frustrationen und mündeten schlussendlich in einem Arbeitsplatzwechsel in eine andere Abteilung. So waren die Vorerfahrungen der befragten Person nicht förderlich für die Integration am neuen Arbeitsplatz. Der Fokus der Einarbeitung ausländischer Pflegefachkräfte mit Intensivfahrung sollte daher in einer die vorhandenen Fachkompetenzen wertschätzenden Umgehens Weise der Einarbeitenden liegen. Die neuen Mitarbeiter*innen sollten mit den auf deutschen Intensivstationen üblichen Tätigkeiten, Verantwortungsbereichen und Strukturen vertraut gemacht werden ohne dass ihre vorhandene Fachlichkeit dabei abgewertet wird. Die vorhandene Fachkompetenz der ausländischen Pflegefachkräfte sollte zudem genutzt und wenn möglich in die deutschen Strukturen integriert werden. Von diesem Wissen können die etablierten Pflegekräfte durchaus profitieren und ihre eigenen Fachkompetenzen erweitern.

Im Gegensatz dazu waren die unerfahrenen neuen Mitarbeiter*innen hoch motiviert neues Wissen zu generieren und sich die notwendige Fachkompetenz anzueignen. Es stellte sie dennoch vor große Herausforderungen die komplexen Krankheitsbilder, Therapien und Arbeitsabläufe zu erlernen. Hier sind sie in doppelter Weise herausgefordert: Einerseits müssen sie wie alle Berufsanfänger*innen auf Intensivstationen in kurzer Zeit die notwendigen Kompetenzen erlangen, um eigenverantwortlich die Patient*innenversorgung leisten zu können. Andererseits müssen sie dies gleichzeitig mit der Erweiterung ihrer sprachlichen Kompetenzen leisten. Diesen Faktoren sollte im Rahmen eines Einarbeitungskonzeptes Rechnung getragen werden.

Den Unterschied zwischen Gefühlen der Abwertung ihrer Fachlichkeit der berufserfahrenen sowie großer Motivation ihr Fachwissen zu erweitern der jungen unerfahrenen Pflegekräfte zeigten auch die Studienergebnisse von Pütz et al. (2019) und Kumpf et al. (2016). Die große Motivation zu Lernen und im Beruf weiterzukommen wirkte sich positiv auf die Integration im Arbeitsalltag aus. Eine qualifizierte, individuelle personenzentrierte Begleitung in der Einarbeitungszeit der neuen Mitarbeiter*innen ist notwendig, um sowohl den Spracherwerb zu fördern als auch Fachkompetenzen zu vermitteln.

Des Weiteren sollten Rückmeldungen an die neuen Mitarbeiter*innen in Form von Feedback oder auch Raum und Zeit für reflektive Gespräche nach erlebten Arbeitssituationen

in den Einarbeitungsprozess eingeplant werden. Diese Rückmeldungen waren ein ausdrücklicher Wunsch der Befragten auch und gerade über ihre Einarbeitungszeit hinaus. Es war für sie sehr wichtig qualifizierte Rückmeldungen über die Qualität ihrer Arbeitsleistungen zu erlangen.

Die ausländischen Pflegekräfte zeigten alle ein großes Maß an Verantwortungsbewusstsein und stellten hohe Ansprüche an eine hohe Qualität ihrer Arbeit. Dies zeigte sich insbesondere in ihren Ängsten durch mangelnde Kompetenz - sprachlich und fachlich - die Patient*innensicherheit zu gefährden. Dadurch ist ihre Motivation sehr hoch, die für ihre Arbeit notwendigen Kompetenzen zu erlernen. Insbesondere dieser Aspekt wirkt sich förderlich auf die Integration der Pflegenden aus. Diese Motivation sollte als Chance genutzt werden und den Pflegenden im Rahmen ihrer Einarbeitung und im weiteren Verlauf ihrer Tätigkeit Qualifizierungs- und Weiterbildungsmaßnahmen angeboten werden.

7 Fazit und Ausblick

Insgesamt konnten mit dieser Arbeit Herausforderungen und Chancen im Einsatz von im Ausland qualifizierten Pflegekräften auf deutschen Intensivstationen herausgearbeitet werden. Das Erlangen von Sprach- und Fachkompetenz sowie die Anpassung an die deutschen Strukturen und Arbeitsweisen sind die größten Hürden. Die hohe Motivation der Pflegenden neue Kompetenzen zu erlernen und dadurch eine qualitativ hochwertige Arbeitsleistung zu erbringen können als fördernde Aspekte gewertet werden. Diese Motivation sollte genutzt und mit einer qualifizierten Einarbeitung sowie Weiterbildungsmaßnahmen gefördert werden. Ebenso ist die Integration der mitgebrachten Fachkompetenzen der neuen Mitarbeiter*innen in die Fachlichkeit der deutschen Intensivbereich eine Chance die Qualität der Patient*innenversorgung zu verbessern.

Um den dargestellten Herausforderungen zu begegnen sind Intensivstationen, die im Ausland qualifizierte Pflegefachkräfte mit und ohne Intensivfahrung einsetzen, gefordert, strukturierte, an die unterschiedlichen Bedürfnisse der ausländischen Pflegefachkräfte angepasste, Einarbeitungskonzepte zu erstellen und umzusetzen. Die Umsetzung dieser Konzepte ist sehr zeit- und personalaufwendig. Dies könnte sich bei der angespannten Personalsituation in der Intensivpflege als problematisch erweisen, wird aber notwendig sein, um die ausländischen Pflegefachkräfte nachhaltig integrieren zu können. Des Weiteren sollten die pflegerischen Teams den ausländischen Pflegenden mit

Offenheit, Wertschätzung und Geduld begegnen, um Gefühlen wie Frustration und Abwertung entgegen zu wirken.

Mit diesen Maßnahmen ist es möglich den Herausforderungen zu begegnen werden und die vorhandenen Chancen zu nutzen und so den Einsatz von ausländischen Pflegefachkräften auf deutschen Intensivstationen erfolgreich werden zu lassen.

Literaturverzeichnis

- Afentakis, A.; Maier, T. (2010): Projektionen des Personal-bedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025. In: Wirtschaft und Statistik, S. 14.
- Afentakis, A.; Maier, T. (2013): Sind Pflegekräfte aus dem Ausland ein Lösungsansatz, um den wachsenden Pflegebedarf decken zu können?: Analysen zur Arbeitsmigration in Pflegeberufen im Jahr 2010. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 56, S. 1072–1080.
- Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (2020): Anerkennung ausländischer Diplome in Gesundheitsfachberufen. In: hamburg.de. <https://www.hamburg.de/gesundheitsfachberufe/121864/anerkennung-auslaendischer-diplome-im-gesundheitswesen/> (Abruf 5.1.2020).
- Bericht zum Anerkennungsgesetz (2019). S. 122. https://www.bmbf.de/files/BzA19_Vorabfassung%20final_Akteursgrafik.pdf (Abruf 30.1.2020).
- Blum, K.; Löffert, S.; Offermanns, M.; Steffen, P. (2019): Krankenhaus Barometer Umfrage 2019. Düsseldorf. <https://www.dki.de> (Abruf 20.02.2020)
- Bundesagentur für Arbeit (2019a): Gemeldete Arbeitsstellen nach Berufen (Engpassanalyse)(Monatszahlen). <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statistikdaten/Detail/201906/arbeitsmarktberichte/fk-engpassanalyse/fk-engpassanalyse-d-0-201906-pdf.pdf> (Abruf 30.12.2019).
- Bundesagentur für Arbeit (2019b): Blickpunkt Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich. Nürnberg. <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Berufe/generische-Publikationen/Altenpflege.pdf> (Abruf 23.8.2019).
- Bundesagentur für Arbeit (2019c): Die ZAV stellt sich vor - Zentrale Auslands- und Fachvermittlung (ZAV). <https://www.arbeitsagentur.de/vor-ort/zav/ueber-uns> (Abruf 24.2.2020).
- Bundesagentur für Arbeit (2019d): Projekt Triple Win - Vermittlung von Pflegekräften aus dem Ausland. S. 16. https://www.giz.de/de/downloads/Brosch%c3%bcre_Triple_Win_Informationen.pdf (Abruf 2.9.2019).
- Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat (2020): Fragen und Antworten rund um das Fachkräfteeinwanderungsgesetz. In: Bundesministerium des Innern, für

Bau und Heimat. <http://www.bmi.bund.de/SharedDocs/faqs/DE/themen/migration/fachkraefteeinwanderung/faqs-fachkraefteeinwanderungsgesetz.html?nn=9392954> (Abruf 22.2.2020).

Bundesministerium für Gesundheit (2019): Konzertierte Aktion Pflege - Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1-5. 3. Auflage. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/191129_KAP_Gesamttext__Stand_11.2019_3._Auflage.pdf (Abruf 30.01.2020)

Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI); Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) (2015): S3-Leitlinie Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin (DAS - Leitlinie 2015). S. 217. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/001-012l_S3_Analgesie_Sedierung_Delirmanagement_Intensivmedizin_2015-08_01.pdf (Abruf 17.7.2017).

DIMDI - ICD-10-GM Version 2020. <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2020/block-f00-f09.htm#F05> (Abruf 27.2.2020).

Dresing, T.; Pehl, T. (2017): Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 7. Auflage. Marburg: Eigenverlag.

Friedrich-Ebert-Stiftung; Korea Verband; Koreanische Frauengruppe in Deutschland; Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di (Hrsg.) (2016): Ankommen, Anwerben, Anpassen? Koreanische Krankenpflegerinnen in Deutschland – Erfahrungen aus fünf Jahrzehnten und neue Wege für die Zukunft. <https://library.fes.de/pdf-files/wiso/13373.pdf> (Abruf 05.01.2020)

Han, P. (2016): Soziologie der Migration: Erklärungsmodelle, Fakten, politische Konsequenzen, Perspektiven. 4., unveränderte Auflage. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft mbH.

Heer, G.; Kluge, S. (2012): Kommunikation in der Intensivmedizin. In: Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin. DOI 10.1007/s00063-011-0060-3

- Helfferrich, C. (2005): Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hopf, C. (2016): Schriften zu Methodologie und Methoden qualitativer Sozialforschung: Herausgegeben von Wulf Hopf und Udo Kuckartz. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Isfort, M.; Weidner, F.; Gehlen, D. (2012): Pflege-Thermometer 2012. Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung auf Intensivstationen im Krankenhaus. Köln. <https://www.dip.de> (Abruf 20.02.2020)
- Kuckartz, U. (2018): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 4., überarbeitete. Weinheim Basel: Beltz Juventa.
- Kumpf, L.; Schinnenburg, D. H.; Büscher, D. A. (2016): Erfahrungen ausländischer Pflegekräfte in Deutschland. In: Pflegewissenschaft 18, S. 608–614.
- Larsen, R.; Fink, T.; Müller-Wolff, T. (2016): Anästhesie und Intensivmedizin für die Fachpflege. 9., vollständig überarbeitete Auflage. Berlin Heidelberg: Springer.
- Mayring, P. (1999): Einführung in die qualitative Sozialforschung: eine Anleitung zu qualitativem Denken. 4. Aufl. Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2015): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. 12., überarbeitete Auflage. Weinheim Basel: Beltz Verlag.
- Misoch, S. (2019): Qualitative Interviews. 2. Auflage. Berlin/Boston: De Gruyter Oldenbourg.
- 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. Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.). http://www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_416.pdf (Abruf 30.11.2019)
- Schnell, M. W. (2013): Pflegeforschungsethik. In: Brandenburg, H.; Panfil, E.-M.; Mayer, H. (Hrsg.): Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Methoden der Pflegeforschung. 2. Bern: Hans Huber, S. 191–201.
- Schreck, C. (2017): Rekrutierung von internationalen Pflegefachkräften. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

- Simon, M. (2019): Die Bedeutung des DRG-Systems für Stellenabbau und Unterbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser. In: Dieterich, A.; Braun, B.; Gerlinger, T.; Simon, M. (Hrsg.): Geld im Krankenhaus. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 219–251.
- Statistisches Bundesamt (2018): Pflegestatistik - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse - 2017. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001179004.pdf?__blob=publication-file&v=5 (Abruf 3.5.2019).
- Statistisches Bundesamt (2004): Grunddaten der Krankenhäuser 2004 - Fachserie 12 Reihe 6.1.1. https://www.destatis.de/GPStatistik/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00006955/2120611047004.pdf (Abruf 17.2.2020).
- Statistisches Bundesamt (2017): Grunddaten der Krankenhäuser - Fachserie 12 Reihe 6.1.1 - 2017. https://www.destatis.de/GPStatistik/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00041114/2120611177004_Korr01112018.pdf (Abruf 17.2.2020).
- Viken, B.; Solum, E. M.; Lyberg, A. (2018): Foreign educated nurses' work experiences and patient safety-A systematic review of qualitative studies. In: Nursing Open 5, S. 455–468.
- World Health Organisation (2010): WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. https://www.who.int/hrh/migration/code/code_en.pdf?ua=1 (Abruf 28.8.2019).

Gesetzesverzeichnis

Beschäftigungsverordnung (BeschV) vom 6. Juni 2013 (BGBl. I S. 1499), die zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 26. November 2019 (BGBl. I S. 1865) geändert worden ist.

Berufsqualifikationsfeststellungsgesetz (BQFG) vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2515), das zuletzt durch Artikel 114 des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) geändert worden ist.

Freizügigkeitsgesetz/EU (FreizügG/EU) vom 30. Juli 2004 (BGBl. I S. 1950, 1986), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 20. Juli 2017 (BGBl. I S. 2780) geändert worden ist.

Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern (PpUGV) vom 28. Oktober 2019 (BGBl. I S. 1492).

Pflegeberufe Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV) vom 2. Oktober 2018 (BGBl. I S. 1572), die durch Artikel 17 des Gesetzes vom 15. August 2019 (BGBl. I S. 1307) geändert worden ist.

Pflegeberufegesetz (PflBG) vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581), das zuletzt durch Artikel 3a des Gesetzes vom 13. Januar 2020 (BGBl. I S. 66) geändert worden ist.

Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates über die Anerkennung von Berufsqualifikationen vom 7. September 2005.

Anhangsverzeichnis

Anhang 1:	Informationsblatt	S. X
Anhang 2:	Interviewleitfaden	S. XII
Anhang 3:	Einwilligungserklärung	S. XIV
Anhang 4:	Transkriptionsregeln	S. XV
Anhang 5:	Transkript Interview 1	S. XVI
Anhang 6:	Transkript Interview 2	S. XXI
Anhang 7:	Transkript Interview 3	S. XXVI
Anhang 8:	Kodierungen und Paraphrasen	S. XXXI

Anhang 1 Informationsblatt

Informationsblatt:***„Einsatz ausländischer Pflegefachkräfte auf deutschen Intensivstationen – Herausforderungen und Chancen“,
Bachelorarbeit von Stefanie Deppe***

Liebe Kolleg*innen!

Was ist der Zweck der Studie?

Das Forschungsprojekt **„Wie erleben ausländische Pflegefachkräfte ihre Ankunftszeit und ihre Einarbeitung auf einer deutschen Intensivstation“** wird für die Erstellung der Abschlussarbeit von Stefanie Deppe im Rahmen des Studienganges Interdisziplinäre Gesundheitsversorgung und Management an der HAW Hamburg (Prof. Dr. Peter Stratmeyer) durchgeführt. Frau Deppe ist selbst Fachkrankenschwester für Anästhesie- und Intensivpflege und mitverantwortlich für die Einarbeitung neuer Mitarbeiter*innen. Sie möchte mit ihrer Arbeit einen Beitrag zur Verbesserung der Integration ausländischer Pflegefachkräfte auf deutschen Intensivstationen leisten.

Warum werden Sie um eine Teilnahme an dieser Forschung gebeten?

Aufgrund Ihrer Erfahrungen können Sie Frau Deppe einen Einblick in Ihr persönliches Erleben Ihrer Arbeitssituation geben. Das Gespräch darüber, wie Sie den Einstieg an Ihrem neuen Arbeitsplatz in Deutschland erlebt haben, was Ihnen geholfen und was Ihnen Probleme bereitet hat sowie wie sich Ihre Tätigkeit als Pflegefachkraft in Deutschland zu der in Ihrem Heimatland unterscheidet, sollen die Bedürfnisse ausländischer Pflegefachkräfte im Integrationsprozess an deutschen Kliniken konkretisieren. Es kann dabei helfen, diese besondere Situation besser zu verstehen um möglicherweise die Rahmenbedingungen der Einarbeitung und Integration anpassen und verbessern zu können.

Wie sieht die Teilnahme an diesem Forschungsprojekt konkret aus?

Sollten Sie sich entschließen an diesem Forschungsprojekt teilzunehmen, wird Frau Deppe mit Ihnen ein etwa 30-minütiges Interview führen. Dabei werden Ihnen einige Fragen zu Ihren persönlichen Erfahrungen in ihrem beruflichen Alltag gestellt. Das Gespräch wird in Form einer Audiodatei aufgenommen und anschließend in ein schriftliches Format übertragen.

Worin liegt der Nutzen dieses Forschungsprojektes?

Es ist nicht zu erwarten, dass Sie aus der Teilnahme an dem Gespräch einen direkten Nutzen für sich haben werden. Das, was Sie in dem Gespräch mitteilen, trägt aber dazu bei, spezielle Bedürfnisse ausländischer Pflegefachkräfte zu identifizieren und entsprechende Maßnahmen daraus abzuleiten. Falls sie nach dem Gespräch noch Rückfragen haben steht Fr. Deppe Ihnen gerne zur Verfügung. Sollte sich aus dem Gespräch für Sie eine psychisch belastende Situation ergeben bietet Fr. Deppe an, Sie an ein professionelles Unterstützungsangebot weiterzuleiten.

Welche Rechte haben Sie?

Die Teilnahme an diesem Gespräch ist freiwillig. Sie können jederzeit, auch nach Beginn des Interviews, durch mündliche oder schriftliche Mitteilung an Frau Deppe die Teilnahme beenden und müssen dafür keine Gründe nennen. Die Ablehnung der Teilnahme oder ein vorzeitiges Ausscheiden hat keine

nachteiligen Folgen für Sie. Auch nach Abschluss der Untersuchung haben Sie das Recht, Ihre Daten bei Frau Deppe in mündlicher oder schriftlicher Form zurückzuziehen, so dass die Audiodatei und deren Verschriftlichung gelöscht werden. Dies ist jedoch nicht mehr möglich, sobald Ihre Daten ausgewertet wurden.

Frau Deppe versichert Ihnen, dass Ihre Unterlagen vertraulich behandelt werden und keine Rückschlüsse auf Ihre Person zulassen. Der Zugang zu Ihren Daten, die nur zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet werden, obliegt ausschließlich Frau Deppe, die der Schweigepflicht unterliegt.

Ihr Name wird an keiner Stelle im Forschungsmaterial erscheinen. Das gilt auch für eine etwaige Veröffentlichung der Forschungsergebnisse. Auf Wunsch wird Sie Frau Deppe gerne nach Ende der Studie über die Ergebnisse der Untersuchung informieren.

Die personengebundenen Kontaktdaten, dienen lediglich der Kontaktaufnahme während des Zeitraumes der Durchführung der Studie. Sie werden nach Beendigung der Studie gelöscht.

Fragen?

Bei Fragen steht Ihnen Fr. Deppe gerne zur Verfügung. Kontaktadressen und Angaben zur Person von Frau Deppe finden Sie am Ende des Informationsblattes.

Ich bin Ihnen sehr dankbar, wenn Sie an diesem Forschungsprojekt teilnehmen! Wenn Ihrerseits Interesse an der Teilnahme an diesem Projekt besteht, wenden Sie sich bitte direkt an mich unter:

stefanie.deppe@haw-hamburg.de



Ihre Stefanie Deppe

Hochschule für angewandte Wissenschaften
Fakultät Wirtschaft und Soziales
Departement Pflege und Management
Studiengang Interdisziplinäre Gesundheitsversorgung und Management
Ansprechpartnerin: stefanie.deppe@haw-hamburg.de
Mobil: 017692408260

Anhang 2: Interviewleitfaden

Interviewleitfaden zur Bachelorarbeit:

„Einsatz ausländischer Pflegefachkräfte auf deutschen Intensivstationen – Herausforderungen und Chancen“

Forschungsfrage:

Wie erleben ausländische Pflegefachkräfte ihre Einarbeitung und Integration auf einer deutschen Intensivstation?

Welche Bedingungen können dazu beitragen, die Einarbeitung und Integration ausländischer Pflegefachkräfte zu erleichtern und zu verbessern?

Proband*innen:

Ausländische Pflegefachkräfte mit einem Ausbildungsabschluss im Ausland, die auf einer deutschen Intensivstation seit weniger als 2 Jahren arbeiten.

I. Teil: Persönliche Daten:

1. Aus welchem Land stammen Sie und wo haben Sie ihre Pflegeausbildung absolviert?
2. Seit wann leben und arbeiten Sie in Deutschland?
3. Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie schon als Pflegefachkraft?
4. In welchen Settings haben sie bereits als Pflegefachkraft gearbeitet? (Etwa wie viele Jahre jeweils?)
5. Haben Sie in Ihrem Heimatland bereits Erfahrungen im Bereich der Intensivpflege gemacht?

II. Teil: Leitfaden für ein halbstrukturiertes Interview:

1. Wenn Sie sich an die erste Zeit an Ihrem neuen Arbeitsplatz, der Intensivstation in Deutschland erinnern:
 - Wie haben Sie diese Zeit erlebt?
 - Was hat Sie in dieser Zeit am meisten beschäftigt?
 - Wer oder was hat Ihnen am meisten geholfen sich zurecht zu finden? (Personen, Strukturen, Unterstützungsangebote)
 - Wer oder was hat Ihnen die meisten Probleme bereitet?
2. Wie unterscheiden sich Ihre jetzigen Tätigkeiten von Ihren Tätigkeiten in Ihrem Heimatland?

3. Wie fühlen Sie sich zurzeit in Ihrem Arbeitsalltag?
 - Fühlen Sie sich fachlich gut integriert?
 - Fühlen Sie sich sozial gut in das Team integriert?
 - Fühlen Sie sich sprachlich genügend ausgebildet?

4. Wenn Sie auf noch einmal Ihre Ankunfts- und Einarbeitungszeit zurückblicken.
Stellen Sie sich vor, Sie könnten sich ganz frei etwas wünschen:
 - Was hätten Sie sich für Ihre erste Zeit gewünscht?
 - Was hätte Ihr Arbeitgeber/das Team noch für Sie tun können, um Ihnen den Einstieg zu erleichtern?

5. Wir haben jetzt über Ihre Ankunft und Einarbeitung an Ihrem neuen Arbeitsplatz gesprochen.
Gibt es aus Ihrer Sicht noch etwas zu dem Thema, was Ihnen wichtig ist, was Sie ergänzen möchten?

Anhang 3: Einwilligungserklärung

Einwilligungserklärung zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Interviewdaten

Bachelorarbeit:

„Einsatz ausländischer Pflegefachkräfte auf deutschen Intensivstationen – Herausforderungen und Chancen“

Interviewerin und Bachelorkandidatin: Stefanie Deppe

Interviewdatum:

Betreuer der HAW: Prof. Dr. Peter Stratmeyer

Beschreibung des Forschungsprojekts siehe Informationsschreiben.

Die Interviews werden mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und dann von Frau Deppe in Schriftform gebracht. Für die weitere wissenschaftliche Auswertung der Interviewtexte werden alle Angaben, die zu einer Identifizierung der Person führen könnten, verändert oder aus dem Text entfernt. In wissenschaftlichen Veröffentlichungen werden Interviews nur in Ausschnitten zitiert, um gegenüber Dritten sicherzustellen, dass der entstehende Gesamtzusammenhang von Ereignissen nicht zu einer Identifizierung der Person führen kann.

Personenbezogene Kontaktdaten werden von Interviewdaten getrennt für Dritte unzugänglich gespeichert. Nach Beendigung des Forschungsprojekts werden Ihre Kontaktdaten gelöscht.

Die Teilnahme an den Interviews ist freiwillig. Sie haben zu jeder Zeit die Möglichkeit, ein Interview abzubrechen, weitere Interviews abzulehnen und Ihr Einverständnis in eine Aufzeichnung und Niederschrift des/der Interviews zurückziehen, ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

Hiermit bestätige ich, dass ich über den Sinn und Zweck des Projektes ausreichend informiert wurde. Ich kann meine Einwilligung zur Teilnahme jederzeit widerrufen, ohne dass mir deshalb Nachteile entstehen.

Ich bin damit einverstanden, im Rahmen des genannten Forschungsprojekts an einem Interview teilzunehmen.

ja nein

_____ Vorname; Nachname in Druckschrift

_____ Ort, Datum / Unterschrift

Anhang 4: Transkriptionsregeln

Einfache Transkriptionsregeln nach Dresing und Pehl modifiziert durch die Autorin

1. Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend. Vorhandene Dialekte und *fehlerhafte Worte aufgrund von unzureichender Sprachkompetenz von ausländischen Befragten⁶* werden nicht mit transkribiert, sondern möglichst genau ins Hochdeutsch übersetzt beziehungsweise *korrigiert*.
2. Sprache und Interpunktion werden leicht geglättet, d.h. an das Schriftdeutsch angenähert. Zum Beispiel: „Er hat noch so'n Buch genannt“ wird zu „Er hat noch so ein Buch genannt“. *Auch der Satzbau und evtl. fehlerhafte Verwendung von Artikeln oder andere grammatikalische Fehler werden korrigiert*.
3. Deutliche Pausen werden durch drei auslasspunkte in Klammern (...) markiert.
4. Besonders betonte Begriffe werden durch Unterstreichungen gekennzeichnet.
5. Sehr lautes Sprechen wird durch Schreiben in Großschrift gekennzeichnet
6. Zustimmende Lautäußerungen der Interviewer (mmh, aha, etc.) werden nicht mittranskribiert, sofern sie den Redefluss der Befragten nicht unterbrechen.
7. Einwürfe der jeweils anderen Person werden in Klammern gesetzt.
8. Lautäußerungen, der befragten Person, die die Aussagen unterstützen oder verdeutlichen (z.B. Lachen, Seufzen) werden in Klammern notiert.
9. Absätze des Interviewers werden mit **I:** gekennzeichnet, Absätze der Befragten mit **B:**.
10. Jeder Sprecherbeitrag erhält einen eigenen Absatz. Zwischen den Sprechern gibt es eine freie, leere Zeile.
11. Störungen werden unter Angabe der Ursache in Klammern notiert (z.B. Handy klingelt).
12. Nonverbale Aktivitäten beider Parteien werden in Doppelklammern notiert z.B. ((rollt mit den Augen)).
13. Unverständliche Wörter werden in Klammern mit „(unverständlich)“ kenntlich gemacht.
14. Alle Angaben, die einen Rückschluss auf eine befragte Person, *Institutionen oder im Interview genannte Personen* erlauben, werden anonymisiert.
(vgl. Dresing/Pehl 2017, S. 23; Kuckartz 2018, S. 167 f.)

⁶ Veränderungen durch die Autorin sind kursiv gekennzeichnet

Anhang 5: Transkript Interview 1

1	Interview 1
2	I: OK liebe J. das ist jetzt hier das erste Interview, heute ist der 20.11.20, und ich freue mich dass wir jetzt das Gespräch zusammen führen dürfen. Dass du dich bereit erklärt hast. Ich hab als erstes ein paar Fragen zu deiner Person, ein paar Daten, das geht relativ schnell. Und im zweiten Teil sind die Fragen etwas ausführlicher.
3	I: Aus welchem Land kommst du und wo hast du deine Pflegeausbildung gemacht?
4	B: Ich komme aus Italien, Rom, und ich habe in Rom studiert. An der Universität "La Sapienza" in Rom.
5	I: Und seit wann lebst und arbeitest du in Deutschland?
6	B: Jetzt sind es 3 Jahre, die ich in Deutschland wohne und arbeite. Ich bin hier her gekommen und hatte schon eine Arbeit hier. Und auch wegen der Arbeit bin ich hierher nach Deutschland, nach Hamburg gekommen.
7	I: Und seit wie vielen Jahren arbeitest du schon als Pflegekraft, Pflegefachkraft, Krankenschwester?
8	B: Ich habe mein Studium 2014 abgeschlossen, dann habe ich sofort angefangen als Krankenschwester zu arbeiten, im ambulanten Dienst und als Zeitarbeiterin. Hier in Deutschland habe ich ein Jahr als GPA gearbeitet, während ich auf meine Anerkennung gewartet habe. Und jetzt bin ich Pflegefachkraft in Deutschland seit zwei Jahren.
9	I: OK. Und in welchen Settings hast du als Pflegefachkraft schon gearbeitet, in Deutschland und in Italien?
10	B: Vor Allem habe ich mit geriatrischen Patienten gearbeitet. In Italien auch zu Hause von den Patienten und in einem Pflegeheim. Hier in Deutschland habe ich angefangen zu arbeiten in einem Pflegeheim und seit Januar, jetzt 10 Monate im Krankenhaus X. in Hamburg.
11	I: Und hast du in deinem Heimatland schon Erfahrungen im Bereich der Intensivpflege gemacht?
12	B: Nein, nur während der Ausbildung habe ich für einen Monat die Ausbildung in der Intensivstation gehabt.
13	I: OK. Das wars schon so mit dem ersten Teil. Jetzt geht es weiter. Wenn du nochmal so zurückdenkst an die erste Zeit jetzt an deinem neuen Arbeitsplatz auf der Intensivstation in Deutschland, wie hast du diese Zeit erlebt?
14	B: Ich muss sagen, ich habe mich sehr unter Druck gefühlt. Die Wahrheit ist (...) Ich habe mich gefragt, es war sowieso nach so langer Zeit, die ich nicht mehr in einem Krankenhaus gearbeitet habe, ich hätte mich auf jeden Fall auch in Italien unter Stress und unter Druck gefühlt. Ich musste erstmal wieder in die "Idee" von einem Krankenhaus wieder hineinkommen und in die Intensivstation. Das ist auch der Grund, weshalb ich diese Entscheidung getroffen habe. Ich finde, dies ist eine Station, auf der man sehr viel Fachkompetenz braucht. Das bedeutet für mich wirklich wieder, die Bücher nehmen, die Fachbücher nehmen und lesen und auch wieder mit anderen Leuten mich zu konfrontieren und auch mich selbst zu aktualisieren. So können wir es sagen. Das was ich studiert hatte auf jeden Fall ist auch schon 5 Jahre her und viele Sachen haben sich verändert.
15	I: Ja, die Zeit ist da schnell.
16	B: Ja.
17	I: Das stimmt. Und was hat dich in dieser ersten Zeit noch am meisten beschäftigt?
18	B: Bei der Arbeit?
19	I: Ja, aber auch so drum herum.

20	B: Sehr beschäftigt hat mich persönlich zu verstehen, ob ich mich in dieser Intensivstation wohlfühlen könnte, ob das die richtige Abteilung für mich sein kann. Beruflich auf jeden Fall wirklich wieder mich sicher zu fühlen. Zu wissen, was ich kann und was ich noch lernen muss, worüber muss ich noch Zweifel. Das für mich selbst zu verstehen hat mich sehr beschäftigt. Sozusagen eine Liste von meinen Fähigkeiten und zu sagen, ok, dies kann ich, dies kann ich (...) ok diese kann ich noch nicht, dies habe ich wirklich keine Ahnung. So eine Liste zu machen.
21	I: Ah ok, also dich selber zu sortieren wo stehe ich, was brauche ich noch, um hier arbeiten zu können.
22	B: Genau.
23	I: Wer oder vielleicht auch was hat dir am meisten geholfen, dich zurecht zu finden? Also was Personen angeht, Strukturen vielleicht in der Abteilung oder Unterstützungsangebote?
24	B: Sehr geholfen haben mir die Kollegen. Ich habe in meiner Einarbeitung viel Zeit mit Praxisanleiterin 1 verbracht und sie hat mir viel Unterstützung gegeben. Sie hat meine Zweifel verstanden auch über meine Person und was brauchte ich wirklich auch wieder, um mich zu ordnen. Über die ganzen verschiedenen Informationen, die ich in den drei Monaten Einarbeitung bekommen habe. Sie hat mir geholfen alles wieder in Ordnung zu bringen und sie hat mir persönlich Mut gegeben zu sagen (...) Ein Satz, den sie mir gesagt hat: Du bist noch nicht die Richtige aber auch nicht die Falsche für diese Station.
25	I: Du musst noch Lernen.
26	B: Ja. Aber wie ein ganz normaler Prozess. Es ist nicht schlimm, du musst dich nicht falsch fühlen nur weil du noch lernen musst.
27	I: Das hat dir Sicherheit gegeben?
28	B: Ja, genau. Und auch genauso die Sätze der anderen Kollegen, die mich mit anderen Kollegen vergleichen und sagen ok ich fühle mich nicht sicher oder so und nach jedem Mal eine Hilfe zu haben, das hat mir wirklich geholfen
29	I: Und gab es oder anders, was hat dir die meisten Probleme gemacht oder gab es auch Personen, die dir Probleme gemacht haben?
30	B: Personen selber nicht. Was mir vor Allem Probleme gemacht hat, ist die Beziehung zu den Ärzten. Mehr als die Beziehung zu den anderen Pflegefachkräften. Und die Angst, dass ich manchmal nicht schnell genug bin zu verstehen. Ich verstehe auch nicht alle Akzente von den Leuten, deswegen gibt es Kollegen, die ich besser verstehe als andere. Und mit vielen Ärzten habe ich wirklich Schwierigkeiten mit der Sprache.
31	I: Also Sprache ist schon ein größeres Problem?
32	B: Ja. Das ist schon das meiste. Und vor Allem wie gesagt bei den Kollegen kann ich immer nachfragen, passiert das mit den Ärzten ist der Kontakt manchmal schwierig. Häufig bei den Patienten und wenn ein Notfall passiert, da ist es normal, da muss ich schnell und sofort verstehen, da haben wir keine Zeit, um wieder nachzufragen da wird erwartet, dass ich verstehe. Mein großes Problem ist vor allem das Sprachliche.
33	I: OK. Aber sonst so zwischenmenschliche Probleme, gab es die auch?
34	B: Ich finde nicht persönlich. Ich finde, dass ab und zu im ganzen Team gibt es schon Probleme aber das gehört nicht nur zu mir das ist mehr das ich diese Probleme fühle aber andere Kollegen, die schon lange da sind, empfinden das gleiche. Probleme im Team, allgemein.
35	I: Das sind Teamschwierigkeiten, allgemeine, nicht persönliche die mit dir zu tun haben?
36	B: Genau. Und auch zu verstehen hat mir geholfen auf jeden Fall mit den Anderen zu reden. Mit den anderen Kollegen. Den Jungen genauso wie auch die Alten, erfahrenen Kollegen zu reden.

37	I: OK. Dann kommen wir nochmal zu ein bisschen etwas Anderem. Gibt es Unterschiede zu deinen Tätigkeiten in deinem Heimatland und zu deinen Tätigkeiten jetzt? Also auch auf der Intensivstation, wenn du an deinen Einsatz im Studium zurückdenkst sind die Tätigkeiten von dir als Pflegekraft andere jetzt als es in deinem Heimatland waren.
38	B: Wie gesagt, während der Intensivstation kann ich das vielleicht nicht 100 Prozent sagen aber schon mit dem Krankenhaus, ja, auf jeden Fall, es gibt schon verschiedene, es gibt schon Unterschiede. Eins kann sein schon die Verantwortung, dass die Pflegefachkräfte fühlen, dass es ist in Italien eine andere ist als hier. Weil wir vor Allem in den letzten Jahren in Italien, es ist immer mehr stärker das Gefühl, dass die Verantwortung gesetzliche Konsequenzen haben kann. Das ist neu im Gesetz in Italien.
39	I: Welches Gesetz?
40	B: Das Gesetz, das sollte in jedem Fall auch es geht auch um, das war auch für die Ärzte, dass wenn sie einen Fehler machen in ihrer Arbeit, sie können auf jeden Fall angezeigt werden.
41	I: Ah, ok
42	B: Und das ist erst in den letzte Jahren in Italien, gilt das erst auch für die Pflegefachkraft. Dies ist schon ein Gefühl, das ich hier in Deutschland nicht gehabt habe. Die Pflegefachkräfte schaffen es mehr zu sagen, das ist meine Aufgabe und das gehört nicht zu mir.
43	I: Die Trennung ist schärfer?
44	B: Ja
45	I: Für die Aufgabenbereiche?
46	B: Ja, genau.
47	I: Und findest du das gut?
48	B: Ja, die Aufgaben sind besser getrennt als in Italien. Ich finde das gut natürlich, damit man mit weniger Belastung arbeiten kann. Manchmal habe ich das Gefühl, dass es ein bisschen zu stark ist. In einem Zustand wie jetzt sind wir in jedem Krankenhaus in einem Zustand wo wir wenig Personal haben. Manchmal kann diese Trennung auch nicht ganz helfen. Weil man ein bisschen mehr Kooperation braucht finde ich. Zu sagen, okay, das ist vielleicht nicht meine Aufgabe aber auf jeden Fall wir arbeiten alle für ein Ziel ... dann müssen wir auch den Stress unter uns verteilen.
49	I: Jeder wie er kann?
50	B: Ja. Genau.
51	I: Ein bisschen flexibler sein in den Aufgaben, habe ich das richtig verstanden?
52	B: Ja, richtig. Und vielleicht ist es auf der Intensivstation schon ein bisschen anders, weil auf der Intensivstation die Pflegefachkraft eine große Verantwortung hat, das spielt eine große Rolle und man arbeitet schon wirklich mit den Ärzten zusammen. Aber schon auf, ich sage mal der Normalstation manchmal, ist es wirklich klar, dass die Pflegefachkraft sagt, okay, das ist nicht meine Aufgabe, ich mache das nicht. Aber das bringt natürlich eine, hm, die Arbeit geht nicht weiter wenn der Arzt lange nicht kommt und kann das nicht machen.
53	I: Und dann wird es halt nicht gemacht.
54	B: Ja. Genau.
55	I: Und es kommt zu einem Stillstand?
56	B: Ja. Genau und natürlich das Problem ist nur für die Patienten, nicht für jemand anderen.
57	I: Okay, also eben haben wir ja zurück geguckt, auf den Anfang deiner Arbeit auf der Intensivstation und jetzt bist du ja eingearbeitet. Wie fühlst du dich jetzt in deinem Arbeitsalltag?

58	B: Ich finde, ich habe jetzt ein bisschen meine, meinen kleinen sicheren Ort gefunden, wo ich sage kann, okay - bis hier kann ich das machen. Das Problem ist, dass mein sicherer Ort ist noch wirklich klein und das ist noch nicht genug dafür, dass ich mich total integriert fühle und auf jeden Fall auch selbständig fühle mit meiner Arbeit. Das ist etwas, das mir wahrscheinlich fehlt und fehlt mir sehr, dass ich mich noch nicht selbständig fühle. Und das war etwas, in Italien hatte ich immer, als ich nach dem Studium angefangen hatte zu arbeiten, ich hatte das sofort gehabt. Auf jeden Fall die Möglichkeit selber die Entscheidung treffen und auch mit dem was das bedeutet. Ich treffe eine Entscheidung und ich bin auch verantwortlich für diese Entscheidung. und was kommt nachher - ich nehme alles auch die Folgen.
59	I: Du hast die Verantwortung übernommen und bist für die Folgen eingestanden...
60	B: Ja, genau.
61	I: Konntest die auch überblicken, wahrscheinlich, die Folgen.
62	B: Ja, genau.
63	I: Also, das fehlt jetzt vielleicht auch noch, oder?
64	B: Ja, dies fehlt mir und natürlich manchmal fühle ich mich wirklich nicht (...) ich fühle mich nicht total wohl. Weil, es fehlt mir diese weiß nicht, vielleicht kann ich es vergleichen (...) manchmal fühle ich mich wie ein Baby, das die ersten Schritte macht in einer Welt, in der es eigentlich schon erwachsen sein sollte. Und wo es auch schon erwachsen gewesen ist. In einer anderen Zeit. In einem anderen Leben.
65	I: Ist das etwas, was, hat das was mit der Fachlichkeit zu tun, also ist hier die Fachlichkeit das Problem?
66	B: Ich glaube auch weil auf jeden Fall habe ich zum Beispiel jetzt diese Weiterbildung Beatmung gemacht. Da habe ich gemerkt, dass ich zwar studiert habe, aber dass es nur oberflächlich war, nicht so in die Tiefe ging. Vor Allem war es etwas, dass ich aus den Büchern hatte und ich musste das lernen für mein Examen. Es hatte nichts mit meiner Praxis zu tun.
67	I: Und fühlst du dich mittlerweile sozial ins Team integriert?
68	B: Ja, ich glaube, außer meine Besonderheiten, dass ich nicht so eine große Sozialperson bin, aber ich finde das, ja kann ich sagen (lacht).
69	I: Aber du fühlst dich wohl?
70	B: Ja, jaja. Aber wie gesagt, ich sage über mich selber, dass ich nicht so sozial bin, und deswegen kann ich nicht anderen die Schuld geben wenn ich mich nicht selber integriere. Ich mache keine großen Schritte, um mich zu integrieren, deswegen kann ich die Schuld nicht anderen geben. Aber ich weiß, dass gehört zu mir. Worüber ich mir manchmal Gedanken mache, das ist, und das ist vielleicht ein bisschen ein kultureller Unterschied, das ist, es mir nicht immer einfach fällt zu verstehen was die Kollegen denken. Ich finde das, vor Allem hier in Hamburg, ich kann nicht über ganz Deutschland reden, weil ich nur Hamburg kenne. Aber ich finde, die Deutschen in Hamburg sind sehr höflich, sehr formal aber manchmal auch zu viel höflich und formal. Ich verstehe nicht, was sie wirklich denken. Das gilt auch für die Kollegen. Manchmal weiß ich nicht ganz genau, was sie denken über das was ich sage oder was passiert. Ich frage mich schon ein bisschen, okay, mag sie mich (...) ich denke, dass sie mich mag. Ist das wahr oder nicht aber ich glaube manchmal ist das mehr meine Unsicherheit, als etwas, das ich erlebt habe in den Beziehungen mit den Anderen. Im allgemeinen kann ich sagen, dass ich mich integriert fühle.
71	I: Ja, die Hamburger sind dann glaube ich auch etwas zurückhaltend in ihren Gefühlsäußerungen. Das ist vielleicht schon auch ein großer kultureller Unterschied.

72	B: Ja, Unterschied. Vor Allem mit, äh, auch in Italien es gibt einen großen Unterschied zwischen Norditalien und Süditalien, Rom ist in der Mitte aber, ja manchmal habe ich, ich möchte keine Vorurteile äußern, weil natürlich nachher, jede Person anders ist, es ist klar. Aber ich habe immer schon, das ist wie eine rote Linie gefunden, man braucht manchmal ein bisschen mehr Zeit, wirklich, dass die anderen sich sicherer fühlen, einfach seine Gefühle sagen ohne Probleme zu machen, okay, ohne zu denken, ich könnte sie beleidigen oder nicht, einfach sagen: Ich denke das.
73	I: Okay. Und jetzt in deinem Arbeitsalltag, fühlst du dich ausreichend sprachlich ausgebildet?
74	B: Nein. Nein gar nicht. Ich fühle, dass ich benutze weniger ... ich verstehe, ich verstehe immer besser und am meisten viele Worte, es ist wahr, da sie aus dem lateinischen kommen, deswegen sind sie für mich einfach aber diese Worte zu benutzen das ist für mich nicht leicht.
75	I: Zu Sprechen? Die Fachsprache auch?
76	B: Genau. Aber ich habe auch bemerkt zum Beispiel, dass die Aussprache viele Probleme macht, weil wenn zum Beispiel ich sage "hyper", hyperto. Es ist manchmal nicht einfach für die anderen, das zu verstehen, dass ich "hoch" meine und nicht "hypo" (...) niedrig. Deswegen muss ich etwas anderes sagen, ich sage dann immer, ich benutze einfache Worte, wie "hoher Blutdruck" oder so.
77	I: Ja, Okay. Jetzt gucken wir nochmal wieder zurück, wenn du nochmal wieder auf den Anfang zurückblickst, wenn du dir vorstellst, du hättest Wünsche frei, egal was. Was hättest du dir für deine erste Zeit, was hättest du dir da gewünscht? Wenn du dir alles wünschen könntest. Also, was hätte der Arbeitgeber, oder das Team oder die Station noch für dich tun können, um dir den Einstieg zu erleichtern?
78	B: (...) Ich bin nicht gut im wünschen (lacht) So, vielleicht kann ich sagen eine Einarbeitung, die könnte ein bisschen mehr persönlich sein. Meine persönlichen Fähigkeiten oder mehr gesagt meine Schwächen und meine Stärken (...)
79	I: Individueller?
80	B: Individueller genau. Individueller einarbeiten. Zu sagen okay, fangen wir so an und gehen wir weiter in diesen 3 Monaten, das so zu machen. Das am meisten. (...) Der Arbeitgeber hat mir auch einen Sprachkurs angeboten. Leider war das nicht so interessant, auf jeden Fall war das nicht so eine große Hilfe gewesen weil das war ein gemeinsamer Kurs, das war nicht nur für Intensivstation, sondern auch für die anderen Stationen und natürlich hatten wir verschiedene Interessen. Weil, wir haben geredet über die Anamnese der Patienten und dass vielleicht auf der Intensivstation machen wir mehr mündliche als schriftlich und natürlich das konnte nicht alle interessieren. Auch da vielleicht ein Sprachkurs aber für jede Abteilung.
81	I: Für die Intensivstation speziell? Nur ein Sprachkurs?
82	B: Ja. Ja genau.
83	I: Mit den Themen dann auch? Sozusagen ... Die man dann auch braucht, für die Sprache?
84	B: Ja. Und als drittes, vielleicht mehr - vor Allem in der Anfangszeit aber auch später oder dem ersten Jahr, wenn sich jemand noch nicht so integriert fühlt in der Arbeit mehr Feedback zu bekommen. Von den Kollegen selber oder für den Fall auch von den Leitern von den, zu sagen ok - dies machst du gut aber es fehlt dir noch das.. das.. das..
85	I: Konkreteres Feedback?
86	B: Ja, genau. Ein bisschen wirklich zu verstehen nicht nur selber diesen Prozess zu machen okay, das geht, wie gesagt ich habe, wie habe ich früher erzählt, ich habe mich sortiert, meine Fähigkeiten sortiert, aber ich möchte auch ein Feedback von den anderen haben, wenn ich denke, das ist richtig oder nicht. Ja, dies.

87	I: Okay. Gut. Wir haben jetzt über deine Ankunft, Einarbeitung an deinem neuen Arbeitsplatz gesprochen und gibt es aus deiner Sicht noch etwas zu diesem Thema, was ich jetzt nicht gefragt habe aber was du noch wichtig findest und was du mir gerne noch sagen möchtest?
88	B: (...) Persönlich vielleicht, dass über die Intensivstation hier diese Intensivstation im Krankenhaus X ist vielleicht mehr eine Frage, die ich stellen möchte ist wie wirklich ist von den Kollegen gesehen (...) was denken wirklich die Kollegen über nicht nur neue Kollegen, dass sie kommen, neue Mitarbeiter, die vielleicht ganz neu sind und keine Erfahrung haben auf der Intensivstation sondern auch was denken sie über die Ausländer, dass sie kommen. Denken sie, dass ist auf jeden Fall ein zu schwerer Prozess oder wenn sie denken es ist möglich aber haben sie eine andere Idee zu: Wie sollte das laufen. Weil, ich habe manchmal schon das Gefühl, dass nicht alle so begeistert sind von einem neuen Mitarbeiter, der keine Erfahrung auf der Intensivstation hat im allgemeinen und ich verstehe auch auf jeden Fall für die Kollegen die Belastung. Sie haben nicht die Möglichkeit nur die Einarbeitung zu machen, vielleicht in Ruhe mit einem Patienten oder zwei aber sie müssen arbeiten und zusammen auch die Einarbeitung machen. Und ich finde, das kann wirklich stressig sein. Aber es ist klar, es ist nötig. Wir brauchen neue Mitarbeiter und es ist klar man kann nicht immer Leute mit Erfahrung bekommen. Oder auch Leute, die schon eine Erfahrung auf der Intensivstation haben, sie wären auf jeden Fall neu in dieser Intensivstation. Sie werden immer brauchen eine Erfahrung. Und manchmal meine Frage ist, wirklich zu verstehen, was denken die Kollegen, wenn die Kollegen auch einen Unterschied merken, wenn einer Ausländer ist, ob sie eine Idee haben, wie es besser laufen sollte, um auch die Ausländer richtig zu integrieren. Nicht nur neue Mitarbeiter(...)
89	I: Also, du meinst, was die Kollegen da noch für Ideen haben, was man noch verändern könnte, wie man das besser machen kann? Um die Integration besser hinzubekommen und die Kollegen, die neuen Mitarbeiter, gerade dann aus dem Ausland auch ausreichend zu qualifizieren. Habe ich das so richtig verstanden?
90	B: Ja, ja genau.
91	I: Oder möchtest du auch wissen, ob du als Ausländerin auch bei den Kollegen willkommen bist? Ist das auch ein Punkt?
92	B: Mehr zu wissen, was denken die Kollegen darüber, was besser laufen kann. Was können sie besser machen.
93	I: Okay. Gar nicht so grundsätzlich, die Tatsache an sich, dass Kollegen aus dem Ausland kommen? Das nicht?
94	B: Nein, nein, nein. Aber mehr wie gesagt, manchmal sehe ich, dass es ein paar gibt, dass sie nicht alle so zufrieden sind. Wenn dieses Thema aufkommt, es kommen neue Mitarbeiter, wie das läuft, aber ich habe auch keinen Vorschlag bekommen. Z.B. sie sollten es so, so, so machen. Deswegen frage ich mich, wie wird das in dem Team gesehen.
95	I: Okay. Dann sind wir schon am Ende angekommen. Ich danke dir sehr herzlich für das Gespräch!
96	B: Ich danke dir auch.

Anhang 6: Transkript Interview 2

1	Interview 2
2	I: Also liebe M. vielen Dank, dass du dich hier bereit erklärst für das Interview. Ich freue mich sehr. Ich hab als erstes ein paar Fragen zu deinen persönlichen Daten und danach kommt ein Themenkomplex zu deiner Einarbeitung und zu deinem beginn hier in Deutschland und bei uns, auf der Intensivstation. Okay?
3	B: Ja.
4	I: Aus welchem Land kommst du und wo hast du deine Pflegeausbildung gemacht?

5	B: Ich komme aus Rumänien bzw. Kronstadt, Brasov nennt man die Stadt. Und ich habe auch dort in Kronstadt gelernt. Krankenschwester. Im (unverständlich).
6	I: Und wie war die Ausbildung gestaltet?
7	B: Erstmal wollte ich eigentlich Medizin studieren. Dann war ich auf der Warteliste, das hat ein bisschen lange gedauert und dann habe ich zwischendurch das Examen für Krankenschwester gemacht. Als Krankenschwester wurde ich sofort, also ich hab die Aufnahmeprüfung bestanden und dann habe ich auch angefangen. Ja, und dann habe ich weitergemacht als Krankenschwester. Und habe mein Examen 2015 bestanden.
8	I: Und, seit wann lebst und arbeitest du in Deutschland?
9	B: Also, seit 3 1/2 Jahren.
10	I: Auch gleich gearbeitet?
11	B: Gleich auch gearbeitet. Ja.
12	I: Und seit wie vielen Jahren arbeitest du als Pflegefachkraft, also als Krankenschwester?
13	B: Also, seit diesem Jahr. Also ich war schon Pflegefachkraft in einem Altenheim. Dann hab ich in einem ambulanten Pflegedienst und im Krankenhaus seit März, ja März 2019.
14	I: Und vorher in Rumänien hast du aber auch schon gearbeitet? Wie viele Jahre?
15	B: Ja, 4 Monate. Nach meinem Abschluss habe ich noch 4 Monate gearbeitet und dann bin ich sofort nach Deutschland.
16	I: Was war der Grund für deinen Wechsel nach Deutschland?
17	B: Ich wollte als erstes eine gute Arbeit finden. Das ist in Rumänien nicht einfach. Man verdient sehr wenig Geld. Außerdem wollte ich gerne etwas neues kennenlernen und ja auch einfach mehr Lernen. Ich glaube, viele Rumänen wollen gerne in Deutschland leben und arbeiten. Und mit dem Beruf als Krankenschwester war das eine gute Möglichkeit.
18	I: Du hast es eben schon so ein bisschen gesagt, in welchen Bereichen hast du als Pflegefachkraft gearbeitet? Also, wie viele Jahre ungefähr in welchem Bereich?
19	M: Ich habe in Rumänien 4 Monate auf der Kardiologie gearbeitet, im Krankenhaus. In einem Notfallklinikum. Ja, dann nichts mehr, also im Krankenhaus. Also zwischendurch in meiner Ausbildung habe ich auf mehreren Stationen gearbeitet.
20	I: Und dann in Deutschland?
21	B: Dann in Deutschland in einem Heim, Altenheim. Für Demente.
22	I: Für dann 2 Jahre ungefähr?
23	B: 1 1/2. Ja.
24	I: OK. Und danach dann, seit März 2019 wieder in der Klinik? Hier?
25	B: Ja.
26	I: Und hast du in deinem Heimatland oder vorher bereits Erfahrungen in der Intensivpflege gemacht?
27	B: Nur in meiner Ausbildung. Und das war eigentlich ein Aufwachraum.
28	I: Okay, also nicht so ...
29	B: .. nicht so direkt Intensiv. Also war ich schon so, ich hatte ein paar Einsätze aber die waren nicht so krank, so die Leute, sozusagen.
30	I: Ok.
31	B: Das war nicht so eine richtige Intensiv, so wie ich das jetzt beurteilen würde. Ja. Also da waren schon manche Situationen und bei uns da war viel mit Verbrennung, also mit septischen Patienten.

32	I: OK. Vielen Dank! Wenn du dich so an deine erste Zeit hier an deinem neuen Arbeitsplatz auf der Intensivstation erinnerst, wie hast du diese erste Zeit erlebt? Wie war das für dich?
33	B: Ja, also, die erste Zeit, das war ziemlich schwer. Weil alles neu war, andere Methoden sozusagen, also es war schwer. Manchmal ist es auch jetzt noch schwer, weil ich treffe so manche Situationen, die ich nicht vorher hatte aber dafür habe ich auch Kollegen, die mich unterstützen.
34	I: Okay. Was hat dich in der ersten Zeit, also wirklich so ganz am Anfang, als wir angefangen haben am meisten beschäftigt?
35	B: Also die Krankheitsbilder. Wegen der Übersetzung.
36	I: Also die Sprache war ein Problem? Und kannst du sagen wer oder welche Umstände, wie das strukturiert war, was dir da in deiner ersten Zeit am meisten geholfen hat? Das können Personen sein, andere Unterstützungsangebote....
37	B: Also, ich habe so sehr gut mit PK 1 und ich habe auch sehr gut verstanden, als ich mit PK 2 gearbeitet habe. Wir hatten die Patienten und dann haben wir auch sehr viel darüber gesprochen was passieren kann und was nicht. Auch mit PK 1 Und auch wie man damit umgeht hier in Deutschland. Auch gesetzlich. Die Abläufe zum Beispiel. Auch mit Tracheotomie und so. Dass, wenn es keinen Betreuer gibt, man einen gesetzlichen bestellen muss, und so. Diese Sachen sind in Rumänien nicht immer so. Es wird anders gehandhabt. Hier arbeitet man viel mehr mit dem Gesetz. Wegen Anklage und so.
38	I: Naja, und weil es einfach geregelt ist...
39	B: In Rumänien gibt es schon so ein paar Regeln aber nicht so streng.
40	I: Und von der Struktur der Station oder der Einarbeitung, hat dir da etwas besonders geholfen?
41	B: Es hat mir sehr viel geholfen, als ich nur mit einer Person war. Ich glaube, das bringt viel mehr, wenn du zum Beispiel die 3 Monate nur mit einer Person machst. Weil er weiß schon Bescheid, was du weißt und was du nicht weißt. Und dann kann er dich auch unterstützen und du kannst ihn auch so fragen.
42	I: Also die Kontinuität und das Vertrauensverhältnis zu einem Mentor?
43	B: Das finde ich besser, weil wenn du immer zwischendurch wechselst, dann ist es so blöd bis du dich so mit jemandem kennlernst. Das dauert ein bisschen lange.
44	I: Und gibt es auch Menschen oder andere Punkte, die dir die meisten Probleme bereitet haben in der Einarbeitung?
45	B: Ja, die gibt es schon. Die gibt es überall, glaube ich... Menschen, mit denen du einfach nicht klarkommst. Aber das ist halt Arbeit. Und ja.
46	I: Willst du das konkretisieren? Was da das Problem war?
47	B: Also ich hab immer so das.. Es gibt die alten Menschen, die viel Erfahrung haben und wenn du neu kommst und keine Erfahrung hast wird gefragt: "Wieso kannst du das nicht?" oder also so.
48	I: Dass diejenigen dich nicht da abholen konnten, wo du grad warst?
49	B: Ja, sozusagen. Aber ich glaube, jeder war am Anfang so. Also nicht sicher und ja, das lernt man halt. Jeder Patient nach einem anderen. Du kannst nicht immer sagen, das bringt etwas, zum Beispiel bei einem anderen Patienten bringt das dann gar nichts. Du musst etwas anderes machen.
50	I: Jeder Mensch ist anders...
51	B: Aber dafür hatte ich auch Kollegen, die mir geholfen haben. das kannst du so machen oder dies kannst du so machen. Und guckst du halt. Aber das gibt es überall, glaube ich. Aber bis jetzt hatte ich noch keine Probleme in den Teams in denen ich gearbeitet habe, mit Kollegen. Nur als ich hier war, ja, also das war, ich wollte auch eigentlich weggehen. Zwischendurch. Aber ich wurde so ein bisschen überredet.

52	I: Und jetzt?
53	B: Aber jetzt ist es gut, jetzt geht es. Jetzt geht es (lacht)
54	I: Nochmal so ein bisschen was anderes. Wie unterscheiden sich denn deine Tätigkeiten jetzt zu deinen Tätigkeiten in deinem Heimatland, in Rumänien? Auch wenn du zum Beispiel guckst, als du deine Einsätze auf der Intensivstation hattest, waren die Tätigkeiten der Krankenschwestern anders als hier?
55	B: Ja, also, es ist schon eine Differenz. In Rumänien haben wir nicht gewaschen. Da waren die Helferinnen, die das machen. Da hilfst du nur. Aber dafür hattest du auch ein bisschen mehr Patienten.
56	I: OK. Wie viele?
57	B: Ungefähr von 4-6 Patienten.
58	I: Und die Körperpflege wurde komplett von Hilfspersonal übernommen?
59	B: Hilfspersonal und, zum Beispiel, Verbände und was so machen wir schon aber ja das mit waschen, was auch viel Zeit kostet, hat jemand anders gemacht.
60	I: Gut. Das ist dann schon ein großer Unterschied
61	B: Ja. Ja aber dafür hattest du auch Stress. Immer so mit Tabletten, mit Infusionen, Perfusoren und so.
62	I: Das ganze medizinische im Blick zu haben von 6 Patienten?
63	B: Ja, genau. Ja, das war auch anstrengend.
64	I: Ja klar. auf jeden Fall. Jetzt kommen wir mal dazu, wie es jetzt ist. Wie fühlst du dich zurzeit in deinem Arbeitsalltag hier. Fühlst du dich fachlich integriert?
65	B: Also, ich fühl mich schon integriert und so fachlich, ja je nachdem was es so für Krankheitsbilder sind. Je nachdem wie schwer krank der Mensch ist. Da kommen immer so Fragen, bei denen ich nicht sicher bin. Aber dafür frage ich dann immer den Arzt. Ich glaube, kein Mensch kann alles wissen, oder? Also schon die Basis und wenn ich einmal so einen Patienten, der so krank war betreut habe, der bestimmte Krankheiten hat, wenn dann der zweite kommt, dann weiß ich schon besser bescheid.
66	I: Wenn du das gleiche Krankheitsbild noch mal hast?
67	B: Ja.
68	I: Das ist natürlich auch eine große Bandbreite und du hast immer wieder neue Sachen, die du noch nicht kennst, nicht wahr?
69	B: Also, zum Beispiel als ich dann alleine war, hatte ich Patienten, die noch niemals betreut hatte. Und dann: "Oh, was mach ich jetzt." Aber dann habe ich schnell nachgedacht, was man macht, was man nicht macht. Und ja, dann habe ich viele Fragen gestellt. Das gehört auch dazu. Und ja, dann habe ich den Patienten gerettet sozusagen und auch mich. (lacht)
70	I: Und wie ist das so mit der sozialen Integration ins Team? Fühlst du dich schon ganz gut integriert? Oder fehlt dir noch was?
71	B: Also schon, ja. Ich bin schon integriert.
72	I: Fühlst du dich wohl?
73	B: Ja, man kann halt nicht mit allen so Freunde sein, aber das muss man auch nicht.
74	I: Es sind ja schon auch sehr viele Kollegen.
75	B: Aber schon ja, ich finde schon.
76	I: Und sprachlich? Fühlst du dich auch sprachlich genügend ausgebildet?
77	B: Hm, nicht so, also schon - alle sagen mir, dass ich so gut spreche aber ich finde, nicht so gut. Ich übe immer noch, lerne dazu.
78	I: Was fehlt dir noch?

79	B: Ja, so manche fachlichen Wörter fehlen mir einfach. Fachsprache.
80	I: Und schriftlich?
81	B: Ja schriftlich geht es so.
82	I: Ok.
83	B: Wir müssen ja auch nicht so viel schreiben durch die Computerakte.
84	Ja, wenn ich alles aufschreiben müsste, wäre es schwieriger.
85	I: Wenn du jetzt noch einmal auf deine Ankunft und Einarbeitungszeit in Deutschland, in Hamburg zurückblickst: Stell dir vor, du könntest dir ganz frei etwas wünschen, für deine Ankunftszeit hier, für deine Einarbeitung. Was hättest du dir für deine erste Zeit am meisten gewünscht?
86	B: (überlegt) Ich muss nachdenken... Ja vielleicht, mehr so diese Unterstützung, nicht nur praktisch, sondern zwischendurch mehr Gespräche, z.B. im PA Raum, um manche Situationen einfach nochmal zu besprechen. Zum Beispiel Feedback geben und auch theoretischen Unterricht. Aber vor allem Feedback ob ich etwas gut gemacht habe. In der Situation.
87	I: Mit mehr Raum dafür? Für solche Rücksprachen?
88	B: Ja genau. Mehr Zeit für Rücksprachen.
89	I: Und auch so etwas wie Unterricht? Theorieunterricht?
90	B: Ja, theoretischen Unterricht auch. Dann kann man noch mehr so mit den fachlichen Wörtern arbeiten.
91	I: Also das sprachliche nochmal zu üben. OK. Und du hattest vorhin ja auch noch gesagt, du hättest dir, also du würdest es gut finden, wenn nur einer die Einarbeitung macht. Oder wenige.
92	B: Ja.
93	I: Wenige Personen einarbeiten, kontinuierlich.
94	B: Das finde ich gut, weil dann der Mensch, der mit dem du gearbeitet hast, also der dann aufpasst, der weiß dann Bescheid, was für Fehler du machst. oder wo du nicht aufmerksam bist. Weil wenn ein anderer kommt, dann bist 2 Wochen mit einem 2 Wochen mit einem anderen, ja das ist auch gut, weil du dann lernst noch andere Tricks sozusagen.
95	I: Der eine macht das eine so und der andere hat seinen Schwerpunkt da...
96	B: Ja. Aber ich finde für den Anfang ist es schon besser, wenn so eine Kontinuität vorhanden ist.
97	I: Die ersten 4 Wochen?
98	B: Auch 2 Monate würde ich sagen.
99	I: Ok.
100	B: Und so die letzten, da kannst du gut jede Woche wechseln.
101	I: Ok. Wir sind immer noch beim wünschen. Gibt es etwas, was der Arbeitgeber, die Stationsleitung oder auch das Team noch für dich hätte tun können, um dir deinen Einstieg zu erleichtern?
102	B: Ja, ich glaube, das haben sie schon, dass sie mich akzeptiert haben sozusagen, das Team und auch die Leitung.
103	I: Vom Arbeitgeber gibt es da noch etwas, wo du Unterstützungsangebote gewünscht hättest?
104	B: Nee also - sie haben mir auch alles so was ich wollte sozusagen, so haben sie gemacht.
105	I: Was denn?

106	B: Also, ja sie haben sich gekümmert halt. Ja gut, vielleicht mussten sie sich nicht so sehr kümmern um mich. Aber ich glaube, wenn ich eine Wohnung gebraucht hätte, dann hätten sie das auch gemacht. Wie bei anderen auch. Aber ich war stabil als ich in (Klinikname) anfang. Sie haben mich auch gefragt, ob ich etwas Unterstützung brauche oder so. Aber sie haben sich schon auch gekümmert und Fragen gestellt.
107	I: Ok. Gibt es noch irgendwas? Wünsche?
108	B: Weiß ich nicht. Vielleicht so ein für Ausländer so ein, wie soll ich sagen so ein Treffen 2x im Jahr oder 1x im Jahr für alle Ausländer, so dass wir uns so ein bisschen austauschen können. Das würde ich gut finden. Um zu hören, wie es den anderen geht und um uns zu vernetzen. Also, ich war auch mal in einer Firma, die hatten das so organisiert. Da bespricht man dann auch, was es noch so für Probleme gibt. Oder was man verbessern kann.
109	I: Ja, sehr schön.
110	B: Also, das finde ich ist eine gute Idee. Weil ich war ja auch auf diesem Beatmungsseminar und da haben wir auch ausländische Kollegen getroffen, die nicht bei uns in der Klinik arbeiten, aber aber das war schon eine schöne Erfahrung, wie man das macht warum man das macht.
111	I: Wo warst du?
112	B: Bei der Firma Y. Bei dem Beatmungsseminar für Anfänger. Dort war auch eine Kollegin, die auch am Anfang ist, auch das erste Mal auf der Intensivstation und da war der Austausch sehr schön.
113	I: Ja, gut. Jetzt haben wir über deine Ankunft hier gesprochen über deine Einarbeitung. Gibt es aus deiner Sicht noch etwas zu diesem ganzen Thema, was dir wichtig ist und worüber wir bis jetzt noch nicht gesprochen haben?
114	B: Ja, wichtig für mich ist, dass ich viel lerne. Dass ich mich in diesem Beruf verbessern kann. Ich würde gerne wie PK1 sein, dass man so viel weiß. Sie guckt einfach den Patienten an und weiß sofort was er hat und was er nicht hat. Das wünsch ich mir auch! (lacht)
115	I: Ok. Das ist auch eine lange Berufserfahrung, das lernt niemand in einem Jahr.
116	B: Aber das ist schon mein Ziel. Aber sonst so, wichtig für mich ist, ja dass ich alles gut mache sozusagen. Dass ich gut arbeite und weiterlerne und weiterkomme.
117	I: Gut ja, dann vielen Dank für das Gespräch. Dann sind wir beim Ende angekommen.

Anhang 7: Transkript Interview 3

1	Interview 3
2	I: Vielen lieben Dank, dass du dich bereiterklärst hast, das Interview mit mir zu führen. Ich möchte als erstes ein paar Rahmenbedingungen mit dir besprechen.
3	B: OK.
4	I: Aus welchem Land kommst du und wo hast du deine Ausbildung zur Pflegefachkraft absolviert?
5	B: Ich komme aus Italien und ich habe in Rumänien gelernt und dann in Italien studiert. Ja, ich habe eine Anerkennung in Italien gemacht. Ein Studium.
6	I: Also, in Rumänien war es eine Ausbildung und in Italien dann noch ein Studium, richtig?
7	B: Ja, genau.
8	I: OK. Und seit wann lebst und arbeitest du in Deutschland?
9	B: Seit 9 Monaten. Seit erstem Mai letztes Jahr. 2019.
10	I: Wie war das, hast du nach deinem Examen in verschiedenen Settings gearbeitet? Kannst du das ein bisschen beschreiben, in welchen Bereichen du wie lange gearbeitet hast?

11	B: Ich habe viel auf der Intensivstation gearbeitet. Aber auch im, wie heißt das, IMC Bereich. Auch medizinische, normale Abteilungen, ja verschiedene Abteilungen auch.
12	I: Wieviele Jahre ungefähr?
13	B: Ich arbeite seit 20 Jahren. Seit 2000.
14	I: Und du hast in Italien bereits Erfahrungen in der Intensivpflege gemacht. Wie viele Jahre ungefähr?
15	B: 5 Jahre auf der Intensivstation und 4 Jahre oder 5 Jahre im IMC Bereich.
16	I: OK. Wenn du dich jetzt an deine erste Zeit hier an deinem neuen Arbeitsplatz erinnerst, auf der Intensivstation, wie hast du diese erste Zeit erlebt?
17	B: Schrecklich. Sehr schrecklich (lacht). Ich hatte viel Angst zu Anfang, weil alles neu war. Ich musste ... ich hatte keine Ahnung, was ich machen muss, deswegen hatte ich viele Probleme weil die Arbeit hier ganz anders ist als in Italien. Und ich musste nochmal alles lernen wie ich hier arbeiten muss. Ich hatte viele Hoffnungen hier alles besser zu machen, aber vielleicht habe ich es nicht sehr gut gemacht. (lacht)
18	I: Wieso?
19	B: Hm, ja, auf der Station X habe ich eine schlechte Erfahrung gemacht.
20	I: OK. Möchtest du darüber sprechen?
21	B: Nein.
22	I: In Ordnung. Und was hat dich in dieser Zeit dann am meisten beschäftigt?
23	B: Hm, mein Kopf. Ich musste alle und alles verstehen. Die Sprache war erstmal, auch wenn du einen Deutschkurs gemacht hast, verstehst du nicht alle und es ist alles schwierig, alles schwierig und dein Kopf ist immer immer beschäftigt. Immer beschäftigt und das macht viel Stress und wenn die Kollegen keine Geduld haben, ist das sehr schwierig zu machen. Schwierig. Und deswegen hatte ich viel Angst vor dem Arbeiten. Und ja.
24	I: Angst auch zur Arbeit zu kommen?
25	B: Ja genau.
26	I: Und gibt es auch Dinge, die dir geholfen haben am Anfang, dich zurecht zu finden, Personen, Strukturen zum Beispiel?
27	B: Nee, nein, ich musste das alleine machen. Ich musste das alleine machen. Jetzt auf der Station Y habe ich vielleicht die richtigen Personen gefunden, die mir geholfen haben.
28	I: Nach dem Wechsel auf eine andere Intensivstation?
29	B: Ja, genau.
30	I: Was hat dir dort geholfen?
31	B: Ich brauchte nur Verstärkung. Ja. Das war für mich klar, dass ich arbeiten konnte und deswegen bin ich zurecht gekommen.
32	I: Und was hat dir die meisten Probleme bereitet am Anfang?
33	B: Am meisten die Sprache. Das ist eine Barriere. Du kannst nicht gut die Diagnosen verstehen, die Probleme von den Patienten verstehen oder wenn ein Arzt eine Anordnung macht, kannst du das nicht verstehen. Das macht, ähm, du bist allein. Und du hast eine Grenze, du kannst nicht arbeiten.
34	I: Du hattest aber schon einen Einarbeiter an deiner Seite?
35	B: Einarbeiter ja. Ja aber verstehen musste ich es alleine. Niemand hat mit mir italienisch gesprochen. Auch außerhalb der Arbeit nicht. Deswegen war alles sehr schwierig.
36	I: Das waren die großen Probleme, die Sprache?
37	B: Ja, genau.
38	I: OK.

39	B: Du kannst auch ein Jahr oder 2 Jahre deutsch lernen aber erstmal musst du Geduld haben und vielleicht Schritt für Schritt kommst du zurecht. Das braucht viel Zeit.
40	I: OK., Zeit und Geduld?
41	B: Genau. Ich bin ein bisschen ungeduldig aber die Kollegen waren es auch. Das macht ein schlechtes Team.
42	I: Und wie unterscheiden sich deine Tätigkeiten jetzt von denen in Italien? Kannst du das beschreiben?
43	B: Ich habe viele andere Kompetenzen als hier. Deswegen musste ich auch neue Kompetenzen hier lernen. Ich kann ja nicht alles wissen, okay. Niemand kann alles wissen. Man muss eben lernen. Ich wollte lernen aber ohne Geduld konnte ich das nicht machen. Okay, ich hatte andere verschiedene Kompetenzen, die ich hier vielleicht nicht brauche aber, ja, ganz genau.
44	I: Hattest du das Gefühl, dass deine fachlichen Kompetenzen hier von den Kollegen nicht anerkannt werden?
45	B: Offiziell sind viele Kompetenzen nicht anerkannt. Und auf der Station X wollte auch niemand etwas davon wissen. Jetzt auf der Station Y konnte ich einiges machen. Sonografie zum Beispiel und andere Dinge. Ich konnte das machen.
46	I: Also dort wurden deine Kompetenzen mehr geschätzt?
47	B: Ja, genau.
48	I: Und welche Kompetenzen musstest du hier neu lernen?
49	B: PRISMA [Hämofiltration] zum Beispiel. Das hatte ich vorher noch nicht gekannt. Hm, welche Kompetenzen (...). Ja, zum Beispiel die Körperpflege der Patienten. Es ist hier ganz anders als in Italien. Wir hatten mehr Hilfskräfte dafür. Ich habe das gar nicht gemacht. Aber ich musste lernen, wie es hier gemacht wird. Ja, alles ist irgendwie neu und man muss ein bisschen viel Zeit haben, um zu verstehen, welche Dinge kann ich machen, beherrsche ich sicher und welche Dinge muss man nochmal lernen. Und ja, deswegen... Ich hatte oft das Gefühl, dass ich diese Zeit am Anfang nicht bekommen habe. Für mich war es schnell so, "Du musst das jetzt können". Ich hätte für mich mehr Zeit gebraucht. Das ist vielleicht am Anfang ein bisschen schief gelaufen. Aber auch mein Charakter ist nicht so einfach. Weißt du, ich habe einen kräftigen Charakter und ich lasse mich nicht so schnell klein machen. Deswegen hatte ich wohl auch Probleme.
50	I: Und jetzt zurzeit in deinem Arbeitsalltag, wie geht es dir jetzt? Fühlst du dich fachlich integriert?
51	B: Ja, ja, ich fühle mich auf der richtigen Straße. Ich bin nicht komplett integriert, weil ich muss noch andere Dinge lernen aber ja, ich bin auf der richtigen Straße, zu lernen und mich hier zu integrieren.
52	I: Und sozial ins Team, fühlst du dich da wohl?
53	B: Ja, schon. (Pause) Hm, ich bin nicht sehr sozial, wie heißt das, ich bin gern ein bisschen für mich. Ja, aber das ist mein Charakter. Aber ja, ich habe kein Problem mit den Kollegen auf der Station Y.
54	I: Und fühlst du dich jetzt sprachlich schon genügend ausgebildet?
55	B: Ich verstehe, das ist schon mal genug. Wenn man versteht finde ich, ist das der richtige Schritt zum lernen und das Sprechen kommt immer mehr mit dem tun, mit dem Üben. Es ist immer noch schwierig, du liest viel und du verstehst und kennst die Worte aber manchmal kannst du sie dann doch nicht sprechen. Du weißt was du sprechen willst aber du kannst es in dem Moment nicht. Aber das Verstehen ist schon ganz gut geworden. Ich verstehe die Anordnungen oder die Übergaben. Bisschen langsam manchmal noch aber ich verstehe. Das braucht einfach Zeit, man lernt die Sprache nicht so schnell. Meine Frau hat eine gute Erfahrung gemacht, sie hat alles ein bisschen langsamer gemacht, erstmal auf einer normale Station angefangen und jetzt am 1. Januar hat sie auf der Überwachungsabteilung, das geht gut. Langsam auch bei ihr aber es geht gut.

56	I: Wäre das für dich vielleicht auch besserer Weg gewesen, erstmal langsam auf einer weniger komplexen Station, wie der Intensivstation hier anzufangen?
57	B: Vielleicht wäre es gut gewesen. Aber ich wollte sofort auf Intensiv arbeiten, ich habe gedacht alles andere ist nicht gut für mich. Kann sein, dass es ein anderer Weg besser gewesen wäre....
58	I: Und wenn du jetzt nochmal auf deine Ankunftszeit zurück schaust, wenn du dir jetzt ganz frei etwas wünschen könntest, wie hättest du dir die erste Zeit gewünscht?
59	B: Ich hatte viele Hoffnungen und deswegen und für mich war das ganze wie ein Krieg den ich gewinnen musste. Ich war erst auf der falschen Straße, das habe ich später gemerkt, aber jetzt bin ich auf der richtigen Straße, das wollte ich.
60	I: Und was hättest du dir gewünscht, damit du gleich auf der richtigen Straße bist?
61	B: Ich verstehe nicht, was du meinst.
62	I: OK. Als du angekommen bist. Wie hättest du dir deine Ankunft auf der Station X gewünscht? Wie es optimal für dich gewesen wäre.
63	B: Ah, ok, ich verstehe. (...) Das ist schwierig zu (...) Ich weiß es nicht. Oder ich kann es nicht sprechen. Ich verstehe immer noch nicht so ganz, was du meinst. Kannst du das nochmal wiederholen?
64	I: OK. Was hätten die Kollegen oder die Stationsleitung für dich tun können, damit der Anfang leichter für dich gewesen wäre?
65	B: Ah, ok leichter, ich verstehe. Entschuldigung. Okay, leichter machen. (...) Nichts. Vielleicht war einfach der Charakter das Problem, weißt du. Die anderen Personen haben alles gemacht aber für mich war es nicht richtig. Weißt du, die anderen ausländischen Kollegen V. und J. bei denen hat es gut geklappt. Sie sind gut integriert, deswegen denke ich, mit mir hat es einfach nicht gepasst, auf der ersten Station. Zwischen den Personen denke ich, nicht die Strukturen, ich denke schon, es war persönlich. Ich hatte ein bisschen persönliche Probleme mit einigen Personen dort und deswegen war ich nicht mehr offen für alles andere. Und ich habe vielleicht auch Dinge gesagt, die nicht in Ordnung waren. Ich spreche häufig zuerst und denke erst danach. Das ist manchmal nicht gut. Verstehst du, was ich meine?
66	I: Ich verstehe es ein bisschen. Meinst du, es wäre mit anderen Personen anders gewesen?
67	B: Ja, genau. Ich glaube schon. Auf der Station Y ist es ja anders.
68	I: Also hätten die begleitenden Personen schneller ausgetauscht werden müssen? Wäre das eine Lösung gewesen?
69	B: Nein. Ich hatte ein Problem mit einer Person und deswegen war für mich alles negativ und es konnte nicht mehr besser werden. Mein Eindruck war bei Allem negativ und es fühlte sich immer nur negativ an, gegen mich. Das hat sich bei Allem so fortgesetzt. Aber das war persönlich und ich denke, das passt eigentlich nicht in dieses Interview.
70	I: Also war dann deine Entscheidung die Station zu wechseln der richtige Weg, um besser ankommen zu können?
71	B: Ja. Erst wollte ich das Krankenhaus wechseln, ich wollte kündigen. Ich habe das nochmal versucht. Als letzten Weg. Ich hatte noch niemals Probleme, nur hier in Deutschland habe ich diese Probleme. Und ich habe gedacht, das ist nicht möglich und ich muss etwas machen. Aber jetzt auf der Station Y ist alles gut. Wenn es da nicht gegangen wäre, dann hätte ich gewechselt, das Krankenhaus gewechselt.
72	I: Wir haben jetzt über deine Ankunft und die Einarbeitung gesprochen. Gibt es aus deiner Sicht noch etwas, das ich nicht gefragt habe, das dir aber wichtig ist und du mir noch sagen möchtest?
73	B: Das ist kompliziert. Das ist mir zu persönlich. Ich möchte das im Interview nicht sagen. Ich weiß nicht, nein ich möchte nichts mehr sagen.

Anhang 8: Kodierungen und Paraphrasen

Code/Kategorie	Absatz	Segment	Paraphrase
Fachlichkeit	26	Es ist nicht schlimm, du musst dich nicht falsch fühlen nur weil du noch lernen musst.	
Fachlichkeit	65	Also, ich fühl mich schon integriert und so fachlich, ja je nachdem was es so für Krankeheitsbilder sind. Je nachdem wie schwer krank der Mensch ist. Da kommen immer so Fragen, bei denen ich nicht sicher bin. Aber dafür frage ich dann immer den Arzt. Ich glaube, kein Mensch kann alles wissen, oder? Also schon die Basis und wenn ich einmal so einen Patienten, der so krank war betreut habe, der bestimmte Krankheiten hat, wenn dann der zweite kommt, dann weiß ich schon besser bescheid.	Routineversorgung ist kein Problem. Unsicherheiten bei neuen Situationen bestehen. Können gut gelöst werden durch Kommunikation mit den Ärzten.
Fachlichkeit	69	Also, zum Beispiel als ich dann alleine war, hatte ich Patienten, die noch niemals betreut hatte. Und dann: "Oh, was mach ich jetzt." Aber dann habe ich schnell nachgedacht, was man macht, was man nicht macht. Und ja, dann habe ich viele Fragen gestellt. Das gehört auch dazu. Und ja, dann habe ich den Patienten gerettet sozusagen und auch mich. (lacht)	Routineversorgung ist kein Problem. Unsicherheiten bei neuen Situationen bestehen. Können gut gelöst werden durch Kommunikation mit den Ärzten.
Fachlichkeit\Berufserfahrung	8	Ich habe mein Studium 2014 abgeschlossen, dann habe ich sofort angefangen als Krankenschwester zu arbeiten, im ambulanten Dienst und als Zeitarbeiterin. Hier in Deutschland habe ich ein Jahr als GPA gearbeitet, während ich auf meine Anerkennung gewartet habe. Und jetzt bin ich Pflegefachkraft in Deutschland seit zwei Jahren.	Insgesamt 5 Jahre Berufserfahrung in der Pflege, seit 3 Jahren in Deutschland mit Anerkennung seit 2 Jahren.
Fachlichkeit\Berufserfahrung	13	Ich arbeite seit 20 Jahren. Seit 2000.	
Fachlichkeit\Defizite Fachkompetenz	14	Ich finde, dies ist eine Station, auf der man sehr viel Fachkompetenz braucht. Das bedeutet für mich wirklich wieder, die Bücher nehmen, die Fachbücher nehmen und lesen und auch wieder mit anderen Leuten mich zu konfrontieren und auch mich selbst zu aktualisieren. So können wir es sagen. Das was ich studiert hatte auf jeden Fall ist auch schon 5 Jahre her und viele Sachen haben sich verändert.	Bedeutung der Fachkompetenz auf ITS
Fachlichkeit\Defizite Fachkompetenz	26	Ja. Aber wie ein ganz normaler Prozess. Es ist nicht schlimm, du musst dich nicht falsch fühlen nur weil du noch lernen musst.	Defizite in der Fachlichkeit sind nicht schlimm wenn man mit Motivation neues Lernen will

Fachlichkeit\Defizite Fachkompetenz	66	habe ich zum Beispiel jetzt diese Weiterbildung Beatmung gemacht . Da habe ich gemerkt, dass ich zwar studiert habe, aber dass es nur oberflächlich war, nicht so in die Tiefe ging. Vor Al-lem war es etwas, dass ich aus den Büchern hatte und ich musste das lernen für mein Examen. Es hatte nichts mit meiner Praxis zu tun.	Erkenntnis über die Notwendigkeit von vertieftem Fachwissen.
Fachlichkeit\Defizite Fachkompetenz	49	PRISMA [Hämofiltration] zum Beispiel. Das hatte ich vorher noch nicht gekannt. Hm, welche Kompetenzen (...). Ja, zum Beispiel die Körperpflege der Patienten. Es ist hier ganz anders als in Italien. Wir hatten mehr Hilfskräfte dafür. Ich habe das gar nicht gemacht. Aber ich musste lernen, wie es hier gemacht wird.	Durchführung der Körperpflege musste neu gelernt werden. Dafür gab es Hilfspersonal.
Fachlichkeit\Erfahrung Intensivstation	12	Nein, nur während der Ausbildung habe ich für einen Monat die Ausbildung in der Intensivstation gehabt.	Berufserfahrung ITS nur in der Ausbildung, jetzt 10 Monate ITS in Klinik X
Fachlichkeit\Erfahrung Intensivstation	27	Nur in meiner Ausbildung. Und das war eigentlich ein Aufwachraum.	ITS Erfahrung nur in der Ausbildung.
Fachlichkeit\Erfahrung Intensivstation	29	nicht so direkt Intensiv. Also war ich schon so, ich hatte ein paar Einsätze aber die waren nicht so krank, so die Leute, sozusagen.	Patienten waren dort nicht so schwer erkrankt.
Fachlichkeit\Erfahrung Intensivstation	31	Das war nicht so eine richtige Intensiv, so wie ich das jetzt beurteilen würde. Ja. Also da waren schon manche Situationen und bei uns da war viel mit Verbrennung, also mit septischen Patienten.	Patienten waren dort nicht so schwer erkrankt.
Fachlichkeit\Erfahrung Intensivstation	11	Ich habe viel auf der Intensivstation gearbeitet. Aber auch im, wie heißt das, IMC Bereich. Auch medizinische, normale Abteilungen, ja verschiedene Abteilungen auch.	
Fachlichkeit\Erfahrung Intensivstation	15	5 Jahre auf der Intensivstation und 4 Jahre oder 5 Jahre im IMC Bereich.	5 Jahre Erfahrung Intensivstation
Fachlichkeit\Fachliche Integration nach Einar- beitung	58	ich habe jetzt ein bisschen meine, meinen kleinen sicheren Ort gefunden, wo ich sage kann, okay - bis hier kann ich das machen. Das Problem ist, dass mein sicherer Ort ist noch wirklich klein und das ist noch nicht genug dafür, dass ich mich total integriert fühle und auf jeden Fall auch selbständig fühle mit meiner Arbeit. Das ist etwas, das mir wahrscheinlich fehlt und fehlt mir sehr, dass ich mich noch nicht selbständig fühle.	Sicherheit nach der Einarbeitung erlangt für selbständige Übernahme der Arbeit. Aber noch nicht sicher in allen Eventualitäten des Arbeitsalltags.
Fachlichkeit\Fachliche Integration nach Einar- beitung	64	manchmal fühle ich mich wirklich nicht ... ich fühle mich nicht total wohl. Weil, es fehlt mir diese weiß nicht, vielleicht kann ich es vergleichen ... manchmal fühle ich mich wie ein Baby das die ersten Schritte macht in einer Welt in der es eigentlich schon erwachsen sein sollte. Und wo es auch schon erwachsen gewesen ist. in einer anderen Zeit. in einem anderen Leben.	Noch kein komplettes Gefühl der Sicherheit, Status als Anfänger ist schwierig, weil man vorher schon in der eigenen Fachlichkeit weiter war.

Fachlichkeit\Fachliche Integration nach Einarbeitung	51	a, ja, ich fühle mich auf der richtigen Strasse. Ich bin nicht komplett integriert, weil ich muss noch andere Dinge lernen aber ja, ich bin auf der richtigen Strasse, zu lernen und mich hier zu integrieren.	Das Gefühl auf dem richtigen Weg zu sein ist jetzt vorherrschend.
Fachlichkeit\Nichtanerkennung der Fachlichkeit	45	Offiziell sind viele Kompetenzen nicht anerkannt. Und auf der Station X wollte auch niemand etwas davon wissen. Jetzt auf der Station Y konnte ich einiges machen. Sonografie zum Beispiel und andere Dinge. Ich konnte das machen.	Aberkennung von Fachlichkeit/Kompetenzen wird als abwertend empfunden. Nach dem Wechsel auf Station Y wurde die vorhandene Fachlichkeit mehr gewürdigt und stärkte das Selbstbewusstsein.
Motivation nach Deutschland zu kommen	6	Jetzt sind es 3 Jahre, die ich in Deutschland wohne und arbeite. Ich bin hier her gekommen und hatte schon eine Arbeit hier. Und auch wegen der Arbeit bin ich hierher nach Deutschland, nach Hamburg gekommen.	Anreiz einer Arbeit bildet die Grundlage für die Migration
Motivation nach Deutschland zu kommen	17	Ich wollte als erstes eine gute Arbeit finden. Das ist in Rumänien nicht einfach. Man verdient sehr wenig Geld. Außerdem wollte ich gerne etwas neues kennenlernen und ja auch einfach mehr Lernen. Ich glaube, viele Rumänen wollen gerne in Deutschland leben und arbeiten. Und mit dem Beruf als Krankenschwester war das eine gute Möglichkeit.	Arbeit und Verbesserung der Lebensbedingungen als Grund für Migration.
Probleme\Erlebte Anfangszeit	14	Ich muss sagen, ich habe mich sehr unter Druck gefühlt. Die Wahrheit ist... Ich habe mich gefragt, es war sowieso nach so langer Zeit, die ich nicht mehr in einem Krankenhaus gearbeitet habe, ich hätte mich auf jeden Fall auch in Italien unter Stress und unter Druck gefühlt. Ich musste erstmal wieder in die "Idee" von einem Krankenhaus wieder hineinkommen und in die Intensivstation. Das ist auch der Grund, weshalb ich diese Entscheidung getroffen habe.	Hoher Druck in die Strukturen eines deutschen Krankenhauses und der ITS zu verstehen und sich hineinzufinden
Probleme\Erlebte Anfangszeit	20	Sehr beschäftigt hat mich persönlich zu verstehen, ob ich mich in dieser Intensivstation wohlfühlen könnte, ob das die richtige Abteilung für mich sein kann. Beruflich auf jeden Fall wirklich wieder mich sicher zu fühlen. Zu wissen, was ich kann und was ich noch lernen muss, worüber muss ich noch zweifeln. Das für mich selbst zu verstehen hat mich sehr beschäftigt.	Zweifel richtige Entscheidung
Probleme\Erlebte Anfangszeit	33	Ja, also, die erste Zeit, das war ziemlich schwer. Weil alles neu war, andere Methoden sozusagen, also es war schwer.	Schwierig erlebte Anfangszeit. Das Einfinden in die Strukturen in Deutschland fiel schwer.
Probleme\Erlebte Anfangszeit	35	Also die Krankheitsbilder. Wegen der Übersetzung.	Am Anfang sehr beschäftigt mit dem Verstehen der Fachsprache.
Probleme\Erlebte Anfangszeit	17	Schrecklich. Sehr schrecklich (lacht). Ich hatte viel Angst zu Anfang, weil alles neu war. Ich musste ... ich hatte keine Ahnung, was ich machen muss, deswegen hatte ich viele Probleme	Anfangszeit wird schrecklich und voller Angst empfunden. Angst vor dem vielen Neuen und davor die Arbeiten neu Lernen zu müssen.

Probleme\Erlebte Anfangszeit	23	Ich musste alle und alles verstehen. Die Sprache war erstmal, auch wenn du einen Deutschkurs gemacht hast, verstehst du nicht alle und es ist alles schwierig, alles schwierig und dein Kopf ist immer immer beschäftigt. Immer beschäftigt und das macht viel Stress und wenn die Kollegen keine Geduld haben, ist das sehr schwierig zu machen. Schwierig. Und deswegen hatte ich viel Angst vor dem Arbeiten.	Durch die am Anfang sehr großen Defizite in der Sprachkompetenz entstand großer Stress und viel Angst.
Probleme\Erlebte Anfangszeit	33	Am meisten die Sprache. Das ist eine Barriere. Du kannst nicht gut die Diagnosen verstehen, die Probleme von den Patienten verstehen oder wenn ein Arzt eine Anordnung macht, kannst du das nicht verstehen. Das macht, ähm, du bist allein. Und du hast eine Grenze, du kannst nicht arbeiten.	Größtes Problem ist die fehlende Sprachkompetenz. Kommunikation mit Patienten, Ärzten und Pflegenden ist erschwert. Die Arbeit ist ohne Verstehen nicht möglich.
Probleme\Kommunikation	36	hat mir geholfen auf jeden Fall mit den Anderen zu reden. Mit den anderen Kollegen. Den Jungen genauso wie auch die Alten, erfahrenen Kollegen zu reden	
Probleme\Kommunikation\Kollegen Pflege	35	Einarbeiter ja. Ja aber verstehen musste ich es alleine. Niemand hat mit mir italienisch gesprochen. Auch außerhalb der Arbeit nicht. Deswegen war alles sehr schwierig.	Trotz individueller Einarbeitung fühlt sich die Person allein gelassen.
Probleme\Kommunikation\Sprachkompetenz jetzt	74	Nein gar nicht. Ich fühle, dass ich benutze weniger ... ich verstehe, ich verstehe immer besser und am meisten viele Worte, es ist wahr, da sie aus dem lateinischen kommen, deswegen sind sie für mich einfach aber diese Worte zu benutzen das ist für mich nicht leicht.	Das Verstehen auch von Fachsprache wird immer besser aber das eigene Sprechen fällt immer noch schwer.
Probleme\Kommunikation\Sprachkompetenz jetzt	76	ich habe auch bemerkt zum Beispiel dass die Aussprache viele Probleme macht, weil wenn zum beispiel ich sage "hyper", hyperto. Es ist manchmal nicht einfach für die anderen, das zu verstehen, dass ich "hoch" meine und nicht "hypo" ... niedrig. Deswegen muss ich etwas anderes sagen, ich sage dann immer, ich benutze einfache Worte, wie "hoher Blutdruck" oder so.	Aussprache der Fachsprache wird von den Deutschen manchmal nicht richtig verstanden, daher werden einfache Worte verwendet.
Probleme\Kommunikation\Sprachkompetenz jetzt	55	Ich verstehe, das ist schon mal genug. Wenn man versteht finde ich, ist das der richtige Schritt zum lernen und das Sprechen kommt immer mehr mit dem tun, mit dem Üben. Es ist immer noch schwierig, du liest viel und du verstehst und kennst die Worte aber manchmal kannst du sie dann doch nicht sprechen. Du weißt was du sprechen willst aber du kannst es in dem Moment nicht. Aber das Verstehen ist schon ganz gut geworden. Ich verstehe die Anordnungen oder die Übergaben. Bisschen langsam manchmal noch aber ich verstehe.	Die sprachliche Kompetenz hat sich sehr verbessert. Das Verstehen ist schon sehr gut und gibt Sicherheit. Das Sprechen fällt zum Teil noch schwer und braucht mehr Zeit.
Probleme\Kommunikation\Sprachliche Probleme allgemein	30	Und die Angst, dass ich manchmal nicht schnell genug bin zu verstehen.	Kommunikationsprobleme mit Ärzten aufgrund von unzureichender sprachkompetenz führt zu Angst etwas wichtiges nicht zu verstehen, z.B. in Notfallsituationen

Probleme\Kommunikation\Sprachliche Probleme allgemein	30	Und mit vielen Ärzten habe ich wirklich Schwierigkeiten mit der Sprache.	Kommunikationsprobleme mit Ärzten aufgrund von unzureichender sprachkompetenz führt zu Angst etwas wichtiges nicht zu verstehen, z.B. in Notfallsituationen
Probleme\Kommunikation\Sprachliche Probleme allgemein	31	Also Sprache ist schon ein größeres Problem? B: Ja. Das ist schon das meiste.	
Probleme\Kommunikation\Sprachliche Probleme allgemein	32	Und vor Allem wie gesagt bei den Kollegen kann ich immer nachfragen, passiert das mit den Ärzten ist der Kontakt manchmal schwierig.	Kommunikation mit Ärzten ist schwieriger. Mehr Angst.
Probleme\Kommunikation\Sprachliche Probleme allgemein	32	und wenn ein Notfall passiert, da ist es normal, da muss ich schnell und sofort verstehen, da haben wir keine Zeit um wieder nachzufragen da wird erwartet, dass ich verstehe.	Kommunikation mit Ärzten ist schwieriger. Mehr Angst. Sprache als größtes Problem
Probleme\Kommunikation\Sprachliche Probleme allgemein	77	Hm, nicht so, also schon - alle sagen mir, dass ich so gut spreche aber ich finde, nicht so gut. Ich übe immer noch, lerne dazu. I: Was fehlt dir noch? B: Ja, so manche fachlichen Wörter fehlen mir einfach. Fachsprache.	Sprachkompetenz wird von den Deutschen besser eingeschätzt als die Selbsteinschätzung. Defizite werden im Bereich Fachsprache gesehen.
Probleme\Kommunikation\Sprachliche Probleme allgemein	83	Wir müssen ja auch nicht so viel schreiben durch die Computerakte. Ja, wenn ich alles aufschreiben müsste, wäre es schwieriger.	Schriftsprachliche Kompetenz wird als gut eingeschätzt. Als Vorteil wird die Möglichkeit der digitalen Dokumentation gesehen.
Probleme\Kommunikation\Sprachliche Probleme allgemein	33	Am meisten die Sprache. Das ist eine Barriere. Du kannst nicht gut die Diagnosen verstehen, die Probleme von den Patienten verstehen oder wenn ein Arzt eine Anordnung macht, kannst du das nicht verstehen. Das macht, ähm, du bist allein. Und du hast eine Grenze, du kannst nicht arbeiten.	
Probleme\Mit anderen Berufsgruppen	30	Was mir vor Allem Probleme gemacht hat, ist die Beziehung zu den Ärzten.	Kommunikationsprobleme mit Ärzten aufgrund von unzureichender sprachkompetenz führt zu Angst etwas wichtiges nicht zu verstehen, z.B. in Notfallsituationen
Probleme\Mit anderen Berufsgruppen	30	Und mit vielen Ärzten habe ich wirklich Schwierigkeiten mit der Sprache.	
Probleme\Mit anderen Berufsgruppen	32	Und vor Allem wie gesagt bei den Kollegen kann ich immer nachfragen, passiert das mit den Ärzten ist der Kontakt manchmal schwierig.	

Probleme\Mit Kollegen Pflege	71	Erst wollte ich das Krankenhaus wechseln, ich wollte kündigen. Ich habe das nochmal versucht. Als letzten Weg. Ich hatte noch niemals Probleme, nur hier in Deutschland habe ich diese Probleme. Und ich habe gedacht, das ist nicht möglich und ich muss etwas machen. Aber jetzt auf der Station Y ist alles gut. Wenn es da nicht gegangen wäre, dann hätte ich gewechselt, das Krankenhaus gewechselt.	Gedanke an Kündigung, Wechsel des Arbeitgebers, erwogen dann Entschluss die Abteilung zu wechseln. Danach wurde es besser.
Probleme\Mit Kollegen Pflege	27	Nee, nein, ich musste das alleine machen. Ich musste das alleine machen. Jetzt auf der Station Y habe ich vielleicht die richtigen Personen gefunden, die mir geholfen haben.	Im ersten Arbeitsbereich herrschte das Gefühl vor allein gelassen worden zu sein. Nach einem Wechsel auf Station Y fühlte die Person sich durch das Team mehr unterstützt.
Probleme\Mit Kollegen Pflege	33	Aber sonst so zwischenmenschliche Probleme, gab es die auch? B: Ich finde nicht persönlich. Ich finde, dass ab und zu im ganzen Team gibt es schon Probleme aber das gehört nicht nur zu mir das ist mehr das ich diese Probleme fühle aber andere Kollegen, die schon lange da sind das gleiche empfinden. Probleme im Team, allgemein.	
Probleme\Mit Kollegen Pflege	45	a, die gibt es schon. Die gibt es überall, glaube ich... Menschen, mit denen du einfach nicht klarkommst. Aber das ist halt Arbeit.	Zwischenmenschliche Probleme gibt es überall, geringe Relevanz für die Arbeit.
Probleme\Mit Kollegen Pflege	47	Es gibt die alten Menschen, die viel Erfahrung haben und wenn du neu kommst und keine Erfahrung hast wird gefragt: "Wieso kannst du das nicht?" oder also so.	Ungeduld von erfahrenen Kollegen ist ein Problem.
Probleme\Mit Kollegen Pflege	51	Aber bis jetzt hatte ich noch keine Probleme in den Teams in denen ich gearbeitet habe, mit Kollegen. Nur als ich hier war, ja, also das war, ich wollte auch eigentlich weggehen. Zwischendurch.	Zwischendurch gab es Probleme durch den geforderten Anspruch der Kollegen. Ein Wechsel des Arbeitsplatzes wurde erwogen.
Probleme\Mit Kollegen Pflege	53	Aber jetzt ist es gut, jetzt geht es. Jetzt geht es (lacht)	
Probleme\Mit Kollegen Pflege	41	Ich bin ein bisschen ungeduldig aber die Kollegen waren es auch. Das macht ein schlechtes Team.	Kollegen und die Person selbst waren ungeduldig. Es wäre mehr Zeit und Geduld nötig gewesen.
Probleme\Mit Kollegen Pflege	49	Das ist vielleicht am Anfang ein bisschen schief gelaufen. Aber auch mein Charakter ist nicht so einfach. Weißt du, ich habe einen kräftigen Charakter und ich lasse mich nicht so schnell klein machen. Deswegen hatte ich wohl auch Probleme.	Charakterlichen Eigenheiten führten zu zwischenmenschlichen Problemen.
Soziale Integration	68	Ja, ich glaube, außer meine Besonderheiten, dass ich nicht so eine große Sozialperson bin, aber ich finde das, ja kann ich sagen (lacht).	

Soziale Integration	70	Aber wie gesagt, ich sage über mich selber, dass ich nicht so sozial bin, und deswegen kann ich nicht anderen die Schuld geben wenn ich mich nicht selber integriere. Ich mache keine großen Schritte, um mich zu integrieren, deswegen kann ich die Schuld nicht anderen geben. Aber ich weiß, dass gehört zu mir.	
Soziale Integration	70	Ich frage mich schon ein bisschen, okay, mag sie mich (...) ich denke, dass sie mich mag. Ist das wahr oder nicht aber ich glaube manchmal ist das mehr meine Unsicherheit, als etwas, das ich erlebt habe in den Beziehungen mit den Anderen. Im allgemeinen kann ich sagen, dass ich mich integriert fühle.	Unsicherheiten darüber was andere über einen denken, unabhängig davon was erlebt wurde. Gefühl der sozialen Integration vorhanden.
Soziale Integration	71	Also schon, ja. Ich bin schon integriert.	
Soziale Integration	73	man kann halt nicht mit allen so Freunde sein, aber das muss man auch nicht.	
Soziale Integration	53	a, schon. (Pause) Hm, ich bin nicht sehr sozial, wie heißt das, ich bin gern ein bisschen für mich. Ja, aber das ist mein Charakter. Aber ja, ich habe kein Problem mit den Kollegen auf der Station Y.	Sagt sich selbst wenig soziale Kompetenz nach. Hat aber jetzt keine zwischenmenschlichen Probleme mehr im Team nach dem Wechsel der Abteilung.
Unterschiede zum Heimatland	42	Dies ist schon ein Gefühl, das ich hier in Deutschland nicht gehabt habe. Die Pflegefachkräfte schaffen es mehr zu sagen, das ist meine Aufgabe und das gehört nicht zu mir.	Schärfere Trennung des ärztlichen und pflegerischen Tätigkeitsbereichs als in Italien
Unterschiede zum Heimatland	48	die Aufgaben sind besser getrennt als in Italien. Ich finde das gut natürlich, damit man mit weniger Belastung arbeiten kann. Manchmal habe ich das Gefühl, dass es ein bisschen zu stark ist. In einem Zustand wie jetzt sind wir in jedem Krankenhaus in einem Zustand wo wir wenig Personal haben. Manchmal kann diese Trennung auch nicht ganz helfen.	Einerseits ist die Aufgabentrennung gut, da man mit weniger Belastung arbeiten kann, andererseits ist die Trennung oft sehr starr und verzögert dadurch die Patientenversorgung.
Unterschiede zum Heimatland\Gesetzliche Unterschiede	38	es gibt schon Unterschiede. Eins kann sein schon die Verantwortung, dass die Pflegefachkräfte fühlen, dass es ist in Italien eine andere ist als hier. Weil wir vor Allem in den letzten Jahren in Italien, es ist immer mehr stärker das Gefühl dass die Verantwortung gesetzliche Konsequenzen haben kann. Das ist neu im Gesetz in Italien.	Verantwortung in Deutschland anders als in Italien, andere rechtliche Konsequenzen
Unterschiede zum Heimatland\Gesetzliche Unterschiede	40	das war auch für die Ärzte, dass wenn sie einen Fehler machen in ihrer Arbeit, sie können auf jeden Fall angezeigt werden.	
Unterschiede zum Heimatland\Gesetzliche Unterschiede	37	Und auch wie man damit umgeht hier in Deutschland. Auch gesetzlich. Die Abläufe zum Beispiel. Auch mit Tracheotomie und so. Dass, wenn es keinen Betreuer gibt, man einen gesetzlichen bestellen muss, und so. Diese Sachen sind in Rumänien nicht immer so. Es wird anders gehandhabt. Hier arbeitet man viel mehr mit dem Gesetz. Wegen Anklage und so.	Die Gesetze und der Umgang damit sind in Deutschland anders als in Rumänien.

Unterschiede zum Heimatland\Gesetzliche Unterschiede	39	In Rumänien gibt es schon so ein paar Regeln aber nicht so streng.	Regeln und Gesetze sind in Rumänien weniger streng als in Deutschland.
Unterschiede zum Heimatland\Kulturelle Unterschiede	70	Worüber ich mir manchmal Gedanken mache, das ist, und das ist vielleicht ein bisschen ein kultureller Unterschied, dass ist, es mir nicht immer einfach fällt zu verstehen was die Kollegen denken.	
Unterschiede zum Heimatland\Kulturelle Unterschiede	70	Ich finde, die Deutschen in Hamburg sind sehr höflich, sehr formal aber manchmal auch zuviel höflich und formal. Ich verstehe nicht, was sie wirklich denken. Das gilt auch für die Kollegen. Manchmal weiß ich nicht ganz genau, was sie denken über das was ich sage oder was passiert.	Schwierigkeiten die Denkweise der Deutschen (Hamburger) nachzuvollziehen. Das kann zu Rückzug im Kontakt führen.
Unterschiede zum Heimatland\Kulturelle Unterschiede	72	ich möchte keine Vorurteile äußern, weil natürlich nachher, jede Person anders ist, es ist klar. Aber ich habe immer schon, das ist wie eine rote Linie gefunden, man braucht manchmal ein bisschen mehr Zeit, wirklich, dass die anderen sich sicherer fühlen, einfach seine Gefühle sagen ohne Probleme zu machen, okay, ohne zu denken, ich könnte sie beleidigen oder nicht, einfach sagen: Ich denke das.	Es braucht Zeit, um Kollegen im Team besser kennenzulernen und Unsicherheiten im Kontakt abzubauen.
Unterschiede zum Heimatland\Unterschiedliche Tätigkeiten	52	Und vielleicht ist es auf der Intensivstation schon ein bisschen anders, weil auf der Intensivstation die Pflegefachkraft eine große Verantwortung hat, das spielt eine große Rolle und man arbeitet schon wirklich mit den Ärzten zusammen.	Auf der Intensivstation wird die Trennung und die Übernahme von Verantwortung nicht so streng getrennt empfunden wie auf einer Normalstation.
Unterschiede zum Heimatland\Unterschiedliche Tätigkeiten	17	ich musste nochmal alles lernen wie ich hier arbeiten muss.	Große Unterschiede zu den Tätigkeiten in Italien.
Unterschiede zum Heimatland\Unterschiedliche Tätigkeiten	55	Ja, also, es ist schon eine Differenz. In Rumänien haben wir nicht gewaschen. Da waren die Helferinnen, die das machen. Da hilfst du nur. Aber dafür hattest du auch ein bisschen mehr Patienten.	Keine Übernahme der Körperpflege im Heimatland. Dafür mehr Patienten zu betreuen.
Unterschiede zum Heimatland\Unterschiedliche Tätigkeiten	59	Hilfspersonal und, zum Beispiel, Verbände und was so machen wir schon aber ja das mit waschen, was auch viel Zeit kostet, hat jemand anders gemacht.	Körperpflege komplett durch Hilfspersonal
Unterschiede zum Heimatland\Unterschiedliche Tätigkeiten	17	weil die Arbeit hier ganz anders ist als in Italien.	
Unterschiede zum Heimatland\Unterschiedliche Tätigkeiten	43	Ich habe viele andere Kompetenzen als hier. Deswegen musste ich auch neue Kompetenzen hier lernen. Ich kann ja nicht alles wissen, okay. Niemand kann alles wissen. Man muss eben lernen. Ich wollte lernen aber ohne Geduld konnte ich das nicht machen. Okay, ich hatte andere verschiedene Kompetenzen, die ich hier vielleicht nicht brauche aber, ja, ganz genau.	Diskrepanz: vorhandene Kompetenzen werden hier nicht gebraucht, dafür müssen neue Kompetenzen erlernt werden.

Unterstützung	24	Sehr geholfen haben mir die Kollegen. Ich habe in meiner Einarbeitung viel Zeit mit Praxisanleiterin 1 verbracht und sie hat mir viel Unterstützung gegeben. Sie hat meine Zweifel verstanden auch über meine Person und was brauchte ich wirklich auch wieder, um mich zu ordnen. Über die ganzen verschiedenen Informationen, die ich in den drei Monaten Einarbeitung bekommen habe. Sie hat mir geholfen alles wieder in Ordnung zu bringen und sie hat mir persönlich Mut gegeben	Persönliche Unterstützung durch Praxisanleiter war sehr hilfreich
Unterstützung	37	Wir hatten die Patienten und dann haben wir auch sehr viel darüber gesprochen was passieren kann und was nicht.	Persönliche Unterstützung durch Praxisanleiter war sehr hilfreich.
Unterstützung	41	Es hat mir sehr viel geholfen, als ich nur mit einer Person war. Ich glaube, das bringt viel mehr, wenn du zum Beispiel die 3 Monate nur mit einer Person machst. Weil er weiß schon Bescheid, was du weißt und was du nicht weißt. Und dann kann er dich auch unterstützen und du kannst ihn auch so fragen.	Direkte, persönliche Einarbeitung durch nur eine Person war sehr hilfreich.
Unterstützung	42	Also die Kontinuität und das Vertrauensverhältnis zu einem Mentor? B: Das finde ich besser, weil wenn du immer zwischendurch wechselst, dann ist es so blöd bis du dich so mit jemandem kennenlernst. Das dauert ein bisschen lange.	Kontinuität der Einarbeitung schafft ein besseres Vertrauensverhältnis zwischen Einarbeitendem und neuem Mitarbeiter, dies sorgt für ein größeres Dicherheitsgefühl bei dem neuen MA.
Unterstützung	51	Aber dafür hatte ich auch Kollegen, die mir geholfen haben. das kannst du so machen oder dies kannst du so machen. Und guckst du halt. Aber das gibt es überall, glaube ich.	Geduldige, einfühlsame Kollegen helfen sehr.
Unterstützung\Durch Arbeitgeber	80	Der Arbeitgeber hat mir auch einen Sprachkurs angeboten. Leider war das nicht so interessant, auf jeden Fall das war nicht so eine große Hilfe gewesen weil das war ein gemeinsamer Kurs, das war nicht nur für Intensivstation, sondern auch für die anderen Stationen und natürlich hatten wir verschiedene Interessen.	Allgemeiner Sprachkurs vom Arbeitgeber hat nicht sehr geholfen, die Themen hätten spezifischer für die Intensivstation sein müssen.
Unterstützung\Durch Arbeitgeber	101	Gibt es etwas, was der Arbeitgeber, die Stationsleitung oder auch das Team noch für dich hätte tun können, um dir deinen Einstieg zu erleichtern? B: Ja, ich glaube, das haben sie schon, dass sie mich akzeptiert haben sozusagen, das Team und auch die Leitung.	Unterstützung durch Akzeptanz.



Unterstützung\Durch Arbeitgeber	106	Also, ja sie haben sich gekümmert halt. Ja gut, vielleicht mussten sie sich nicht so sehr kümmern um mich. Aber ich glaube, wenn ich eine Wohnung gebraucht hätte, dann hätten sie das auch gemacht. Wie bei anderen auch. Aber ich war stabil als ich in (Klinikname) anfang. Sie haben mich auch gefragt, ob ich etwas Unterstützung brauche oder so. Aber sie haben sich schon auch gekümmert und Fragen gestellt.	Der Arbeitgeber hat sich sehr gekümmert und hätte bei Behörden-gängen, Formalitäten und Wohnungssuche unterstützt. Dies war aber nicht notwendig.
Unterstützung\Durch Team	27	Das hat dir Sicherheit gegeben? B: Ja, genau. Und auch genauso die Sätze der anderen Kollegen, die mich mit anderen Kollegen vergleichen und sagen ok ich fühle mich nicht sicher oder so und nach jedem Mal eine Hilfe zu haben, das hat mir wirklich geholfen	Sicherheit durch Kollegen
Unterstützung\Durch Team	32	Und vor Allem wie gesagt bei den Kollegen kann ich immer nachfragen	Bei anderen Pflegenden ist die Angst nachzufragen wesentlich geringer
Unterstützung\Durch Team	36	zu verstehen hat mir geholfen auf jeden Fall mit den Anderen zu reden. Mit den anderen Kollegen. Den Jungen genauso wie auch die Alten, erfahrenen Kollegen zu reden.	Große Hilfe um zu verstehen mit Kollegen reden.
Unterstützung\Durch Team	33	Manchmal ist es auch jetzt noch schwer, weil ich treffe so manche Situationen, die ich nicht vorher hatte aber dafür habe ich auch Kollegen, die mich unterstützen.	Erlebte Unterstützung durch Kollegen bei neuen Situationen.
Unterstützung\Durch Team	27	Nee, nein, ich musste das alleine machen. Ich musste das alleine machen. Jetzt auf der Station Y habe ich vielleicht die richtigen Personen gefunden, die mir geholfen haben.	
Verbesserungen	80	vielleicht ein Sprachkurs aber für jede Abteilung.	
Verbesserungen	65	Nichts. Vielleicht war einfach der Charakter das Problem, weißt du. Die anderen Personen haben alles gemacht aber für mich war es nicht richtig. Weißt du, die anderen ausländischen Kollegen V. und J. bei denen hat es gut geklappt. Sie sind gut integriert, deswegen denke ich, mit mir hat es einfach nicht gepasst, auf der ersten Station. Zwischen den Personen denke ich, nicht die Strukturen, ich denke schon, es war persönlich. Ich hatte ein bisschen persönliche Probleme mit einigen Personen dort und deswegen war ich nicht mehr offen für alles andere. Und ich habe vielleicht auch Dinge gesagt, die nicht in Ordnung waren.	Persönliche Probleme die mit dem eigenen Charakter und nicht mit die Abteilung ans ich zu tun hatten haben einen Abteilungswechsel notwendig gemacht. Die befragte Person meint nicht mehr offen für Verbesserungen und Lösungen gewesen zu sein.
Verbesserungen\Feedback	84	Und als drittes, vielleicht mehr - vor Allem in der Anfangszeit aber auch später oder dem ersten Jahr, wenn sich jemand noch nicht so integriert fühlt in der Arbeit mehr Feedback zu bekommen. Von den Kollegen selber oder für den Fall auch von den Leitern von den, zu sagen ok - dies machst du gut aber es fehlt dir noch das.. das.. das..	Es wird sich mehr konkretes, qualifiziertes Feedback in der Einarbeitungszeit und danach gewünscht. Von den Kollegen, Praxisanleitern und der Stationsleitung.

Verbesserungen\Feed-back	86	Ein bisschen wirklich zu verstehen nicht nur selber diesen Prozess zu machen okay, das geht, wie gesagt ich hab, wie hab ich früher erzählt, ich habe mich sortiert, meine Fähigkeiten sortiert, aber ich möchte auch ein Feedback von den anderen haben, wenn ich denke, das ist richtig oder nicht.	Es wird sich mehr konkretes, qualifiziertes Feedback in der Einarbeitungszeit und danach gewünscht. Von den Kollegen, Praxisanleitern und der Stationsleitung.
Verbesserungen\Feed-back	86	Ja vielleicht, mehr so diese Unterstützung, nicht nur praktisch, sondern zwischendurch mehr Gespräche, z.B. im PA Raum, um manche Situationen einfach nochmal zu besprechen. Zum Beispiel Feedback geben und auch theoretischen Unterricht. Aber vor allem Feedback ob ich etwas gut gemacht habe. In der Situation.	Wunsch nach mehr konkretem, qualifiziertem Feedback und theoretischem fallbezogenen Unterricht.
Verbesserungen\Feed-back	88	Mehr Zeit für Rücksprachen.	Wunsch nach mehr konkretem, qualifiziertem Feedback und theoretischem fallbezogenen Unterricht.
Verbesserungen\Kontinuierliche Einarbeitung	94	Das finde ich gut, weil dann der Mensch, der mit dem du gearbeitet hast, also der dann aufpasst, der weiß dann Bescheid, was für Fehler du machst. oder wo du nicht aufmerksam bist. Weil wenn ein anderer kommt, dann bist 2 Wochen mit einem 2 Wochen mit einem anderen, ja das ist auch gut, weil du dann lernst noch andere Tricks sozusagen.	Eine kontinuierliche Einarbeitung durch eine Person für die ersten 2 Monate wird als sinnvoll erachtet und sich gewünscht.
Verbesserungen\Wünsche\Austausch andere Ausländer	108	Vielleicht so ein für Ausländer so ein, wie soll ich sagen so ein Treffen 2x im Jahr oder 1x im Jahr für alle Ausländer, so dass wir uns so ein bisschen austauschen können. Das würde ich gut finden. Um zu hören, wie es den anderen geht und um uns zu vernetzen.	Organisierte Treffen zum Austausch mit anderen Arbeitsmigrant*innen
Verbesserungen\Wünsche\Austausch andere Ausländer	108	Da bespricht man dann auch, was es noch so für Probleme gibt. Oder was man verbessern kann.	
Verbesserungen\Wünsche\Austausch andere Ausländer	110	Also, das finde ich ist eine gute Idee. Weil ich war ja auch auf diesem Beatmungsseminar und da haben wir auch ausländische Kollegen getroffen, die nicht bei uns in der Klinik arbeiten, aber aber das war schon eine schöne Erfahrung, wie man das macht warum man das macht.	Erfahrungsaustausch
Verbesserungen\Wünsche\Individueller Einarbeiten	78	So, vielleicht kann ich sagen eine Einarbeitung, die könnte ein bisschen mehr persönlich sein. Meine persönlichen Fähigkeiten oder mehr gesagt meine Schwächen und meine Stärken ...	Es wird sich eine individuellere Einarbeitung bezüglich der individuellen Fähigkeiten gewünscht.
Verbesserungen\Wünsche\Wunsch für die eigene Zukunft	88	was denken wirklich die Kollegen über nicht nur neue Kollegen, dass sie kommen, neue Mitarbeiter, die vielleicht ganz neu sind und keine Erfahrung haben auf der Intensivstation sondern auch was denken sie über die Ausländer, dass sie kommen. Denken sie, dass ist auf jeden Fall ein zu schwerer Prozess oder wenn sie denken es ist möglich aber haben sie eine andere Idee zu: Wie sollte das laufen.	Was denken die deutschen Kollegen über neue Mitarbeiter aus dem Ausland?

Verbesserungen\Wünsche\Wunsch für die eigene Zukunft	88	wirklich zu verstehen, was denken die Kollegen, wenn die Kollegen auch einen Unterschied merken wenn einer Ausländer ist, ob sie eine Idee haben, wie es besser laufen sollte, um auch die Ausländer richtig zu integrieren. Nicht nur neue Mitarbeiter...	Haben die deutschen Kollegen Vorschläge wie die Integration von Ausländern verbessert werden kann?
Verbesserungen\Wünsche\Wunsch für die eigene Zukunft	94	manchmal sehe ich dass es ein paar gibt, dass sie nicht alle so zufrieden sind. Wenn dieses Thema aufkommt, es kommen neue Mitarbeiter, wie das läuft, aber ich habe auch keinen Vorschlag bekommen. Z.B. sie sollten es so, so, so machen. Deswegen frage ich mich, wie wird das in dem Team gesehen.	
Verbesserungen\Wünsche\Wunsch für die eigene Zukunft	114	Ja, wichtig für mich ist, dass ich viel lerne. Dass ich mich in diesem Beruf verbessern kann. Ich würde gerne wie PK1 sein, dass man so viel weiß. Sie guckt einfach den Patienten an und weiß sofort was er hat und was er nicht hat. Das wünsch ich mir auch! (lacht)	Oberstes Ziel: Durch Lernen eine hohe Fachkompetenz erlangen.
Verbesserungen\Wünsche\Wunsch für die eigene Zukunft	116	wichtig für mich ist, ja dass ich alles gut mache sozusagen. Dass ich gut arbeite und weiterlerne und weiterkomme.	Ziel: Gut arbeiten und weiterkommen.
Verbesserungen\Wünsche\Zeit	49	Ja, alles ist irgendwie neu und man muss ein bisschen viel Zeit haben, um zu verstehen, welche Dinge kann ich machen, beherrsche ich sicher und welche Dinge muss man nochmal lernen. Und ja, deswegen... Ich hatte oft das Gefühl, dass ich diese Zeit am Anfang nicht bekommen habe. Für mich war es schnell so, "Du musst das jetzt können". Ich hätte für mich mehr Zeit gebraucht.	Mehr Zeit benötigt um die Unterschiede zu verstehen und zu lernen sie umzusetzen.

Eidesstattliche Erklärung

„Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel verwendet habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.“


, den 28.02.2020