Evangelische Hochschule für angewandte Wissenschaften – Evangelische Fachhochschule Nürnberg

Gesundheits- und Pflegemanagement

Bachelorarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Arts B.A.

Arbeitsmigration in der Pflege

Ein unterschiedliches Pflegeverständnis als Herausforderung für die berufliche Integration in Deutschland

Work Migration in Nursing

The Challenge of a Differing Philosophy of Nursing for a Vocational Integration in Germany

Lisa Tiller

Gutachterin: Frau Prof. Dr. rer. pol. Christine Güse

Abgabetermin: 04.02.2021

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Zahl Pflegebedürftiger in Deutschland steigt, während schon jetzt von einem Fachkräftemangel im Bereich der Pflege die Rede ist. Um Personalengpässen entgegenzuwirken wird vermehrt auf die Strategie des Anwerbens von Pflegefachpersonen aus dem Ausland gesetzt. Doch trotz steigender Zahlen ausländischer Pflegefachpersonen in der beruflichen Pflege in Deutschland gestaltet sich eine berufliche Integration dieser nicht ohne Herausforderungen. Die Thematik des unterschiedlichen Pflegeverständnisses von migrierten und in Deutschland etablierten Pflegefachpersonen als Herausforderung für die berufliche Integration wird in dieser Arbeit beleuchtet.

Zielsetzung: Hierzu wird das Pflegeverständnis der migrierten sowie der in Deutschland etablierten Pflegefachpersonen herausgearbeitet. Dies soll der Identifizierung diesbezüglicher Differenzen zwischen den Betroffenen dienen. Eine erfolgreiche berufliche Integration der migrierten Pflegefachpersonen in Deutschland soll aufgrund eines unterschiedlichen Pflegeverständnisses so nicht gefährdet werden.

Vorgehen: Das Pflegeverständnis in Deutschland wird im Verlauf auf Grundlage der Qualifikation sowie der Aufgaben und Kompetenzen herausgearbeitet und in den internationalen Vergleich gesetzt. Zudem erfolgt eine Erweiterung um Aspekte, welche ebenfalls Einfluss auf das jeweilige Pflegeverständnis nehmen. Die Durchführung einer empirischen Untersuchung ergänzt die Darstellung mit weiteren Erkenntnissen hinsichtlich des unterschiedlichen Pflegeverständnisses der beteiligten Pflegefachpersonen. Anhand theoretischer Grundlagen sowie der gewonnen Ergebnisse wird anschließend auf die berufliche Integration der migrierten Pflegefachpersonen in Deutschland eingegangen und Handlungsmaßnahmen hierzu erstellt.

Ergebnisse: Als zentrale Ergebnisse sind Differenzen hinsichtlich des Pflegeprozesses mit dessen Tätigkeiten und der hierfür notwendigen Kompetenzen in Bezug auf die Grund- und Behandlungspflege zu nennen. Der Pflegeprozess als Kern der beruflichen Pflege in Deutschland muss migrierten Pflegefachpersonen nicht immer geläufig sein. Zudem verfügen Pflegefachpersonen im Ausland über eine erweiterte Handlungsautonomie, was den Tätigkeits- und Kompetenzbereich der beruflich Pflegenden zu Deutschland unterscheidet. Diese Differenzen und die damit einhergehende unterschiedliche Ausrichtung beruflicher Pflege in Richtung *„Caring“* (Deutschland) oder *„Nursing“* (Ausland) machen eine erfolgreiche berufliche Integration von migrierten Pflegefachpersonen in Deutschland zu Herausforderung.

Fazit: Um eine erfolgreiche berufliche Integration migrierter Pflegefachpersonen zu erzielen ist es notwendig sowohl das Pflegefachpersonal aus dem Ausland als auch das Pflegefachpersonal in Deutschland im Vorfeld über Unterschiede, welche das Pflegeverständnis betreffen ausreichend zu informieren und zu sensibilisieren. Eine aktive Auseinandersetzung mit diesen Unterschieden ist notwendig, um ein Bewusstsein und Akzeptanz dafür bei den Beteiligten zu schaffen.

Abstract

Background: The number of people in need of care is rising, while there is already a shortage of skilled labor in nursing. In order to counteract this shortage an increasing number of caregivers and nurses are being hired from abroad. Despite rising numbers of foreign professionals in nursing in Germany, the vocational integration of those workers often represents a challenge. This thesis focusses on the differing philosophies of nursing of migrated and well-established professionals in Germany as a challenge for a vocational integration.

Purpose: For this purpose, the differing philosophies of nursing of migrated and of established professional nurses will be elaborated, which serves the identification of the discrepancies of the groups in question. A differing philosophy of nursing shall not be an impediment for a successful vocational integration of these workers.

Approach: In course of this paper the German philosophy of nursing will be elaborated on the basis of qualification, as well as of the tasks and competences and the results will be compared internationally. Additionally, factors which influence the philosophy of nursing will be taken into consideration. This depiction will be supplemented by the findings of an empirical research regarding the differing philosophies of nursing. Subsequently, by means of the theoretical foundation and the results of the research, the vocational integration of the migrated nurses in Germany will be discussed and possible measures will be developed.

Findings: The central findings are the differences regarding the care process and its tasks, as well as its necessary competences concerning basic and treatment care. Migrated nurses are often unaware of the fact that the care process is the center of nursing in Germany. Furthermore, foreign nurses dispose an extended autonomy of their actions compared to the area of competence and operation in Germany. These discrepancies and the following differing orientations of vocational nursing – caring (Germany) and nursing (abroad) – obstruct a fruitful vocational integration of migrated nurses in Germany.

Conclusion: In order to accomplish the vocational integration, it is essential to inform and sensitize the migrated as well as the nurses in Germany in advance about the discrepancies concerning the philosophy of nursing. A proactive analysis of the discrepancies is needed in order to create a consciousness and acceptance within all parties involved.

Inhalt

Abbildungsverzeichnis I

Tabellenverzeichnis II

Abkürzungsverzeichnis III

1 Einleitung 1

2 Migration und Arbeit 3
- 2.1 Migration 3
- 2.2 Integration 5
- 2.3 Aktuelle Situation in Deutschland 7

3 Grundlegendes Pflegeverständnis 9
- 3.1 Begriffsklärung 10
- 3.2 Berufliche Pflege in Deutschland 11
  - 3.2.1 Berufliche Qualifikation 13
  - 3.2.2 Aufgaben und Kompetenzen 16
- 3.3 Berufliche Pflege im internationalen Vergleich 24
  - 3.3.1 Berufliche Qualifikation 24
  - 3.3.2 Aufgaben und Kompetenzen 27
- 3.4 Berufsethik 32

4 Erweitertes Pflegeverständnis 35
- 4.1 Persönliches Bild beruflicher Pflege 35
- 4.2 Kultur und Menschenbild 37
- 4.3 Berufliche Identität 39
- 4.4 Berufliche Erfahrung 41

5 Heterogenität des Pflegepersonals in Deutschland 43

6 Empirische Untersuchung zur Ermittlung von Unterschieden zwischen der beruflichen Pflege in Deutschland und dem Ausland 44
6.1 Untersuchungsdesign und Durchführung 44
6.2 Darstellung des Interviewleitfadens 46
6.3 Datensicherung und Auswertung 49
6.4 Ergebnisdarstellung und Interpretation 49

7 Berufliche Integration 53

8 Schlussbetrachtung 58

Literaturverzeichnis V

Anhang XII

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Vier-Schritt-Modell (Schewior-Popp et al. 2012: 75)..... 18

Abbildung 2: Sechs-Schritt-Modell (Schewior-Popp et al. 2012: 76).....19

Abbildung 3: Fallbeispiel 1 ATL Sich waschen und kleiden (Schewior-Popp et al. 2012: 285) 21

Abbildung 4: Fallbeispiel 2 ATL Essen und Trinken (Schewior-Popp et al. 2012: 315) 22

Abbildung 5: Pflege als Kontinuum von *„Nursing“* und *„Caring“* (Immenroth 2012: 12) ...31

Abbildung 6: Differenzierung des Pflegeverständnisses in Anlehnung an Juchli (Fischer 2013: 122).....32

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Verhältnis ausländischer und etablierter Pflegepersonen in Deutschland 9

Tabelle 2: Entwicklung des Pflegeverständnisses (Drerup 1993: 21) 11

Tabelle 3: Interviewleitfaden zum Anpassungslehrgang 48

Tabelle 4: Ergebnisse des Experteninterviews 50

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
ATL	Aktivität des täglichen Lebens
BA	Bundesagentur für Arbeit
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
BIBB	Bundesinstitut für Berufsbildung
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat
bspw.	beispielsweise
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
COVID-19	coronavirus disease 2019
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
Destatis	Statistisches Bundesamt
d.h.	das heißt
EU	Europäische Union
GEK	Gmünder Ersatzkasse
ggf.	gegebenenfalls
ggü.	gegenüber
GIZ	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit
ICN	International Council of Nurses
OP	Operation
PflAPrV	Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung
PflBG	Pflegeberufegesetz
SGB	Sozialgesetzbuch
StMGP	Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege
StMUK	Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus
Tsd.	Tausend
u.a.	unter anderem

u.U.	unter Umständen
WHO	World Health Organization
z.B.	zum Beispiel

1 Einleitung

Die vergangenen Monate und Wochen der Jahre 2020/21 bildeten einen bisher ereignisreichen Zeitabschnitt für die professionelle Pflege in Deutschland. Bedingt durch die anhaltende COVID-19-Pandemie wurde einmal mehr deutlich, wie wichtig Pflegepersonal für die Versorgung der Bevölkerung in Deutschland sowie international ist. Die Gesundheitseinrichtungen sind durch die hinzukommenden Herausforderungen dieser Tage besonders gefordert und tragen zur Bewältigung der erhöhten Fallzahlen erkrankter Patienten bei. Unterstrichen wird diese verantwortungsvolle Rolle durch die Liste systemrelevanter Bereiche. Kritische Infrastrukturen in Deutschland, wie das Gebiet der Gesundheit, werden darin bestimmt. (vgl. BMAS 2020, 04.11.2020, 09.00 Uhr) Auch das Motto: *„Nurses: A Voice to Lead - Nursing the World to Health“* (ICN 2020, 04.11.2020, 14.38 Uhr) des diesjährigen Internationalen Tags der Pflegenden könnte in der gegenwärtigen Situation nicht passender sein, um zu verdeutlichen, wie wichtig professionelle Pflege für die Gesellschaft weltweit ist. Aber nicht nur aufgrund der COVID-19-Pandemie ist die Pflege in Deutschland und weltweit in den Blickpunkt geraten. Mit der Entscheidung der WHO das Jahr 2020 zum „*Year of the Nurse and Midwife […]“* (WHO 2020, 01.11.2020, 13.11 Uhr) zu erklären, hat die professionelle Pflege ebenso Aufmerksamkeit erfahren. Ein Aspekt, welcher oft und aktuell besonders häufig in Verbindung mit der beruflichen Pflege in Deutschland einhergeht, ist die nicht neue, aber dennoch gegenwärtige Problematik des dort vorherrschenden Fachkräftemangels. So fehlen Fachkräfte derzeit in allen Pflegeberufen, während die Zahl Pflegebedürftiger steigt. (vgl. BMG 2018, 04.11.2020, 08.43 Uhr) Zum Jahresende 2019 waren 4,13 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig, wobei hiervon 2,33 Millionen Pflegebedürftige größtenteils von Angehörigen versorgt wurden. (vgl. Destatis 2020, 17.12.2020, 16.33 Uhr) Die steigende Zahl von Pflegebedürftigen wird hinsichtlich des demographischen Wandels auch in Zukunft nicht an Präsenz verlieren. Vorausberechnungen konkreter Zahlen für die Zukunft führen aufgrund unterschiedlich berücksichtigter Einflussfaktoren und Szenarien zu unterschiedlichen Ergebnissen. Eine Prognose, veröffentlicht durch den Barmer GEK Pflegereport 2016, besagt dass sich für die alternde Bevölkerung in Deutschland ein Anstieg auf 4,53 Millionen Pflegebedürftige bis zum Jahr 2060 erwarten lässt. (vgl. Rothgang et al. 2016: 85, 17.12.2020, 16.40 Uhr) Ohne ausreichend qualifiziertes Pflegefachpersonal ist eine adäquate professionelle Versorgung von Pflegebedürftigen in Deutschland nicht zu gewährleisten. Hierdurch entsteht eine zunehmende Notwendigkeit Fachkräfte für die berufliche Pflege in Deutschland zu gewinnen. Eine

Möglichkeit hierbei bildet die Akquirierung von Pflegefachpersonal aus dem Ausland. Seit 2012 hat sich die Zahl von 1500 jährlich eingewanderten Pflegefachpersonen um das Fünffache, nämlich auf 8800 eingewanderte Pflegefachpersonen im Jahr 2017 erhöht. Die Strategie des Anwerbens von Pflegefachpersonen aus dem Ausland scheint aber mit Problemen behaftet zu sein. In der Vergangenheit zeigte sich trotz steigender Zahlen ausländischer Pflegefachpersonen, die pro Jahr in Deutschland einwandern, dass sich eine Integration dieser in den betrieblichen Ablauf oft schwierig gestaltet. Nicht selten mündet dies in zwei zerstrittenen Lagern, bestehend aus etablierten Pflegefachpersonen auf der einen und den Neuankömmlingen auf der anderen Seite. (vgl. Deutsches Ärzteblatt 2019, 04.11.2020, 07.18 Uhr) Die Folge ist dann oftmals das Scheitern der beruflichen Integration der Neuankömmlinge in Deutschland.

Hierzu wird die Thematik eines unterschiedlichen Pflegeverständnisses von migrierten und etablierten Pflegefachpersonen, sowie die dadurch entstehende Herausforderung für eine erfolgreiche berufliche Integration der migrierten Pflegefachpersonen in Deutschland in dieser Arbeit beleuchtet. Ziel ist es das Pflegeverständnis von Pflegefachpersonen in Deutschland und dem Ausland herauszuarbeiten, um Differenzen hierbei zu erkennen, damit diese eine erfolgreiche berufliche Integration von migrierten Pflegefachpersonen in Deutschland nicht gefährden.

Im folgenden Kapitel 2 wird dazu ein Überblick über die Begriffe der Migration und Integration gegeben, sowie die derzeitige Situation der Arbeitsmigration in der Pflege in Deutschland dargestellt. In Kapitel 3 erfolgt die Darstellung theoretischer Grundlagen zum Begriff des Pflegeverständnisses. Weiterhin soll die obligatorisch durchlaufene Qualifizierung beruflich Pflegender sowie die damit einhergehenden Kompetenzen und Aufgaben als Grundlage für einen Vergleich zwischen Deutschland und dem Ausland dienen. Sich ergebende Differenzen in Bezug auf das Pflegeverständnis der migrierten und der in Deutschland etablierten Pflegefachpersonen werden in Kapitel 4 um weitere Aspekte ergänzt. Diese Differenzen begründen sich in eher informellen Gesichtspunkten und bringen subjektive Unterschiede zum Ausdruck. Die Aspekte des grundlegenden Pflegeverständnis wie auch des erweiterten Pflegeverständnisses führen insgesamt zu einer Heterogenität der beruflich Pflegenden. Dies wird im Kapitel 5 näher beleuchtet. Das Kapitel 6 umfasst die Erläuterung des Forschungsvorhabens sowie dessen Ergebnisse mit entsprechender Interpretation. Die gewonnen Daten wurden hier mittels Experteninterview erhoben. Im vorletzten Kapitel 7 wird unter Bezugnahme auf die dargestellten Unterschiede des Pflegeverständnisses sowie des Kapitel 2 auf die Integration der migrierten Pflegefachpersonen in die berufliche Pflege in

Deutschland eingegangen. Das beinhaltet das Aufzeigen von Handlungsmaßnahmen zur erfolgreichen betrieblichen. Abschließend erfolgt im Kapitel 8 eine Zusammenfassung der Thematik, eine kritische Reflexion und ein Ausblick.

2 Migration und Arbeit

Der Fachkräftemangel im Bereich der Pflege macht eine professionelle Versorgung der Gesellschaft in Deutschland bereits heute zur Herausforderung. Während bekannt ist, dass eine Erwerbstätigkeit in einem Pflegeberuf in Deutschland von der hier zu Lande lebenden erwerbsfähigen Bevölkerung als nur wenig attraktiv erachtet wird, entscheiden sich qualifizierte Fachkräfte aus dem Ausland hingegen, für eine berufliche Tätigkeit in der Pflege auf dem deutschen Arbeitsmarkt. Verbunden mit dieser Entscheidung ist dann häufig ein Umzug nach Deutschland. Der neue Arbeitsplatz und ein damit einhergehender veränderter Lebensmittelpunkt erfordern dann eine Integration der migrierten Fachkräfte im Zielland.

2.1 Migration

Wird vom Begriff der Migration gesprochen so ist zunächst eine Unterscheidung notwendig, ob die räumliche Mobilität mit einer Verlagerung des Wohnsitzes einhergeht. Erfolgt eine Verlagerung des Wohnsitzes auf Dauer oder zumindest temporär, wird dies als Wanderung oder Migration bezeichnet. Eine zirkuläre Mobilität liegt vor, wenn keine Verlagerung des Wohnsitzes stattfindet, sondern ein Pendeln zwischen verschiedenen Standorten. Gemeint sind hier bspw. alltägliche Bewegungen zwischen Wohnung und Arbeitsplatz. (vgl. de Lange et al. 2014: 126) Diese Bewegungen von Personen oder Personengruppen können global bedingt durch unterschiedliche Ursachen auftreten und bilden dabei kein neues Phänomen. Migration lässt sich dabei in räumliche und zeitliche Aspekte, sowie Entscheidungen/Ursachen und Umfang typologisieren. (vgl. Oswald 2007: 65 f.)

> Migration ist so alt wie die Menschheit. Als Jäger und Sammler den Jahreszeiten und Nahrungsmittelquellen zu folgen und sich den Naturgewalten anzupassen, macht mehr als neunundneunzig Prozent der Gattungsgeschichte des homo sapiens aus. Über mehrere Generationen an einem Ort sesshaft zu sein, markiert dagegen nur eine kurze Episode. (Pries 2001: 5)

Migration hervorgerufen durch den Wechsel von Jahreszeiten verdeutlicht hier bspw. den zeitlichen Aspekt von Wanderung. Sich hierdurch den Naturgewalten anzupassen und Nahrungsmittelquellen zu folgen veranschaulicht die Ursachen, welche die Migration in diesem Fall auslösen. Die Distanz, die hierbei überwunden werden muss, umfasst den räumlichen Aspekt. Von Migration können Personen oder Personengruppen unterschiedlichen Ausmaßes betroffen sein, was den Umfang von Migration beschreibt. Indem sich Menschen den für die Migration verantwortlichen Ursachen entziehen, wird deutlich, dass Menschen hierdurch versuchen eine Verbesserung ihrer Situation zu erzielen. Hierbei ist zu beachten, verschiedene Ursachen zu verschiedenen Migrationsformen führen, wie etwa der **Arbeitsmigration**. Eine einheitliche Definition von Migration oder auch Wanderung findet sich in der Literatur nicht. Drei Dimensionen sind jedoch maßgeblich für eine Begriffsumschreibung im soziologischen Kontext:

- Ortswechsel (Kriterien siehe oben)
- Grenzerfahrung
- Veränderung des sozialen Beziehungsgeflechts

Grenzerfahrung meint neben den räumlichen, komplexe persönliche/psychische Aspekte, sodass es sich bei Prozessen der Migration nicht nur um eine Überwindung geographischer Entfernungen handelt, sondern mit einer außerordentlichen psycho-sozialen Leistung einhergeht und sich über einen langen Zeitraum erstrecken kann. (vgl. Oswald 2007: 13 f.) Dies tritt bspw. auch auf die Arbeitsmigration zu. Unter Arbeitsmigration verstehen sich Vorgänge, in welchen Personen mit der Absicht einer Aufnahme von Arbeit sowie dem Ziel ihr Einkommen und ihre gesamten Lebensverhältnisse zu verbessern aus ihrem Herkunftsland in ein anderes Land wandern. (vgl. Heckmann 2015: 26) Mit dem Verlassen des Heimatlandes für eine berufliche Tätigkeit im Zielland verändert sich dann auch das soziale Beziehungsgeflecht der betroffenen Personen. Hierunter fallen u.a. auch Beziehungen und soziale Kontakte am neuen Arbeitsplatz.

Innerhalb der EU wird versucht ein gemeinsames Verständnis von Migration durch die Verwendung einheitlicher Fachbegriffe zu fördern. Eines der Kernprodukte des Europäischen Migrationsnetzwerks ist hierbei das Glossar Asyl und Migration, an welchem sich auch das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge orientiert. (vgl. BAMF 2020, 07.11.2020, 11.31 Uhr) Hierin wird ein Arbeitsmigrant als „Eine Person, die in einem Staat, dessen Staatsangehörigkeit sie nicht besitzt, eine Tätigkeit gegen Entgelt ausüben wird, ausübt oder ausgeübt hat“

(Europäisches Migrationsnetzwerk 2018: 40, 04.11.2020, 13.23 Uhr) bezeichnet. Entscheidet sich eine Pflegefachperson nun ihre Berufsausübung im Ausland zu vollziehen - es sei angemerkt, dass hierzu notwendige formale und rechtliche Voraussetzungen erfüllt sein müssen - hat zudem einen entsprechenden Arbeitsplatz und ist nicht im Besitz der deutschen Staatsangehörigkeit ändern sich hierdurch nicht nur räumliche, persönliche/psychische und soziale Aspekte, sondern auch der Arbeitsstatus der betroffenen Person. ArbeitsmigrantInnen werden durch das Verlassen ihres Herkunftslandes vor unterschiedliche individuelle Herausforderungen in ihrem Zielland gestellt. Hinsichtlich der neuen beruflichen Situation in Deutschland werden migrierte Pflegefachpersonen am neuen Arbeitsplatz auf die etablierten Kollegen treffen. Häufig mündet dies in einer sozialen Situation, in der Migranten von bereits Etablierten in die Rolle als Außenseiter gerückt werden. (vgl. Oswald 2017: 17) Daran ist erkennbar, dass Migration also immer weit mehr als eine bloße räumliche Bewegung ist. Die Rolle des Außenseiters lässt psycho-soziale Belastungen für die ausländischen Pflegefachpersonen entstehen. Hinzukommend haben diese oftmals andere Erwartungen und Auffassungen von beruflicher Pflege als ihre etablierten Kollegen. Die unterschiedlichen Ansichten der Pflegefachpersonen können zu Spannungen zwischen den Beteiligten führen. Für eine funktionierende Zusammenarbeit im beruflichen Kontext ist es daher notwendig die ArbeitsmigrantInnen bestmöglich an ihrem Arbeitsplatz zu integrieren. Ein Zustand, der in der Praxis allerdings nicht immer erreicht wird.

2.2 Integration

Integration ist nicht gleich Integration. Je nach Migrationsform ergeben sich unterschiedliche Konsequenzen für den Integrationsbedarf. So unterscheidet sich eine Integration bei Arbeitsmigration von einer Integration bei Migration aus humanitären Gründen. Dabei sind die individuellen Gegebenheiten entscheidend für die jeweilig unterschiedlichen Verläufe der Integration. (vgl. Heckmann 2015: 23 f.)

Eine entsprechend qualifizierte Pflegefachperson, welche in Form der Arbeitsmigration Zugang zum deutschen Arbeitsmarkt erlangt, hat demnach einen anderen Integrationsbedarf als Personen oder Personengruppen, die aus humanitären Gründen ihr Herkunftsland verlassen mussten. Das bedeutet jedoch nicht, dass alle migrierten Arbeitskräfte den gleichen Integrationsbedarf aufweisen. Ihre individuellen Voraussetzungen können ebenso unterschiedlich sein. Integration im sozilogischen Sinne meint ein Konzept mit einem Zustand

beständiger Beziehungen in einem zur Umwelt abgegrenztem sozialen System. Integrationsprozesse verfolgen dabei entweder das Sichern und Stärken der Beziehungen in einem bestimmten sozialen System oder eine Integration bzw. Eingliederung von neuen Zugehörenden in ein soziales System. (vgl. Heckmann 2015: 70) Diese zwei Möglichkeiten werden zum einen als Systemintegration und zum anderen als Sozialintegration bezeichnet. Unter Systemintegration wird der Zusammenhalt ganzer sozialer Systeme verstanden. Dies betrifft etwa Nationalstaaten mit ihren Unter-Systemen. Sozialintegration hingegen nimmt individuelle Akteure und ihre Integration in einem bereits bestehenden sozialen System in den Blick. (vgl. Esser 2006: 24-30) Migrierte Pflegefachpersonen in Deutschland sind von beidem betroffen, da sich die beiden Systeme gegenseitig bedingen. Bei der Systemintegration steht im Gegensatz zur Sozialintegration zwar nicht das Individuum, also die migrierte Pflegefachperson im Mittelpunkt, sondern die aufnehmende Gesellschaft als Ganzes, bestehend aus dessen einzelnen Gruppen und Elementen, trotzdem ist die migrierte Pflegefachperson sehr wohl aber von der Funktionalität des sozialen Systems als Ganzes betroffen. Beispiele hierfür sind das Rechtswesen oder auch die Politik, welche in Folge von Migration beeinflusst werden. Sozialintegration umfasst dabei vier Dimensionen (vgl. Heckmann 2015: 72):

- Strukturelle Integration
- Kulturelle Integration
- Soziale Integration
- Identifikative Integration

Wie bereits aufgezeigt wurde ist es notwendig Pflegefachpersonen aus dem Ausland u.a. im beruflichen Kontext mit zielführenden Maßnahmen an ihrem neuen Arbeitsplatz zu integrieren. Hierzu wird auf die vier Dimensionen der Sozialintegration im Kapitel 5 „Berufliche Integration“ noch vertiefend eingegangen werden. Allgemein zielt Integration in Deutschland darauf ab: „[…] alle Menschen, die dauerhaft und rechtmäßig in unserem Land leben, in die Gesellschaft einzubeziehen. [...]“. (BAMF 2020, 08.11.2020, 15.10 Uhr)
Da qualifizierte Arbeitskräfte aus dem Ausland eine wichtige Ressource für den Arbeitsmarkt in Deutschland darstellen, ist dies einer der Eckpfeiler der deutschen Zuwanderungspolitik. Die Rechtslage zur Arbeitsmigration wird dementsprechend dem wachsenden Bedarf an qualifizierten Fachkräften angepasst. (vgl. BMI 2020, 08.11.2020, 14.18 Uhr) Die allgemeine wirtschaftliche Entwicklung bestimmt die Nachfrage nach Arbeitskräften in einem Land.

Demnach ist es nicht neu, dass ein erhöhter Bedarf an Arbeitskräften, welcher nicht vollständig durch das Angebot des Arbeitsmarktes des jeweiligen Landes gedeckt werden kann dazu führt, dass das Möglichste unternommen wird, um diesen Engpass durch Arbeitskräfte aus dem Ausland zu kompensieren. (vgl. Han 2010: 74) Gesetze und Regularien erleichtern oder erschweren damit den Zugang und die Integration von ausländischen Pflegefachpersonen auf dem deutschen Arbeitsmarkt und sind damit ein Indikator für fehlende Fachkräfte.

2.3 Aktuelle Situation in Deutschland

Krankenhäuser, Pflegeheime und andere Einrichtungen stehen zunehmend vor dem Problem nicht über ausreichend qualifiziertes Pflegefachpersonal zu verfügen. Vom bereits genannten Fachkräftemangel ist dann oftmals die Rede. In Deutschland wird als Fachkraft verstanden, wer entweder eine anerkannte akademische Ausbildung oder eine anerkannte abgeschlossene Berufsausbildung mit einer Dauer von mindestens zwei Jahren nachweisen kann. Wenn die Nachfrage nach solchen Fachkräften nicht oder nicht ausreichend gedeckt werden kann besteht ein Fachkräftemangel. Dabei ist es variabel, ob sich der Fachkräftemangel auf einzelne Teilarbeitsmärkte bezieht oder gesamtwirtschaftlich zutrifft. (vgl. Deutscher Bundestag 2011, 08.11.2020, 16.00 Uhr)

Vom Fachkräftemangel in der Pflege betroffene Unternehmen im Gesundheitswesen ziehen daher die Maßnahme des Anwerbens von Pflegefachkräften bzw. Pflegefachpersonen aus dem Ausland in Betracht. In Europa hat die Möglichkeit der Rekrutierung von Pflegefachpersonen und medizinischem Personal eine lange Tradition. So wurden bereits in den 1970er Jahren bspw. zuerst aus Südkorea Krankenschwestern angeworben, später dann auch aus anderen asiatischen Ländern und im Süden Europas. (vgl. Schirilla und Waldhausen 2012: 22) Pflegefachpersonal aus dem Ausland ist in Deutschland also schon etwas länger gefragt. Aufgrund der zukünftigen gesellschaftlichen Entwicklungen, welche eine sinkende Zahl von Personen im erwerbsfähigen Alter als auch eine Steigerung der Anzahl potenziell Pflegebedürftiger erwarten lässt, wird diese Nachfrage auch weiterhin bestehen, beziehungsweise zunehmen. Dass das heimische Angebot qualifizierter Fachkräfte schon jetzt nicht ausreicht und Pflegefachpersonen aus dem Ausland benötigt werden, wird weiterhin dadurch gezeigt, dass vom Pflegefachkraftmangel betroffene Arbeitgeber Unterstützung von der Deutschen Fachkräfteagentur für Gesundheits- und Pflegeberufe bei der Rekrutierung von ausländischen Pflegefachpersonen erhalten. (vgl. BMG 2019, 08.11.2020, 14.44 Uhr)

Verdeutlicht werden hierdurch politische gesteuerte Maßnahmen, welche die Migration von Fachkräften für die Pflege und die verbundene Integration in Deutschland beeinflussen.
Der Bedarf an Pflegefachpersonen lässt sich aber auch durch entsprechende Zahlen belegen. In der Kranken- und Altenpflege waren im Jahr 2019 in Deutschland 1,68 Millionen Pflegefachpersonen sozialversicherungspflichtig beschäftigt. Darunter fielen 601.000 Beschäftigte in der Altenpflege und 1,09 Millionen Beschäftigte in der Gesundheits- und Krankenpflege. Insgesamt waren davon 172.000 ausländische Pflegefachpersonen. 90.000 ausländische Pflegepflegefachpersonen waren in der Krankenpflege tätig. 82.000 ausländische Pflegefachpersonen in der Altenhilfe. (vgl. BA 2020: 6-9, 04.11.2020, 11.23 Uhr) Im Jahr 2019 waren neben den EU-Mitgliedsstaaten (2600) die häufigsten Ausbildungsstaaten bei der Anerkennung des Berufs der Gesundheits- und Krankenpflege die Philippinen (2900), Bosnien und Herzegowina (2300), sowie Albanien (1300). Dies entspricht einem Zuwachs von 49 Prozent gegenüber dem Vorjahr. (vgl. Destatis 2020, 08.11.2020, 17.32 Uhr) Die Herkunftsstaaten können sich jedoch abhängig der dortig vorzufindenden Arbeitsmarktsituation oder dem Lohngefälle zwischen den Ländern ändern. So waren im Jahr 2012 ungefähr 20.000 *Enfermeras*, wie Pflegefachpersonen in Spanien bezeichnet werden, in ihrem Heimatland arbeitslos, während Deutschland einen Bedarf nach qualifiziertem Personal aufwies. Die Rekrutierung dieser Pflegefachpersonen nach Deutschland wurde daher damals von beiden Regierungen unterstützt. (vgl. Klopprogge et al. 2017: 123 f.) Die hohe Arbeitskräftenachfrage im Bereich der Pflege zeigte sich im Jahr 2019 außerdem durch 23.500 gemeldete Stellen für Arbeitskräfte im Bereich der Altenpflege und 16.200 gemeldete Stellen für die Krankenpflege. Die gemeldeten Stellen für examinierte Altenpflegefachpersonen sind bundesdurchschnittlich 205 Tage vakant. Dies bedeutet einen Anstieg von 22 Tagen gegenüber dem Jahr 2018. Auf 100 gemeldete Stellen kommen hier 25 Arbeitslose. Die gemeldeten Stellen für examinierte Krankenpflegefachpersonen sind bundesdurchschnittlich mit einer Zunahme von 21 Tagen gegenüber dem Vorjahr 174 Tage vakant. Auf 100 gemeldete Stellen kommen hier 54 Arbeitslose. (vgl. BA 2020: 14-17, 04.11.2020, 11.23 Uhr) Das Verhältnis von etablierten und migrierten Pflegepersonen insgesamt und in den Bereichen der Altenhilfe und Gesundheits- und Krankenpflege soll anhand der nachkommenden Tabelle 1 nochmals verdeutlicht werden.

Sozialversicherungspflichtig beschäftige Pflegepersonen 2019

	Altenhilfe	Gesundheits- und Krankenpflege	Gesamt
Pflegepersonen gesamt	601Tsd.	1090 Tsd.	1680 Tsd.
Anteil ausländische Pflegefachpersonen	82 Tsd.	90 Tsd.	172 Tsd.
Anteil gerundet in Prozent	13,6	8,3	10,2

Tabelle 1: Verhältnis ausländischer und etablierter Pflegepersonen in Deutschland

Es wird ersichtlich, dass insgesamt gut jeder zehnte sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in der Pflege eine ausländische Pflegeperson ist. In der Altenhilfe ist der Anteil ausländischer Pflegepersonen deutlich höher als in der Gesundheits- und Krankenpflege. In der Altenhilfe ist gut jede/r siebte beschäftigte Pflegeperson ohne deutschen Pass. In der Gesundheits- und Krankenpflege ist es nur gut jeder zwölfte Beschäftigte. In der Altenhilfe bedeutet dies seit 2014 einen Zuwachs von rund sieben Prozent und in der Gesundheits- und Krankenpflege einen Zuwachs von drei Prozent ausländischer Pflegepersonen. (vgl. BA 2020: 9, 04.11.2020, 11.23 Uhr)

3 Grundlegendes Pflegeverständnis

Pflege findet weltweit statt. Jedes Land hat je nach Bevölkerungsstruktur einen mehr oder weniger ausgeprägten Bedarf an Pflegefachpersonen zur Erfüllung des Bedarfs an Pflegeleistungen. Was professionelle Pflege in den einzelnen Ländern umfasst, kann jedoch unterschiedlich sein. Unterschiede lassen sich dabei an formalen Vorgaben, wie der beruflichen Qualifikation und den definierten Tätigkeitsbereich der Pflegefachpersonen des jeweiligen Landes festmachen. Nationale Unterschiede und dessen Einfluss auf das Pflegeverständnis sollen im Folgendem aufgezeigt werden. Hierzu gilt es zunächst den Begriff „Pflegeverständnis“ zu klären, bevor anschließend die berufliche Pflege in Deutschland dargestellt wird. Anhand der Kriterien der beruflichen Qualifikation, den zugehörigen Aufgaben und den Kompetenzen wird der Pflegeberuf und das Pflegeverständnis in Deutschland dann in den internationalen Vergleich gesetzt. Pflegerische Handlungen der Pflegefachpersonen sind zudem durch grundlegende ethische Richtlinien begleitet. Jedoch kann

es auch hier in der Pflegepraxis zu Herausforderungen kommen, welche ebenfalls nachfolgend dargestellt werden sollen.

3.1 Begriffsklärung

Um das **Pflegeverständnis** näher beleuchten zu können ist es zunächst notwendig den Begriff der „Pflege“ zu definieren. Hierzu lassen sich unterschiedliche Auslegungen finden. Eine der frühesten Versuche den Begriff der Pflege zu beschreiben stammt von Florence Nightingale, der Begründerin der modernen Pflege. Sie verstand Pflege als „helfende Hand“, welche auf die natürliche Genesung unterstützend wirken sollte. Pflegehandlungen wurden dabei nach ihren Möglichkeiten beschrieben, die Umgebung zu beeinflussen und zielten darauf ab, sie dadurch gesünder zu machen. Dies sollte der Genesung des Patienten förderlich sein. (vgl. Meleis 1997: 17) Im Laufe der Zeit wurden neben dieser Definition von Pflege viele weitere entwickelt. Exemplarisch soll hier die aktuelle Definition des ICN, einem weltweiten Zusammenschluss mit mehr als 130 Berufsverbänden der Pflege herangezogen werden.

Laut dem ICN wird professionelle Pflege verstanden als autonome, gemeinschaftliche Versorgung und Betreuung von Individuen jeden Alters. Dies beinhaltet Familien, Gruppen und Gemeinschaften unabhängig des kranken oder gesunden Zustandes in allen Settings. Krankenpflege umfasst die Förderung von Gesundheit und die Vorbeugung von Krankheiten, sowie die Fürsorge kranker, behinderter und sterbender Menschen. Der Aufbau einer sicheren Umgebung, sowie die Unterstützung in Forschung, Gesundheitspolitik und Ausbildung sind ebenfalls elementare Bestandteile der Pflege. (vgl. ICN 2002, 18.11.2020, 11.54 Uhr)

Wie sich erkennen lässt, hat sich der Begriff der Pflege mit dessen Aufgaben weiterentwickelt. Durch das Mitwirken in Gesundheitspolitik, Forschung und Ausbildung wird deutlich, dass Pflege zu mehr als einer „helfenden Hand“ geworden ist.

Das Verständnis von Pflege entwickelt sich dabei in Phasen. Diese insgesamt vier Phasen können der nachfolgenden Tabelle 2 entnommen werden. Die Einordnung des Pflegeverständnisses erfolgt ebenfalls anhand von vier Merkmalen. Jede Merkmalsebene verdeutlicht dabei die damit verbundene Phase der (Aus-) Bildung.

Merkmal	Pflegeverständnis	(Aus-)Bildung
laienhaft	naiv: Erfahrungen sammeln und nach bestem Wissen und Gewissen anwenden	Anlernen
vorberuflich	normativ: nach vorgegebenen Normen und Handlungsanweisungen tätig werden	Ausbildung
beruflich	vorwissenschaftlich: Erfahrungen (bis zu Theorieansätzen) reflektieren, aber noch häufig rezeptorientiert handeln	Fachschulausbildung
professionell	wissenschaftlich: Erforschen der Pflegesituation, Bereitstellen von Entscheidungshilfen und eigenständiges Gestalten des Pflegeprozesses	Hochschulstudium

Tabelle 2: Entwicklung des Pflegeverständnisses (Drerup 1993: 21)

Der Beginn des vorwissenschaftlichen Verständnisses von Pflege lässt sich in die Zeit von Florence Nightingale datieren. Anfang des 20. Jahrhunderts entstanden erstmals berufliche Ausbildungsstätten. Trotz des formellen Rahmens, welcher für eine berufliche Tätigkeit von nun an durchlaufen werden musste, ist berufliche Pflege weiterhin nicht frei von irrationalen persönlichen Erfahrungswerten. (vgl. Drerup 1993: 19) Auch heute noch wird das Pflegeverständnis von subjektiven Aspekten geprägt, wenn auch durch die Weiterentwicklung der beruflichen Ausbildung und Pflegemaßnahmen in einem veränderten Maße.
Erkennbar hierdurch wird, dass neben der beruflichen Qualifikation bzw. den Rahmenbedingungen der Pflege noch weitere Aspekte in Bezug auf das Pflegeverständnis zu nennen sind. Laut Kampmeyer und Schulte wird das Pflegeverständnis überwiegend nicht offen kommuniziert, sondern insgesamt als ein Abbild dessen verstanden, was Pflegefachpersonen unter pflegerischen Tätigkeiten verstehen und wie diese umzusetzen sind. Die Selektion pflegerelevanter Daten erfolgt dabei mehr oder weniger bewusst. (vgl. Fischer 2013: 119)

3.2 Berufliche Pflege in Deutschland

Pflege in Deutschland, wird wie eingangs erwähnt, nicht nur von Pflegefachpersonen mit entsprechender Ausbildung übernommen. Pflegebedürftige werden auch von Pflegepersonen

ohne Qualifikation gepflegt. Dementsprechend ist die berufliche Pflege gegenüber der nicht beruflichen Pflege abzugrenzen. Unterschieden wird dies in formelle und informelle Pflege. Während informelle Pflege von Angehörigen oder Ehrenamtlichen übernommen wird, erfolgt formelle Pflege durch professionelle Pflegefachpersonen. (vgl. Görres et al. 2016: 7)

Die pflegerische Versorgung durch Angehörige oder Ehrenamtliche, ohne entsprechende Ausbildung wird auch als Laienpflege bezeichnet. Professionell Pflegende hingegen haben in Deutschland mindestens eine Ausbildung an einer Berufsfachschule absolviert oder aber ein abgeschlossenes Pflegestudium.

Die professionelle pflegerische Versorgung kann in verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitswesens erfolgen. Der Pflegesektor in Deutschland umfasst Einrichtungen wie etwa Pflegeheime, Krankenhäuser oder Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Aber auch ambulante Pflegedienste erbringen professionelle Pflegeleistungen. (vgl. Braeseke 2017: 106)

Verbunden mit der Freiheit den Arbeitsplatz in einer der verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitswesens oder einer speziellen Fachabteilung zu wählen, ist oft die Notwendigkeit von Fort- und Weiterbildungen. Dies ist notwendig, um den fachspezifischen Anforderungen des jeweiligen Pflegebereichs gerecht werden zu können. Neben der beruflichen Grundausbildung sind hier zusätzliche Kenntnisse und Fähigkeiten notwendig, um komplexe pflegerische Aufgaben zu beherrschen und eine sichere Patientenversorgung gewährleisten zu können.

Im Zusammenhang mit der Pflege in Deutschland sind weiterhin Fachverbände der Pflege zu nennen. Neben internationalen Fachverbänden, wie dem ICN, bestehen in Deutschland diverse weitere Fachverbände der Pflege. Hier sind u.a. der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe, der Deutsche Pflegerat und die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft zu nennen. Sie fungieren als Interessenvertretung beruflich Pflegender sowie der Pflegewissenschaft in Deutschland. Gegenüber der Freiwilligkeit Mitglied eines solchen Verbandes zu werden, besteht mit der Schaffung von Pflegekammern hingegen eine Registrierungspflicht der Berufsangehörigen. (vgl. Büker 2018: 137 f.)

Die Gründung von Pflegekammern in Deutschland ist bundeseinheitlich jedoch nicht auf demselben Stand. Dabei gelten Pflegekammern als wesentlich für die berufliche Selbstverwaltung und die Professionalisierung der Pflege. So zeigen sich derzeit bei neun von 16 Bundesländern keinerlei Aktivitäten zu Errichtung einer Pflegekammer. In vier Bundesländern wurde eine Pflegekammer gegründet oder befindet sich auf dem Weg dorthin und in den restlichen drei Bundesländern gibt es verschiedene Aktivitäten der Regierung hin zu einer Pflegekammer. (vgl. DBfK 2020, 19.11.2020, 18.50 Uhr) Eine grundsätzliche

Registrierungspflicht von Pflegefachpersonen in ganz Deutschland ist damit im Gegensatz zu anderen Ländern nicht gegeben. Diese formale Tatsache grenzt berufliche Pflege in Deutschland gegenüber beruflicher Pflege in anderen Ländern ab. Zu den formalen Gegebenheiten in Deutschland zählt auch die berufliche Qualifikation im Bereich der Pflege mit den daraus resultierenden Aufgaben und Kompetenzen.

3.2.1 Berufliche Qualifikation

In Deutschland entstanden durch unterschiedliche Qualifikationsformen verschiedene Berufsbezeichnungen für Pflegeberufe. So wird als Pflegefachperson bezeichnet, wer einen Abschluss einer Ausbildung als:

- Pflegefachfrau oder Pflegefachmann
- Gesundheits- und KrankenpflegerIn
- Gesundheits- und KinderkrankenpflegerinIn
- AltenpflegerIn
- HeilerziehungspflegerIn oder HeilerzieherIn ambulanter Pflegeeinrichtungen (je nach Landesrecht)

nachweisen kann. Zudem muss im jeweilig erlernten Ausbildungsberuf eine praktische Berufserfahrung von mindestens zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre nachgewiesen werden. (vgl. SGB XI § 71 Abs. 3 1994, 22.11.2020, 20.23 Uhr) Zu erwähnen ist außerdem, dass die Berufsbezeichnungen Krankenschwester/ -pfleger und Kinderkrankenschwester/ -pfleger trotz der beschlossenen Ablöse des Krankenpflegegesetztes von 1985 durch den Bundestag im Jahr 2003 weiterhin existent sind. Staatlich geprüfte Pflegefachpersonen nach diesem Krankenpflegesetz durften ihre Berufsbezeichnung weiterhin behalten. (vgl. Schwendemann et al. 2017: 53)

Die Berufsbezeichnung zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann und die damit verbundene Ausbildung stellt die aktuelle Form der beruflichen Qualifizierung dar. Sie findet seit dem 1. Januar 2020 Anwendung. Das bisherige Krankenpflegegesetz, das Kinderkrankenpflegegesetz und das Altenpflegegesetz besitzen demnach keine Gültigkeit mehr. Die aktuelle Form der Berufsausbildung wird als generalistische Ausbildung bezeichnet. Sie eint nun die Ausbildungen in der Gesundheits- und Krankenpflege, der Gesundheits- und

Kinderkrankenpflege sowie der Altenhilfe. Die zentrale Rolle spielt dabei weiterhin die praktische Ausbildung. Insgesamt umfasst die Ausbildungsdauer drei Jahre in Vollzeit. Zugang zur Berufsausbildung erhält, wer mindestens einen mittleren Schulabschluss vorweisen kann. Liegt kein mittlerer Schulabschluss vor, so kann zuerst eine zweijährige Berufsausbildung oder eine mindestens einjährige Assistenz- oder Helferausbildung in der Pflege absolviert werden. Diese berechtigt dann ebenfalls zum Zugang der generalistischen Pflegeausbildung.

Neben der beruflichen Ausbildung kann der Weg der akademischen Qualifizierung eingeschlagen werden. Dies stellt einen wesentlichen Bestandteil und ein wichtiges Zeichen für den Fortschritt der Profession dar. (vgl. StMGP o.J., 19.11.2020, 07.48 Uhr) Die Möglichkeit eine Qualifizierung über einen ausbildenden Bachelorstudiengang zu erlangen bot sich erstmals im Jahr 2004. Danach formten sich immer mehr Angebote an unterschiedlichen Hochschulstandorten. Studierende werden hier für Tätigkeiten in der patientennahen Versorgung befähigt. Das Besondere dabei ist, dass an fast allen Hochschulstandorten die Möglichkeit des gleichzeitigen Erwerbs eines Berufsabschlusses besteht. Dieser entspricht hierbei den Vorgaben der Ausbildungsgesetze. Dadurch sind Studierende gleichzeitig auch SchülerInnen. Wie diese Doppelqualifizierung im Einzelnen organisiert wird ist dabei unterschiedlich. Eine akademische Qualifikation von Pflegenden in Deutschland ist im Vergleich zu anderen Ländern allerdings äußerst gering. (vgl. Büker 2018: 155 f.) Die Berufsbezeichnung wird bei einer akademischen Qualifikation mit dem Abschlussgrad getragen.

Dass sich das Verständnis von Pflege unter anderem durch die Qualifikation ergibt, zeigen auch die Bemühungen in Deutschland ein generalistisches Pflegeverständnis zu etablieren. Die neue Ausbildungsform geht zwar mit erweiterten Handlungsfeldern und Kompetenzen einher, den sogenannten „vorbehaltenen Tätigkeiten“, dennoch soll das Rad hierbei nicht neu erfunden werden. Vielmehr geht es um eine Rückbesinnung auf den Kern der beruflichen Pflege mit einer Verdeutlichung dessen Profils. Dazu werden hinsichtlich des Pflegeverständnisses Menschen aller Altersstufen und Versorgungsbereiche berücksichtigt. Das betrifft den akut und dauerhaft stationären Bereich ebenso wie die ambulante Versorgung. Dies soll zu einem vertieften Verständnis für unterschiedliche Lebenssituationen der Pflegebedürftigen führen und die damit verbundene Notwendigkeit des Ausbaus individueller Fähigkeiten verdeutlichen. Bereits ausgebildeten Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, Gesundheits- und KinderkrankenpflegerInnen und AltenpflegerInnen gilt es dieses Pflegeverständnis gleichermaßen zu vermitteln. (vgl. StMGP 2020: 10 f., 19.11.2020, 09.15 Uhr) Die pflegerischen Aufgaben und Kompetenzen und deren Einfluss auf das Pflegeverständnis sollen

nachfolgend aufgezeigt werden. Dabei wird sich auf die Betrachtung der Bereiche Gesundheits- und Krankenpflege und Altenhilfe beschränkt. Da sich die Aufgaben und Kompetenzen mit der generalistischen Pflegeausbildung nicht grundlegend geändert haben, wird auf eine Differenzierung nach Qualifikationsform verzichtet. So bildet der Zuspruch der „vorbehaltenen Tätigkeiten“ in den alleinigen Verantwortungsbereich der Pflegefachpersonen die signifikanteste Änderung, grundsätzlich neu ist diese Aufgabe jedoch nicht. Auf Besonderheiten bzgl. der akademischen Ausbildung hinsichtlich der pflegerischen Praxis wird aufgrund des sehr geringen Anteils akademischer Pflegefachpersonen auf dem Arbeitsmarkt nicht eingegangen.

Die unterschiedliche berufliche Qualifikation in Deutschland und im Ausland mit den zugehörigen Aufgaben und Kompetenzen können zu ersten Spannungen zwischen etablierten Pflegfachpersonen in Deutschland und migrierten Pflegefachpersonen führen. So ist es möglich, dass ausländische Pflegefachpersonen aufgrund ihres akademischen Abschlusses ihre Ausbildung als höherwertig einschätzen, als einen nicht akademischen deutschen Abschluss. Dieser Aspekt kann durch eine Aussage eines Interviews einer Studie zur betrieblichen Integration von Pflegefachpersonen aus dem Ausland, veröffentlich durch die Hans-Böckler-Stiftung, verdeutlicht werden. (vgl. Pütz et al. 2019: 14)

Eine Interviewte ist Maria S., 30 Jahre alt, in Portugal abgeschlossenes vierjähriges akademisches Krankenpflegestudium. (vgl. Pütz et. al. 2019: 66) Sie schildert:

> Es ist besser in Portugal. (lacht) Ich bin besser, viel besser, ich und meine Kollegen sind viel besser vorbereitet als z.B. meine von hier. Wir haben mehr Kompetenzen. Wir machen viel mehr als hier. […] ein Studium in Portugal ist besser als ein Ausbildung hier. […] Ich und meine Kollegen sind hier gekommen mit einem Diplom. Und wir verdienen wie die Kollegen, die eine Ausbildung haben. Das ist komplett unfair, weil wir ein Diplom haben und unser Diplom ist europaweit anerkannt. […]. (Pütz et al. 2019: 69 f.)

Dass Pflegefachpersonen aus dem Ausland eine andere berufliche Qualifikation durchlaufen haben und möglicherweise diese mit einem akademischen Abschluss einhergeht, kann den in Deutschland etablierten Pflegefachpersonen bewusst sein. Ebenso wie der Umstand, dass trotz eines akademischen Abschlusses einer ausländischen Pflegefachpersonen nicht davon ausgegangen werden kann, dass diese auch alle in Deutschland zu erfüllenden pflegerischen Aufgaben beherrscht. Dass die vermeintlich bessere Ausbildung und der größere Kompetenzbereich im Ausland in der beruflichen Pflege in Deutschland jedoch an Wert verlieren, veranschaulicht diese Aussage der Studie der Hans-Böckler-Stiftung:

> Die machen natürlich eine andere Ausbildung wie wir hier, die haben teilweise den Bachelor in Portugal, Spanien und Griechenland. Und sind da auch einfach andere Sachen gewohnt wie hier. Können nicht alle unbedingt ein Bett machen und wissen, wie ein Patient gewaschen wird. Sondern sind theoretisch super gut, teilweise. Teilweise aber praktisch null Erfahrung, […] Es ist ja eine examinierte Krankenschwester, die einen Bachelor hat, und ich zeige ihr, wie man ein Bett macht. Hm, ja. [lacht]. (Lina S. Führungskraft […]) (Pütz et al. 2019: 180)

Dass Pflegefachpersonen im Ausland andere Tätigkeiten gewohnt sind muss jedoch nicht allen Pflegefachpersonen in Deutschland bekannt sein. Weiterhin kann eine Dequalifizierung durch einen entsprechend veränderten Tätigkeitsbereich in Deutschland Unmut bei den migrierten Pflegefachpersonen entstehen lassen. Ein Verständnis dafür ist bei etablierten Kollegen aber nicht immer gegeben. Der Versuch des Umsetzens der im Ausland erworbenen Kompetenzen durch die migrierten Pflegefachpersonen in Deutschland kann bei etablierten Pflegefachpersonen den Eindruck erwecken, dass diese sich nicht allen zu erfüllenden Aufgaben der Pflege in Deutschland annehmen möchten. Dies verdeutlicht folgende Aussage derselben Studie:

> […] Also gut, es gibt Leute, wenn ich jetzt an die Griechin denke, die mag halt solche Aufgaben wie das Pflegen nicht, ja? Die mag eher dieses Verantwortungsvolle, Administrative. Die hat sich da natürlich auch viel eher reingedrängelt oder es versucht zumindest, ja? Aber die habe ich dann mit Absicht noch zappeln lassen, […] Ja, man muss halt *alles* machen ja? Es *ist* halt so. (Michael M. Praxisanleiter/Mentor […]). (Pütz et al. 2019: 182)

Eine Integration ausländischer Pflegefachpersonen wird durch solche Einstellungen und der Verwehrung anderer Tätigkeitsbereiche erschwert. Das bereits erworbene Wissen der migrierten Pflegefachpersonen und ihre Kompetenzen in der beruflichen Praxis in Deutschland umzusetzen wird hierdurch unterbunden oder zumindest negativ beeinträchtigt. Diese fachlichen Differenzen werden von etablierten Kollegen genutzt, um sich ggü. migrierten Pflegefachpersonen abzugrenzen. (vgl. Pütz et al. 2019: 183) Dies führt zu Spannungen zwischen den Beteiligten und wird zur Herausforderung für die berufliche Integration.

3.2.2 Aufgaben und Kompetenzen

Grundlage für sowohl die berufliche Ausbildung als auch für das Pflegestudium, sofern es sich um ein duales Studium mit inbegriffener beruflicher Ausbildung handelt, ist unter anderem das Pflegeberufegesetz. Dieses regelt neben strukturellen Rahmenbedingungen, wie den Ablauf der

Ausbildung oder die Berufsbezeichnung, auch das Ziel der Qualifikation. Dieses ist wie folgt formuliert:

> Die Ausbildung zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann vermittelt die für die selbstständige, umfassende und prozessorientierte Pflege von Menschen aller Altersstufen in akut und dauerhaft stationären sowie ambulanten Pflegesituationen erforderlichen fachlichen und personalen Kompetenzen einschließlich der zugrunde liegenden methodischen, sozialen, interkulturellen und kommunikativen Kompetenzen […]. (§ 5 Abs. 1 PflBG 2017, 22.11.2020, 20.50 Uhr)

Mit diesem Ziel wird der Kern des Pflegeberufs in Deutschland zum Ausdruck gebracht - **der Pflegeprozess**. Der Ansatz dieses theoretischen Modells dient dazu, das pflegerische Handeln auf die Ressourcen und Probleme des Patienten abzustimmen. Probleme des Patienten sollen hierdurch gelöst oder zumindest gelindert werden. Der Pflegeprozess ist durch wissenschaftliche Erkenntnisse fundiert und zielt systematisch darauf ab, das Wohlbefinden des Patienten zu verbessern, zu erhalten oder wiederzuerlangen. Mit der Anwendung des Pflegeprozesses soll insbesondere erreicht werden:

- Aktuelle Probleme des Patienten zu erfassen, die durch Pflegende behandelbar sind.
- Potenzielle Probleme des Patienten zu erfassen, die durch Pflegende zu verhüten sind.
- Ressourcen sowie Potenziale zur Gesundheitsförderung, welche durch Pflegende förderbar sind, erkennen.
- Einen Plan zu entwerfen, mit dem die aktuellen und potenziellen Probleme des Patienten gelöst oder gelindert werden können, sowie Ressourcen und Potenziale zur Gesundheitsförderung unterstützen.
- Die Art der benötigten Hilfe des Patienten zu erfassen und wer diese Hilfe am besten leisten kann.
- Eine Zielsetzung in Absprache mit dem Patienten zu vereinbaren und die Erreichung des Ziels zu überprüfen.

Dabei besteht der Pflegeprozess aus einer Reihe von Schritten, welche dynamisch und flexibel sind und sich überschneiden können. (vgl. Brobst et al. 2007: 25) Grundsätzlich geht es insgesamt darum, den individuellen Pflegebedarf eines Patienten zu erfassen und die Pflege entsprechend danach zu planen und durchzuführen, bevor abschließend eine Evaluation erfolgt. Festgehalten wird der Pflegeprozess in der Pflegedokumentation. (vgl. Büker 2018: 18 f.) Dieses Vorgehen ist auf das Vier-Schritt-Modell der WHO zurückzuführen, welches auf

Grundlage eines Drei-Schritt-Modells von Yura und Walsh entwickelt wurde. Diese vier Schritte sind aufeinander aufbauend und beeinflussen sich gegenseitig. Der Pflegebedürftige und seine Bezugspersonen stehen mit einem konstanten Beziehungs- und Problemlöseprozess dabei im Zentrum des Modells. Das Vier-Schritt-Modell kann zur besseren Verdeutlichung der folgenden Abbildung 1 entnommen werden.

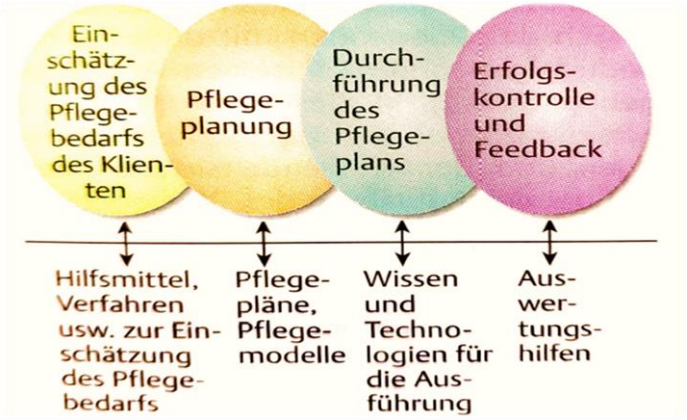

Abbildung 1: Vier-Schritt-Modell (Schewior-Popp et al. 2012: 75)

Das Vier-Schritt-Modell kann nach Fiechter und Meier um zwei Schritte, nämlich die Feststellung der Pflegediagnose und die Festlegung der Pflegeziele, erweitert werden. Im Gegensatz zum WHO-Modell verläuft der erweiterte Pflegeprozess nicht nur in eine Richtung, sondern bildet einen Kreislauf, bei dem die Evaluation immer anhand des Pflegeziels gemessen wird. Das Sechs-Schritt-Modell findet vor allem im europäischen Raum Anwendung. (vgl. Schewior-Popp et al. 2012: 75 f.) Um den Unterschied zum Vier-Schritt-Modell aufzuzeigen, ist der Ablauf des Sechs-Schritt-Modells der folgenden Abbildung 2 zu entnehmen.

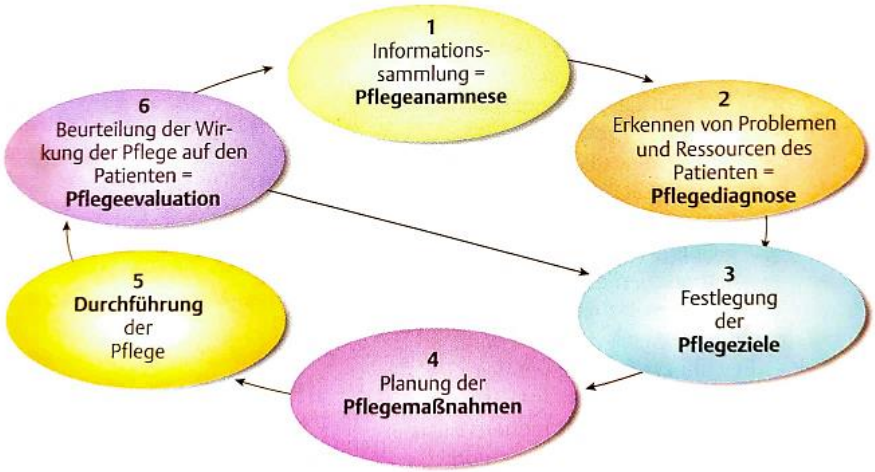

Abbildung 2: Sechs-Schritt-Modell (Schewior-Popp et al. 2012: 76)

Die Feststellung des individuellen Pflegebedarfs des Patienten geschieht dabei nach dem Pflegeberufegesetz ausschließlich von einer durch ihre Qualifikation dazu befähigten Pflegefachperson. Eine Übertragung dieser Aufgabe an Personen ohne entsprechende Qualifikation ist nicht zulässig. (vgl. § 4 PflBG 2017, 22.11.2020, 20.50 Uhr) Wie bereits erwähnt, ist die Regelung der „vorbehaltenen Tätigkeiten“ neu, wenn auch die eigentliche Aufgabe der Erhebung des individuellen Pflegebedarf eines Patienten keine grundsätzlich neue Aufgabe von Pflegefachpersonen ist.

Der festgestellte Pflegebedarf kann mehr oder weniger ausgeprägt sein und Pflegemaßnahmen im Bereich der **Grundpflege** und/oder die **Behandlungspflege** erforderlich machen. Die Grundpflege umfasst im Rahmen der Pflegeversicherung die Körperpflege, den Bereich Ernährung und die Mobilität. Die Hilfe bei der Durchführung ärztlicher Verordnungen hingehen zählt nicht dazu. (vgl. BMG 2016, 20.11.2020, 17.00 Uhr)

Tätigkeiten, welche nicht in den Bereich der Grundpflege bzw. die „allgemeine Pflege“ fallen können dem Bereich der Behandlungspflege bzw. der „speziellen Pflege“ zugeordnet werden. Diese liegen nicht im Selbstverantwortungsbereich der Pflegenden, sondern gehören oft zum Bereich der ärztlichen Anordnungsverantwortung mit einer entsprechend pflegerischen Durchführungsverantwortung. Darunter zählt bspw. die Vergabe von Medikamenten, der Verbandswechsel oder auch die Versorgung mittels Ernährungssonde. (vgl. Büker 2018: 19 f.) Diese beiden Bereiche werden in den Lehrwerken, wie Thiemes Pflege, welches in der beruflichen Ausbildung herangezogen wird und von Liliane Juchli, einer Schweizer Kranken- und Ordensschwester begründet ist unter den **Aktivitäten des täglichen Lebens** gefasst. Insgesamt zwölf **ATL** sind hier zu nennen:

- **ATL** Wach sein und Schlafen
- **ATL** Sich bewegen
- **ATL** Sich waschen und kleiden
- **ATL** Essen und Trinken
- **ATL** Ausscheiden
- **ATL** Körpertemperatur regulieren
- **ATL** Atmen, Puls und Blutdruck
- **ATL** Sich besser fühlen und verhalten
- **ATL** Raum und Zeit gestalten – arbeiten und spielen
- **ATL** Kommunizieren
- **ATL** Kind, Frau, Mann sein
- **ATL** Sinn finden im Werden – Sein – Vergehen

Zu den einzelnen Aktivitäten des täglichen Lebens werden in den Lehrwerken konkrete Fallbeispiele dargestellt, wie sie in der beruflichen Praxis auftreten können. Stets geht es dabei um das Erkennen, Erfassen und Bewerten der Pflegesituation und die Gewährleistung ganzheitlicher Pflege. (vgl. Schewior-Popp et al. 2012: 205 f.) Um die pflegerischen Aufgaben einer Pflegefachperson in Deutschland zu verdeutlichen, sollen nachfolgend exemplarisch zwei solcher Fallbeispiele vorgestellt werden. Sie verdeutlichen die Aufgaben der ATL „Sich waschen und kleiden“ sowie der ATL „Essen und Trinken“. Dies soll jedoch keine vollständige Auflistung von pflegerischen Tätigkeiten in Deutschland sein. Weiterhin gilt es zu berücksichtigen, dass sich der jeweilige Bedarf an Pflegeleistungen in den verschiedenen Versorgungseinrichtungen, sowie diversen Fachbereichen mit den entsprechenden pflegerischen Schwerpunkten erheblich unterscheiden kann. Das individuelle Verständnis der Pflegefachpersonen, von dem was Pflege in dem jeweiligen Bereich hinsichtlich der erforderlichen pflegerischen Aufgaben am Ehesten repräsentiert, kann sich dahingehend u.U. unterscheiden. Anhand der nachfolgenden Abbildung 3 mit dessen Fallbeispiel 1 soll dies verdeutlicht werden.

FALLBEISPIEL **Pflegesituation Herr Oster.** Herr Oster ist 86 Jahre alt und lebt mit seiner Ehefrau in einem kleinen Dorf im Hunsrück. Bis zu einem Schlaganfall vor 12 Jahren hatte Herr Oster noch einen kleinen landwirtschaftlichen Betrieb mit 20 Milchkühen geführt. Seither ist Herr Oster fast vollständig pflegebedürftig und verlässt auch sein Bett inzwischen nur noch sehr selten. Die Pflege wurde bisher vollständig von Frau Oster übernommen; eine mögliche Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst hatten die beiden damals entschieden abgelehnt.

Nachdem er in der Nacht aus dem Bett gestürzt war, wurde Herr Oster heute in den frühen Morgenstunden notfallmäßig auf die chirurgische Station eingeliefert. Da Frau Oster ihrem Mann nicht alleine helfen konnte, hatte sie den Rettungsdienst alarmiert.

Gesundheits- und Krankenpflegerin Sabine übernahm am Morgen die Pflege von Herrn Oster und betritt nun sein Zimmer. „Guten Morgen Herr Oster. Ich hoffe, Sie konnten noch ein wenig schlafen. Wie geht es Ihnen jetzt?" „Es geht so", antwortet Herr Oster sichtlich geschwächt. „Schmerzen habe ich momentan keine, aber der Schreck sitzt mir noch in den Knochen." Sabine nickt verständnisvoll. „Das kann ich mir gut vorstellen. Ich möchte Sie gerne bei der Körperpflege unterstützen. Welche Hilfestellungen benötigen Sie denn zu Hause?" „Wissen Sie, ich kann ja nicht mehr alleine aufstehen. Deshalb wäscht meine Frau mich morgens immer im Bett. Aber sie schafft das auch nicht mehr so gut, schließlich wird sie ja auch älter und ich bin einfach zu schwer für sie." Beim Richten der Materialien stellt Sabine fest, dass Herr Oster weder eigene Waschutensilien noch frische Kleidung dabei hat. Als sie mit der Körperpflege beginnt, fällt ihr auf, dass Herr Oster lange, verunreinigte Fingernägel hat, die Haut sehr trocken ist und die Haare offensichtlich schon längere Zeit nicht gewaschen worden sind. Beim Waschen der Beine entdeckt Sabine eine starke Rötung in beiden Leisten und informiert Herrn Oster darüber. Dieser pflichtet ihr bei: „Ja, das juckt auch ziemlich. Das habe ich aber schon seit längerem."

Abbildung 3: Fallbeispiel 1 ATL Sich waschen und kleiden (Schewior-Popp et al. 2012: 285)

Ersichtlich wird in diesem Fallbeispiel 1 neben der bereits dargestellten Abgrenzung von informeller und formeller Pflege die Pflegesituation, in welcher sich Herr Oster befindet. Nach einem erlittenen Schlaganfall ist dieser fast vollständig pflegebedürftig. Das hat zur Folge, dass er einen Pflegebedarf im Bereich der Körperpflege aufweist. Nicht nur den Patienten dahingehend zu unterstützen ist die Aufgabe der Gesundheits- und Krankenpflegerin Sabine, sondern auch den genauen Unterstützungsbedarf hierbei festzustellen liegt im Verantwortungsbereich der Pflegefachperson. Mit der Frage, welche Hilfestellung er zuhause benötigt, bezweckt sie eine erste Einschätzung dessen. Weiterhin wird deutlich, dass zu den praktischen Aufgaben einer Pflegefachperson die Beobachtung des körperlichen Erscheinungsbildes gehört. Im Lehrbuch finden sich hierzu Kriterien wie etwa die Beschaffenheit von Haut und Hautanhangsgebilden. Gelehrt wird u.a. die Körperpflege am Waschbecken, die therapeutische Ganzkörperwaschung und das Waschen im Bett. Hierbei gilt es einiges zu berücksichtigen. Zum Beispiel wie die richtige Abfolge beim Waschen der einzelnen Körperregionen ist. Weiterhin zählt die Mund- und Prothesenpflege, die Bartpflege, die Nagelpflege und auch die Augen- Nasen-, und Ohrenpflege zu den Aufgaben einer Pflegefachperson. (vgl. Schewior-Popp et al. 2012: 284-313) Stellt die Pflegefachperson Auffälligkeiten fest, wie hier gerötete Haut in den Leisten, muss sie mit geeigneten Pflegemaßnahmen tätig werden und ggf. Arztinformation darüber ableisten.

Grundpflegerische Aufgaben können in allen ATLs anfallen. Im Bereich der Mobilisation können u.a. Maßnahmen zur Bewegungsunterstützung oder verschiedene Lagerungstechniken erforderlich werden, welche Patienten vor einer zunehmenden Immobilität oder körperlichen Schäden bewahren sollen. Unterstützt wird hier zudem durch verschiedene prophylaktische

Maßnahmen, wie etwa die Dekubitusprophylaxe, die Thromboseprophylaxe, die Sturzprophylaxe und auch die Kontrakturenprophylaxe. (vgl. Schewior-Popp et al. 2012: 244-282)

Die Aufgaben einer Pflegefachperson können weiterhin mittels der ATL „Essen und Trinken“ im folgendem Fallbeispiel 2 aus der Abbildung 4 veranschaulicht werden.

FALLBEISPIEL

Pflegesituation Herr Friedrich.

Herr Friedrich ist 57 Jahre alt. Er ist geschieden und hat zwei Söhne im Alter von 26 und 28 Jahren. Die Trennung von seiner Frau sowie den Verlust seiner Arbeitsstelle kann Herr Friedrich nur schwer verarbeiten. Trost sucht er im Alkohol, den er seit vielen Jahren täglich konsumiert.

Vor einem viertel Jahr wurde bei Herrn Friedrich ein inoperables Ösophaguskarzinom festgestellt. Die durchgeführte Strahlen- und Chemotherapie führte nicht zum gewünschten Erfolg, und auch die Anlage eines Ösophagus-Stents misslang aufgrund der ungünstigen Lokalisation des Tumors. Herr Friedrich liegt auf der gastroenterologischen Station.

Seit einigen Tagen hat er nun zunehmend Schluckbeschwerden, auch bei der Aufnahme weicher und flüssiger Nahrungsmittel. Stationsarzt Dr. Berg betritt das Zimmer zur morgendlichen Visite. Er schlägt Herrn Friedrich palliativ die Anlage einer PEG (= perkutane endoskopische Gastrostomie) vor. Der Eingriff ist für den kommenden Tag geplant. Gesundheits- und Krankenpflegerin Anna bespricht nach der ärztlichen Aufklärung mit ihm die vorbereitenden Maßnahmen bezüglich des Eingriffs. Die Anlage der PEG erfolgt am nächsten Morgen komplikationslos. Anna holt Herrn Friedrich in der Endoskopie-Abteilung ab und erläutert ihm das weitere Vorgehen: „Ab morgen bekommen sie dann Ihre Sondennahrung. Ich werde Ihren Flüssigkeits- und Energiebedarf errechnen und dann alles Weitere in Ruhe mit ihnen besprechen.“ Am nächsten Morgen bereitet Anna eine Ernährungspumpe sowie eine hochmolekulare Sondennahrung vor und bringt alles zu Herrn Friedrich ins Zimmer. „Guten Morgen Herr Friedrich, ich werde Ihnen jetzt alles erklären und die erste Sondennahrung verabreichen.“ Herr Friedrich schaut Anna zweifelnd an. „Dann hoffe ich nur, dass ich sie auch vertrage und keine Übelkeit bekomme. Darf ich denn jetzt gar nichts mehr dazu essen und trinken?“

Abbildung 4: Fallbeispiel 2 ATL Essen und Trinken (Schewior-Popp et al. 2012: 315)

Ersichtlich durch das Fallbeispiel 2 wird die Unterteilung von Grund- und Behandlungspflege. Da die Nahrungsaufnahme von Herrn Friedrich nach seiner Operation über eine Ernährungssonde erfolgt, fällt die Aufgabe der Versorgung mit Nahrung nun in den Bereich der Behandlungspflege. Dies wäre nicht der Fall, wenn die Nahrungsaufnahme durch eine direkte Eingabe des Essens am Patienten erfolgt. Neben der Aufgabe die Pflegesituation des Herrn Friedrich zu erkennen, zu erfassen und zu bewerten, ist es die Aufgabe der Pflegefachperson zu wissen, wie sich Nährstoffe auf den Körper auswirken und den Energiebedarf des Patienten zu ermitteln. Dies ist vor allem dann wichtig, wenn Sondennahrung verabreicht wird. Da diese nicht immer vertragen wird, hat die Pflegefachperson außerdem und generell auf Erbrechen zu achten. Auch die Verabreichung von Medikation spielt bei der Nahrungsaufnahme eine Rolle und unterliegt der Behandlungspflege. Je nach Zustand des Patienten kann es erforderlich sein diese zu mörsern oder in flüssiger Form zu verabreichen. Die Medikation und auch die jeweilige Applikationsform sind dabei vom Arzt anordnen zu lassen. Weiterhin muss bei der Nahrungseingabe auf eine angemessene Körperhaltung des Patienten durch die Pflegefachperson geachtet werden. (vgl. Schewior-Popp et al. 2012: 314-345)

In Fallbeispiel 2 wird weiterhin deutlich, dass Beratung, Information und Anleitung des Patienten ebenso zu den Aufgaben einer Pflegefachperson gehören. Dieses Aufgabenspektrum wird unter dem Begriff „Edukative Aktivitäten“ gefasst und betrifft nicht nur die PatientInnen selbst, sondern auch dessen Bezugspersonen oder Angehörige. (vgl. Büker 2018: 20)
Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen, wie bspw. Ärzte, Physiotherapeuten oder des Sozialdienstes ist für den Bereich der Pflege unumgänglich.
Für alle diese pflegerischen Aufgaben bedarf es an Kompetenzen der Pflegefachpersonen, wie sie im Sinne des Ziels der Qualifikation im § 5 Abs. 1 des PflBG genannt sind. Da der Pflegeprozess Kernelement der beruflichen Pflege in Deutschland ist, sind die erforderlichen Kompetenzen der Pflegefachpersonen daran, sowie an der individuellen Pflegesituation auszurichten. Dabei werden die erforderlichen Kompetenzen während der beruflichen Ausbildung erworben und entwickeln sich im Laufe der beruflichen Erfahrung weiter. (vgl. StMUK 2020: 9, 19.11.2020, 11.34 Uhr) Der Begriff der Kompetenz wird dabei folgendermaßen definiert:

> Kompetenz wird verstanden als die Fähigkeit und Bereitschaft, in komplexen Pflege- und Berufssituationen professionell zu handeln und sich für die persönliche und fachliche Weiterentwicklung einzusetzen. Kompetenz ist als Handlungsvoraussetzung des Einzelnen anzusehen, die nicht unmittelbar beobachtet werden kann, sich jedoch mittelbar im Handeln selbst zeigt. Das beobachtbare Handeln wird auch als Perfomance bezeichnet. (StMUK 2020: 10, 19.11.2020, 11.34 Uhr)

Eine Orientierung, welche Kompetenzen Pflegefachpersonen aufweisen sollten, bietet die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Pflegeberufe. Hierin sind die notwendigen Kompetenzen für die staatliche Prüfung zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann geregelt. (vgl. Anlage 2 PflAPrV 2018, 24.11.2020 18.36 Uhr) Kompetenzen werden dabei nicht als Personen beschreibende einzelne Adjektive oder Nomen gefasst, sondern sind in Form von Titeln mit entsprechender Untergliederung nach den jeweils zu bewältigenden Anforderungen durch die Pflegefachperson festgelegt. Aufgrund der hierdurch gegebenen Umfänglichkeit wird im Weiteren darauf verzichtet einzelne Kompetenzen darzustellen. Weiterhin ist darauf hinzuweisen, dass die Rahmenlehrpläne der Bundesländer zwar den genannten bundeseinheitlichen Gesetzen zur Ausbildung unterworfen sind, den einzelnen Bundesländern jedoch Entscheidungsspielräume hinsichtlich Reihenfolge und Inhalt der curricularen Einheiten eingeräumt werden. (vgl. StMUK 2020: 22, 19.11.2020, 11.34 Uhr)

3.3 Berufliche Pflege im internationalen Vergleich

Dass scheinbar ein Unterschied bzgl. beruflicher Pflege im Vergleich zu anderen Ländern vorhanden ist, zeigt sich schon allein daran, dass trotz des großen Bedarfs an Fachkräften im Bereich der Pflege, die Blue Card EU, welche als Arbeits- und Aufenthaltserlaubnis den Weg in die Europäische Union für qualifizierte Fachkräfte aus Nicht-EU-Staaten ebnet, für Pflegefachpersonen nicht angewendet wird. Als Begründung wird genannt, dass keine Gleichwertigkeit zum nicht-akademischen Abschluss in der Pflege in Deutschland besteht, auch wenn ein ausländischer Hochschulabschluss vorliegt. (vgl. BA o.J., 21.11.2020, 16.27 Uhr) Dies hat zur Folge, dass ausländische Pflegefachpersonen ihren Abschluss anerkennen lassen müssen, bevor sie in Deutschland arbeiten dürfen. Dies trifft allerdings nur auf Pflegefachpersonen zu, welche ihre Ausbildung außerhalb der EU, des Europäischen Wirtschaftsraums oder der Schweiz absolviert haben. (vgl. § 40 Abs. 1 PflBG 2017, 22.11.2020, 20.50 Uhr) Pflegefachpersonen, welche jedoch aus den zuvor genannten Ländern stammen, müssen lediglich die erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache nachweisen. (vgl. § 2 PflBG 2017, 22.11.2020, 20.50 Uhr)

Die berufliche Qualifikation in der Pflege geht in Deutschland selten mit einem Hochschulabschluss einher. Trotz der Forderung des Wissenschaftsrats nach einer Akademisierungsquote von zehn bis zwanzig Prozent liegt der Grad der Akademisierung der Pflege in Deutschland gerade einmal bei ein bis zwei Prozent. Auch der Selbstorganisationsgrad der beruflich Pflegenden ist in anderen Ländern höher als in Deutschland. (vgl. Deutsches Ärzteblatt 2019, 21.11.2020, 13.12 Uhr)

Diese Tatsachen zeigen an, dass wenn auch international gültige Definitionen von Pflege und Pflegepersonen, oder internationale Pflegestandards sowie Klassifikationssysteme existieren, unter beruflicher Pflege in den einzelnen Ländern scheinbar nicht das Gleiche verstanden werden muss.

3.3.1 Berufliche Qualifikation

Die berufliche Qualifikation nimmt wie bereits dargestellt Einfluss auf das Pflegeverständnis der Pflegefachpersonen. Welche Herausforderungen sich hierdurch ergeben können, kann anhand der bereits erwähnten *Enfermeras* aus Spanien verdeutlicht werden. Schon nach kurzer Zeit in Deutschland wurde bekannt, dass mindestens die Hälfte der spanischen

Pflegefachpersonen Deutschland wieder verlassen haben. Es zeigte sich, dass die in Spanien übliche universitäre Ausbildung von Pflegefachpersonen das Selbstbild der *Enfermeras* prägen. Das Studium in Spanien dauert vier Jahre. Hieran gliedern sich weitere Zusatzqualifikationen, wie etwa eine dem Referendariat gleichende Phase, welche zur Übernahme in das staatliche Gesundheitswesen notwendig ist. Außerdem ist es in Spanien erforderlich Mitglied in einer Art Berufskammer zu sein, um den Beruf der Pflegefachperson ausüben zu dürfen. Die Herausforderung bzgl. des Einsatzes spanischer Pflegefachpersonen liegt demnach darin, dass diese für die berufliche Pflege in Deutschland als überqualifiziert und zu klinisch ausgerichtet beschrieben werden können. Da Deutschland fast das einzige Land in Europa ist, in dem die Ausbildung in der Krankenpflege nicht in akademischer Form erfolgt, stellte die Entscheidung spanischer Pflegefachpersonen nach Deutschland zu gehen für diese in beruflicher Hinsicht eher einen Rückschritt dar. Die Anerkennungsphase, in welcher ausländische Pflegefachpersonen als Hilfskräfte in der Pflege eingesetzt werden, wurde von den migrierten Pflegefachpersonen zudem als demütigend empfunden. (vgl. Klopprogge et al. 2017: 123-133) Anerkennungsverfahren, in welchem Differenzen bezüglich der Qualifikation ausgemacht wurden, enden vorerst mit einem Defizitbescheid für die Antragsteller. Dieser Defizitbescheid kann sich je nach zuständiger örtlicher Stelle unterscheiden, da die Anerkennung regional unterschiedlich ist. Unterschiede spiegeln sich etwa in den Kosten, geforderter Dokumente und auch den Ausgleichsmaßnahmen wider. (vgl. BIBB o.J., 19.12.2020 13.43 Uhr) Zur Verdeutlichung dieser Unterschiede kann exemplarisch ein Bescheid aus Berlin und ein Bescheid aus Schleswig-Holstein von kolumbianischen Pflegefachpersonen mit vierjährigem bzw. fünfjährigem absolviertem Pflegestudium herangezogen werden. Im Bescheid aus Schleswig-Holstein für die Pflegefachperson mit vierjährigem Studium wurden diverse Differenzen aufgrund landesspezifischer Besonderheiten in Deutschland festgestellt, hierunter fielen z.B. Personenbezogenes Pflegehandeln, Pflegewissenschaft, Pflege und Gesellschaft, landesspezifische Rechtsvorschriften, Hygiene, Diagnostik, Epidemiologie und Rehabilität. Nicht alle im Ausland vermittelten Inhalte des Studiums, wie allgemeinbildende Fächer oder auch im Vergleich zu Deutschland stundenmäßig weit überschrittene Inhalte können hierzulande angerechnet werden. Das führt dazu, dass sich laut Defizitbescheid eine Differenz von 300 Theoriestunden und 1828 Praxisstunden zur deutschen Pflegeausbildung ergeben. Die Pflegefachperson verfügte über eine Berufserfahrung von circa sieben Jahren, jedoch konnte keine maßgeblich anrechenbare Berufstätigkeit festgestellt werden. Zur Anerkennung ist entweder eine Kenntnisprüfung oder ein Anpassungslehrgang, den die migrierte Pflegefachperson absolvieren muss, notwendig. Dem Bescheid aus Berlin für die

Pflegefachperson mit fünfjährigem Studium lässt sich entnehmen, dass zwar ebenfalls Differenzen festgestellt wurden, diese aber durch nachweisbare Berufserfahrung ausgeglichen werden können. Die Differenzen beliefen sich hier auf die Gesetzes- und Berufskunde, sowie rechtliche Rahmenbedingungen. Die Dauer der Berufserfahrung umfasst hier insgesamt circa neun Jahre. (vgl. Anlage 1) Ersichtlich wird hierdurch, dass sich die Bescheide trotz nicht exakt gleicher Ausgangsituation der Pflegefachpersonen deutlich unterscheiden. So ist es u.a. fraglich, ob die erhebliche Differenz der Praxisstunden im Defizitbescheid aus Schleswig-Holstein aufgrund der fehlenden anrechenbaren Berufserfahrung nicht ausgeglichen werden kann, obwohl die Berufserfahrung der betreffenden Pflegefachperson nur zwei Jahre weniger umfasst als die der Pflegefachperson mit dem Bescheid aus Berlin.

Eine weitere Besonderheit neben der geringen akademischen Ausbildungsquote in Deutschland liegt darin, dass eine Ausbildung im Bereich der Altenhilfe in anderen europäischen Ländern nicht bekannt ist. Der Beruf der AltenpflegerIn ist nur in Deutschland und Österreich ein eigenständiger Beruf. (vgl. Pütz et al. 2019: 183) Wobei die Qualifikation hierfür wie bereits dargestellt seit 2020 durch die generalistische Pflegeausbildung erfolgt. Die Auszubildendenden müssen seither von einem Wahlrecht Gebrauch machen, um die Ausbildung als AltenpflegerIn abzuschließen. (vgl. § 59 Abs. 3 PflBG 2017, 22.11.2020, 20.50 Uhr) Dies und der Umstand der oftmals akademischen Ausbildung mit eher klinischer Ausrichtung wird für eine berufliche Integration vor allem dahingehend zur Herausforderung, wenn migrierte Pflegefachpersonen aufgrund des demographischen Wandels in Deutschland vorzugsweise im Bereich der Altenhilfe gebraucht werden. Schon jetzt belegen Zahlen, wie bereits in Tabelle 1 dargestellt, dass der Anteil ausländischer Pflegefachpersonen in der Altenhilfe höher als in der Gesundheits- und Krankenpflege ist.

Nicht nur aus bereits gescheiterten Versuchen ausländische Pflegefachpersonen für den deutschen Arbeitsmarkt zu gewinnen, lassen sich Erkenntnisse bzgl. einer unterschiedlichen beruflichen Ausbildung erschließen. Eines der mit am häufigsten vertretenen Ausbildungsstaaten bei der Anerkennung des Berufs der Gesundheits- und Krankenpflege in Deutschland waren im Jahr 2019 die Philippinen.

Um das Pflegeverständnis der philippinischen Pflegefachpersonen zu begreifen ist es nötig die Qualifizierung auf den Philippinen zu erfassen. Einen Vergleich der deutschen Pflegeausbildung mit deren Inhalten anhand des Rahmenlehrplans in Hessen und der Ausbildung auf den Philippinen nach der Makati Medical Center hat die deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit vorgenommen. Die Qualifizierung unterscheidet sich ebenso, wie die spanische Ausbildung von der Ausbildung in Deutschland. Die akademische

Ausbildung nach der *Makati Medical Center* umfasst vier Jahre und schließt mit der Berufsbezeichnung *„Bachelor of Sciences in Nursing“*. Die Ausbildung findet an Universitäten angegliederte Krankenpflegeschulen statt. Die Anforderungen an potenzielle Bewerber sind mit Sicht auf den notwendigen Schulabschluss hierfür höher als in Deutschland. Das Absolvieren einer höheren Bildungsstufe ist ebenso Voraussetzung, wie das Bestehen eines Collegue Assesment Tests und eines Aufnahmegesprächs. Der Schwerpunkt während der Ausbildung liegt im Gegensatz zu Deutschland auf einer pflegerischen und teilweise medizinischen Handlung und nicht wie in Deutschland nur auf der pflegerischen Handlung der Pflegefachpersonen. Insgesamt ist die Ausbildung auch auf den Philippinen in Theorie und Praxis unterteilt. Mit 2106 Stunden im Bereich der Theorie gleicht das zwar stundenmäßig den Vorgaben von 2100 Theoriestunden in Deutschland, allerdings unterscheiden sich die Inhalte. Dies betrifft bspw. rechtliche Inhalte zum Pflegeberuf in Deutschland. Die Praxisstunden mit insgesamt 1578 Stunden liegen weit unter den in Deutschland vorgegebenen 2500 praktischen Stunden, welche innerhalb der Ausbildung abzuleisten sind. Während an der Makati Medical Center der praktische Einsatz erst ab dem dritten Ausbildungsjahr beginnt, ist es in Deutschland üblich bereits im ersten Ausbildungsjahr Praxiseinsätze zu durchlaufen. Dabei sind die vorgeschriebenen Praxiseinsätze im Gegensatz zu den Philippinen exakt nach Fachrichtung festgelegt. (vgl. GIZ 2013 und Anlage 2) Der praktische Teil der Ausbildung wird anders als in Deutschland also nicht als tragende Säule der Qualifizierung gesehen.
Das unterschiedliche Pflegeverständnis, welches sich durch die verschiedenen Formen der Qualifizierung bei den Pflegefachpersonen herausbildet - abhängig vom jeweiligen Herkunftsland - wird dann vor allem anhand der Kompetenzen und Aufgaben, welchen Pflegefachpersonen in Deutschland zugeschrieben werden deutlich.

3.3.2 Aufgaben und Kompetenzen

Nicht nur die Qualifikation unterscheidet andere Länder von der beruflichen Pflege in Deutschland, sondern auch die in Deutschland zu erfüllenden Aufgaben durch die Pflegefachpersonen. So übernimmt eine *regesitered nurse*, was die offizielle Berufsbezeichnung philippinischer Pflegefachpersonen ist, bspw. auch Tätigkeiten, welche in Deutschland von Ärztinnen und Ärzten, nicht aber von Pflegefachpersonen durchgeführt werden. Aufgrund dessen werden philippinische Pflegefachpersonen auch oft *„Little Doctors“*

bezeichnet. Grundpflegerische Tätigkeiten wird auf den Philippinen hauptsächlich von Familienangehörigen übernommen. (vgl. Fischer 2014: 55)

Tätigkeiten, welche im Ausland nicht in den Bereich der Pflegefachpersonen fallen werden allerdings nicht immer von Angehörigen übernommen. Neben diesen führen Hilfskräfte im Ausland die pflegerischen Tätigkeiten der Grundpflege aus. Üblich sind diese etwa in Spanien. Spanische Pflegefachpersonen sehen sich, wie auch ihre philippinischen Kollegen näher am Beruf eines Arztes. Grundpflege am Patientenbett gemeinsam mit Hilfskräften, passt dabei nicht in das Tätigkeitsbild einer spanischen Pflegefachperson. Sie haben breitere Kompetenzen z.B. die Medikation betreffend und sehen ihre Aufgabe eher darin Hilfskräfte anzuleiten. (vgl. Klopprogge et al. 2017: 127 f.)

Dies verdeutlicht wieder, die Einschränkung hinsichtlich der autonomen Gestaltungmöglichkeiten des Pflegeprozesses durch die Pflegefachpersonen in Deutschland. Da Pflegefachpersonen im Ausland weitreichendere Kompetenzen z.B. bei der Medikation haben als in Deutschland, können diese den Pflegeprozess unabhängiger von Ärztinnen und Ärzten durchführen. So müssen in Deutschland mitunter prophylaktische Maßnahmen, welche im Bereich der Behandlungspflege liegen z.B. Thrombosespritzen von ärztlichem Personal angeordnet sein. Diese Einschränkung trifft auf sämtliche medikamentöse Maßnahmen zu. Selbst Änderungen der Applikationsform bei einer Veränderung des Patientenzustandes z.B. bei Schluckbeschwerden müssen ärztlich angeordnet werden.

In Deutschland ist die Übernahme grundpflegerischer Tätigkeiten feste Aufgabe der Pflegefachpersonen. Der Helferanteil im Jahr 2019 in Deutschland in der Gesundheits- und Krankenpflege lag bei nur 16 Prozent (172.000 Helfer). In der Altenpflege hingegen gingen im Jahr 2019 rund die Hälfte der Pflegepersonen einer Helfertätigkeit nach. Dabei ist statistisch jedoch nicht erfasst, über welche Vorqualifikation diese Beschäftigten verfügen. Insgesamt rund die Hälfte des Zuwachses von Pflegepersonen im Jahr 2019 ist auf Helfertätigkeiten zurückzuführen. (vgl. BA 2020: 6 f., 04.11.2020, 11.23 Uhr) Für einen verstärkten Einsatz von PflegehelferInnen in Pflegeeinrichtungen spricht auch eine Studie, welche sich mit der Erprobung und Entwicklung zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen bzgl. des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auseinandergesetzt hat. Diese weist durch ein neues Personalbemessungsinstrument auf einen hohen Bedarf an Pflegeassistenzkräften hin, um versorgungsrelevante Pflegeleistungen nach dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff erbringen zu können. (vgl. Rothgang et al. 2020: 417 f., 10.01.2021, 14.21 Uhr)

Aber nicht nur die Tatsache, dass Pflegefachpersonen im Ausland u.U. vermehrt Behandlungspflege durchführen bildet einen signifikanten Unterschied zur beruflichen Pflege in Deutschland. Durch den erweiterten Kompetenzbereich, welcher Pflegefachpersonen im Ausland obliegt, ist eine unabhängigere bzw. selbstständigere Steuerung des Pflegeprozesses möglich. In Deutschland ist diese Steuerung durch einen hohen Abhängigkeitsgrad von Ärztinnen und Ärzten und deren Anordnungen gekennzeichnet, was den Kompetenzbereich der Pflegefachpersonen einschränkt. (vgl. Pütz et al. 2019: 173)

So kann es für eine erfolgreiche berufliche Integration zur Herausforderung werden, wenn migrierte Pflegefachpersonen in Deutschland in ihrer gewohnten beruflichen Handlungsautonomie und ihrer Fachlichkeit derart eingeschränkt werden und sich hinzukommend mit Aufgaben konfrontiert sehen, die nicht ihrem bisherigen Pflegeverständnis entsprechen. Dies wird durch die Ausprägung an erforderlicher Grund- und Behandlungspflege in den verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitswesens verstärkt, da der Schwerpunkt der pflegerischen Versorgung in der Altenhilfe ein anderer ist als im Krankenhaus.

Dass im Ausland unter beruflicher Pflege mit den zugehörigen Aufgaben und Kompetenzen andere Vorstellung existieren verdeutlichte bereits die Aussage der interviewten Führungskraft Lina S. Grundpflegerische Tätigkeiten sind ausländischen Pflegefachpersonen nicht immer geläufig und so kann es sein, dass diese u.U. nicht mit der Körperpflege eines Patienten vertraut sind oder gar ein Bett machen können. (vgl. Pütz et al. 2019: 180) Dass Aufgaben der Grundpflege eher unüblich für ausländische Pflegefachpersonen sind und dies erst einmal Unverständnis bei diesen auslösen kann, kann durch eine weitere Interviewaussage der Studie der Hans-Böckler-Stiftung dargestellt werden:

> Eine der Hauptfragen ist immer: ‚Müssen wir denn in Deutschland die Leute auch waschen, füttern, sonstige Dinge?' Sag ich: ‚Ja, Sie dürfen das! [lacht] Sie *dürfen* das sogar als Fachkraft tun. Und es wird sogar gewollt und Sie sind der Manager des Patienten, das ist eine viel ehrenwertere und würdevollere Aufgabe, als nur den Verband zu wechseln und die Spritze zu geben. […] Und wenn Sie sich um den Menschen als Gesamtes kümmern und verbringen sogar die Freizeit z.T. mit ihm, gehen mit ihm vielleicht auch mal spazieren oder führen Gespräche, ist das doch viel schöner als nur am Fließband den Verband zu wechseln, den Blutzucker zu messen und die Tablette zu geben.' Das verstehen sie dann schon. Aber man muss es ihnen erklären, am Anfang ist es für sie eine Tätigkeit, die unter ihrer Würde ist. Aber wenn Sie es erklärt bekommen haben, ist es okay. (Arbeitsvermittler […]) (Pütz et al. 2019: 53)

Verdeutlicht wird außerdem, dass grundpflegerische Tätigkeiten nicht nur von Hilfskräften ausgeführt werden, sondern diese Tätigkeiten fester Bestandteil von Pflegefachpersonen in Deutschland sind. Die jeweiligen Anforderungen an eine Pflegefachperson unterscheiden sich jedoch nach der Einrichtung des Gesundheitswesens und auch nach Fachbereich. So findet

Grundpflege zwar auch auf Intensivstationen statt, jedoch wird die Behandlungspflege in diesem Bereich stärker vorzufinden sein als auf einer Normalstation. Doch auch wenn migrierte Pflegefachpersonen den Schwerpunkt von pflegerischen Tätigkeiten in der Behandlungspflege sehen bzw. sich dem Arztberuf näher fühlen und ihr Wissen vielleicht sogar eher in Fachrichtungen, wie bspw. dem Intensiv- oder OP-Bereich anwendbar ist, können sich Differenzen zwischen Deutschland und dem Ausland ergeben. Diese können sich u.a. im Bereich der Hygiene zeigen. Im Rahmen von Interviews, welche am Universitätsklinikum Erlangen mit zehn Mentoren und acht migrierten, philippinischen Pflegefachpersonen geführt wurden zeigte sich, dass fünf von zehn Mentoren den Bereich der Hygiene als Defizit von den migrierten Pflegefachpersonen benennen. Wie sich dieses Defizit in der Praxis äußern kann schildert ein Mentor 6 aus dem OP-Fachbereich:

> Ja, in dem Hygiene-Bereich ja, glaube ich ist eine … Eine Start-Hygieneschulung wäre vielleicht nicht schlecht. Auch das Thema Umgang mit Sterilgut. […] Wir haben ganz viele einzelne Sachen, die wir vor einer OP aufmachen müssen zum Beispiel. Das ist in anderen Ländern auch nicht so üblich. Da gibt es ein Set, das man aufmacht, und da ist viel drauf. Und das ist mir schon aufgefallen, dass beide Kollegen am Anfang Probleme hatten, jetzt das Sterilgut richtig zu öffnen. Es hat ein bisschen gedauert und da wusste ich, das hängt … Das war jetzt kein bekanntes Handling. (Bogdahn et al. 2019: 13)

Hygiene betrifft aber nicht nur spezielle Tätigkeiten, welche im OP-Bereich anfallen bzw. die Behandlungspflege, sondern ist auch für andere Tätigkeiten in anderen Abteilungen von hoher Relevanz. Standards für den richtigen Umgang mit Sterilgut sind generell einzuhalten. Dies kann bspw. eine Katheterisierung genauso betreffen wie das Aufziehen von Infusionslösungen. Weiterhin sind hygienische Grundsätze bei der Körperpflege, wie sie in Deutschland während der Ausbildung gelehrt werden zu beachten. Für ausländische Pflegefachpersonen ist dann nicht nur die Anforderung in Deutschland die Körperpflege von PatientInnen zu übernehmen befremdlich, sondern auch dass hierbei auf hygienische Grundprinzipien geachtet werden muss. So schildert Mentorin 1, eine Überforderung ausländischer Pflegefachpersonen bzgl. der Hygiene und dem direkten Patientenkontakt, die sich dadurch zeigt, dass Hygienestandards z.B. beim Waschen von Patienten kaum bekannt sind. (vgl. Bogdahn et al. 2018: 2)

Um die berufliche Pflege und das Pflegeverständnis von Pflegefachpersonen in Deutschland und dem Ausland visuell zu verdeutlichen wird die folgende Abbildung 5 herangezogen. Ersichtlich wird daraus, dass sich Pflege in einem Kontinuum von ***„Nursing“*** und ***„Caring“*** befindet.

Abbildung 5: Pflege als Kontinuum von „Nursing“ und „Caring“ (Immenroth 2012: 12)

Dabei ist es in den Ländern jedoch unterschiedlich, welche Richtung berufliche Pflege und die Tätigkeiten einer Pflegefachperson eher repräsentiert. In Deutschland werden im Vergleich zum Ausland wie bereits dargestellt mehr grundpflegerische Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen übernommen. Auch wenn hier die berufliche Pflege ebenso Tätigkeiten aus dem Bereich der Behandlungspflege umfasst, ist Pflege in Deutschland in Richtung *„Caring“* geprägt und umfasst damit verstärkt Pflegemaßnahmen wie bspw. die Körperpflege aus diesem Bereich. Wohingegen *„Caring“* im Ausland meist nicht in erster Linie das Pflegeverständnis der Pflegefachpersonen wiedergibt, da berufliche Pflege hier stärker am Bereich des „Nursing“ ausgerichtet ist. Pflegemaßnahmen z.B. die Verabreichung von Medikation, welche Pflegefachpersonen für sich definieren, lassen sich daher eher dem Bereich der Behandlungspflege zuordnen. Dies hat Einfluss auf die professionelle Gestaltung des Pflegeprozesses vor allem bzgl. der grundpflegerischen Tätigkeiten. Die unterschiedliche Ausrichtung der Pflege begünstigt damit das Aufeinandertreffen unterschiedlicher Pflegeverständnisse bei der Arbeitsmigration in der Pflege. So differenzierte Juchli bereits das Pflegeverständnis nach ganzheitlicher Auffassung und medizinisch orientierter Auffassung, was der folgenden Abbildung 6 entnommen werden kann.

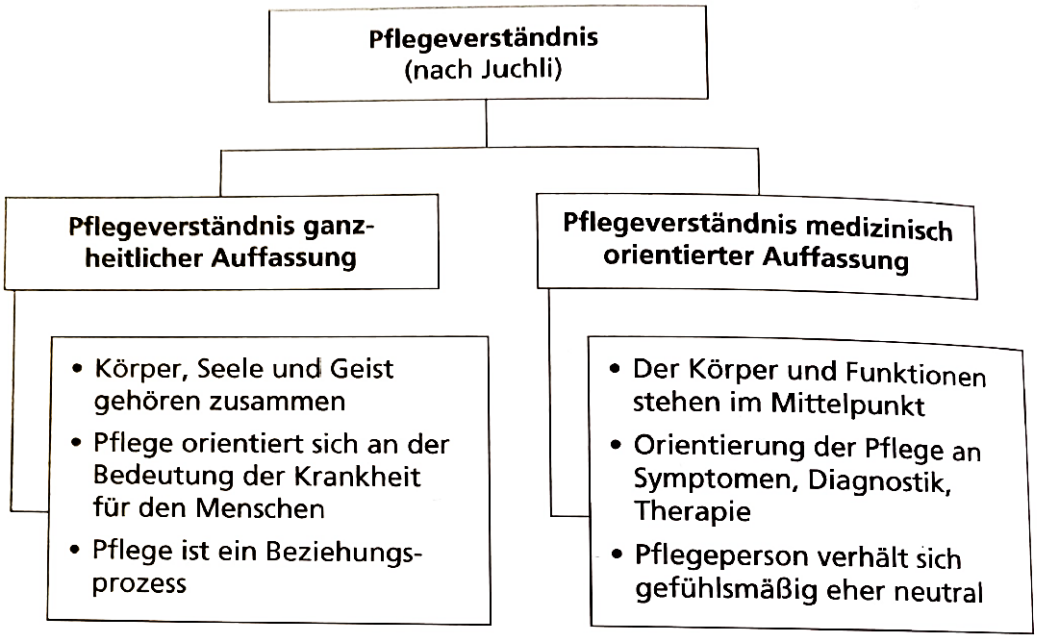

Abbildung 6: Differenzierung des Pflegeverständnisses in Anlehnung an Juchli (Fischer 2013: 122)

Die Unterteilung des Pflegeverständnisses soll jedoch nicht den Eindruck vermitteln, dass für eine ganzheitliche professionelle pflegerische Versorgung des Patienten keine medizinischen Kenntnisse erforderlich sind. Im Gegenteil, diese sind unabdingbar für eine professionelle Pflege. Die Sichtweise der einzelnen Pflegefachpersonen auf das Pflegeverständnis ist dabei jedoch individuell und im Rahmen dieser beiden Richtungen veränderlich. Juchli versteht diese Sichtweisen daher als zwei Pole, zwischen denen sich das Pflegeverständnis einordnen lässt. (vgl. Fischer 2013: 122 f.)

3.4 Berufsethik

Pflegerische Handlungen durch die Pflegefachpersonen im Berufsalltag sind durch ethische Aspekte begleitet. Um die Berufsethik der Pflege beschreiben zu können ist es zunächst notwendig die Begrifflichkeiten, welche Einfluss darauf nehmen zu klären. Konkret gilt es den Begriff der Ethik zu definieren und vom Begriff des Ethos abzugrenzen.

> **Ethik** ist die selbstreflexive **Theorie der Moral**, d.h. die Reflexion, welche das menschliche Handeln und Verhalten anhand der Beurteilungsalternativen von **Gut und Böse** bzw. Gut und Schlecht auf seine Sittlichkeit hin prüft. (Körtner 2012: 15)

Die Bewertung dessen, was Gut oder Böse ist wird also zunächst durch die Moral getroffen, bevor Ethik diese Bewertung reflektiert. Der Begriff der Moral und der Begriff des Ethos werden nicht immer synonym verwendet. Beide bezeichnen jedoch Verhaltensnormen, welche eine gesamte Gesellschaft oder eine Gruppe betreffen. Die Akzeptanz und die Stabilität dieser Verhaltensnormen begründeten sich dabei durch Tradition. Moral bezieht sich dabei eher auf Regeln für menschliches Handeln sowie menschliches Verhalten hinsichtlich ihrer Sittlichkeit. Der Begriff des Ethos hingegen versiert dabei eher die Person des Handelnden mit dessen Einstellungen und Haltung. (vgl. Körtner 2012: 16)

Pflegerisches Handeln erfordert die Berücksichtigung von ethischen Maximen der Pflegefachpersonen, für die am Arbeitsplatz entstehenden Pflegefachperson-Patient-Interaktionen. Beziehungen zwischen professionell Pflegenden und Pflegebedürftigen, die durch deren Interaktion entsteht, werden auch als berufliche Beziehungen beschrieben. Dabei können die Beteiligten, anders als bei Beziehungen im privaten Umfeld nicht frei wählen, ob diese zustande kommt. Der Pflegeprozess bezweckt mit seinem festen Bestanteil der Pflege dabei eine solche Beziehung. Die gegenseitige Abhängigkeit von Pflegefachperson und PatientIn, sowie die zwischenmenschlichen Aspekte werden dabei bewusst gestaltet und auf ein Ziel ausgerichtet. (vgl. Büker 2019: 20 f.) Solche Beziehungen verlangen von den Beteiligten grundsätzliche in der Tradition der Gesellschaft verwurzelte Werte und Normen. Diese bilden einen Orientierungsrahmen dafür wie Menschen handeln und leben sollen. (vgl. Körtner 2012: 13) Um solch einen Orientierungsrahmen für Pflegefachpersonen und ihr professionelles Handeln zu bieten haben sich Richtlinien wie Kodizes, Leitlinien oder Leitbilder mit Werten und Normen im beruflichen Kontext entwickelt. Erstmals wurde solch ein Ethikkodex für Pflegende vom ICN verabschiedet. Dieser besagt, dass Pflegende vier Grundlegende Aufgaben haben:

- Gesundheit fördern
- Krankheit verhüten
- Gesundheit wiederherstellen
- Leiden lindern

Den Standard ethischer Verhaltensweisen von beruflich Pflegenden bestimmen dabei die vier Grundelemente „Pflegende und ihre Mitmenschen“, „Pflegende und die Berufsausübung“, „Pflegende und die Profession“ und „Pflegende und ihre Kolleginnen“. (vgl. ICN 2013,

04.12.2020, 14.46 Uhr) Die berufliche Ausbildung der Pflege bzw. das vermittelte Pflegeverständnis orientiert sich an diesem Handlungsrahmen des ICN, sowie der Charta zum Schutz der Menschenwürde. (vgl. StMGP 2020: 11, 19.11.2020, 09.15 Uhr) Dementsprechend werden den zukünftigen Pflegfachpersonen Normen und Werte für ihre Berufsausübung mit auf den Weg gegeben. Dennoch gilt es zu berücksichtigen, dass hierdurch keine vollkommen einheitlichen und verbindlichen Werte- und Moralvorstellungen erzeugt werden können, sondern lediglich ein Orientierungsrahmen für beruflich Pflegende geschaffen wird. Berufsethische Grundsätze müssen durch die einzelne Pflegefachperson bei ihrer pflegerischen Tätigkeit umgesetzt werden. Dies kann anhand der Beziehungsgestaltung von Pflegefachpersonen und PatientIn verdeutlicht werden. Dabei stellt es einen Unterschied dar, ob sich Pflegefachpersonen eine professionelle Haltung zu Beziehungen zwischen Pflegefachperson und PatientIn aneignen, oder sich als verrichtungsorientierte Pflegefachperson sehen, bei dem das „Handwerk Pflege“ ausschlaggebend ist und Beziehungsarbeit nur nebenher geschieht. Pflege kann jedoch kein Verrichtungsberuf sein, wenn *„Caring“* als theoretische und ethische Basis für Pflege verstanden wird, bei dem Beziehungsgestaltung fester Bestandteil ist. (vgl. Lademann 2019: 163 f.) Da der Umfang beruflicher Care-Arbeit, welche von Pflegefachpersonen verrichtet wird in anderen Ländern im Gegensatz zu Deutschland allerdings geringer ausfällt, oder diese Tätigkeiten der Care-Arbeit von Angehörigen oder Hilfskräften übernommen werden, dürften Pflegefachpersonen aus dem Ausland eher nicht mit der beruflichen Beziehungsgestaltung im Sinne des *„Caring“* vertraut sein. Dies verdeutlicht auch die bereits dargestellte Aussage des Arbeitsvermittlers, der Pflege im Ausland als „Fließbandarbeit“ beschreibt, bei der fortlaufende Verrichtungen des Bereichs *„Nursing“* getätigt werden, aber keine Beziehung zum Patienten in den Vordergrund gerückt werden. *„Caring“* im Ausland bildet demnach nicht wie in Deutschland die theoretische und ethische Basis für Pflege, bei der Beziehungsgestaltung fester Bestandteil ist.

Deutlich wird hieran, dass trotz internationaler Richtlinien wie dem ICN-Ethikkodex für Pflegende sich die ethischen Anforderungen an Pflegefachpersonen durch spezifische Schwerpunkte der beruflichen Pflege in den Ländern unterscheiden können. Ausländische Pflegefachpersonen sind dann nicht nur vor die Tatsache gestellt ihnen bisher nicht gängige Tätigkeiten zu verrichten, sondern müssen *„Caring“* und die Beziehungsgestaltung mit dessen ethischen Richtlinien als festen Bestandteil der Pflege in Deutschland wahrnehmen und mit ihrem Verständnis von Pflege und ihrem Ethos in Einklang bringen. Als Beispiel kann hierzu die Autonomie des Patienten/der Patientin genannt werden. Diese kann in verschiedenen Bereichen in verschiedener Art und Weise durch die Pflegefachperson beeinträchtigt werden

und gerade auch grundpflegerische Tätigkeiten betreffen. Hierdurch können ethische Konflikte hinsichtlich der pflegerischen Versorgung entstehen, welche dann auch nationale Rechtnormen bzgl. der Patientenversorgung berühren können. Durch diese schriftlich fixierten rechtlichen Bestimmungen werden moralische Grundsätze und Auffassungen einer Gesellschaft verankert und durch Sanktionen geltend gemacht. (vgl. Hiemetzberger et al. 2016: 29) Gesetzlich fixierte moralische Grundsätze und Auffassungen sind aber nicht in jeder Gesellschaft gleich. Demnach können sich die Moralvorstellungen von Personen aus unterschiedlichen Ländern voneinander unterscheiden und Differenzen im beruflichen Kontext hervorrufen.

4 Erweitertes Pflegeverständnis

Bereits bei der Klärung des Begriffs „Pflegeverständnis“ wurde aufgezeigt, dass Aspekte, wie persönliche Faktoren ebenso in Verbindung mit dem Pflegeverständnis zu nennen sind, wie die Ausbildung und die Aufgaben und Kompetenzen der Pflegefachpersonen. Daher wird das grundlegende Pflegeverständnis von Pflegefachpersonen, welches sich bisher weitestgehend in formellen Rahmenbedingungen begründete, im Folgendem um weitere Aspekte ergänzt, welche allerdings nicht auf alle Pflegefachpersonen gleichermaßen zutreffen müssen. Einige Begriffe, welche in der Literatur häufig im Zusammenhang mit dem Pflegeverständnis genannt werden, wurden bereits dargestellt. Hierunter zählen die Patienten-Pflegeperson-Beziehung, ethische Werte, pflegerische Inhalte und theoretische Modelle. Weitere Begriffe, die bisher noch nicht aufgeführt wurden, aber ebenfalls häufig genannt werden, sind das Menschenbild und Erfahrungen der Pflegenden. (vgl. Fischer 2013: 119) Die Aspekte werden im Weiteren aufgegriffen und um relevante teilweise informelle Punkte ergänzt. Eine klare Abgrenzung der Begriffe ist dabei nicht immer möglich, wodurch es zu Überschneidungen kommt. Weiterhin sollen die angeführten Aspekte nicht den Anspruch auf abschließende Vollständigkeit haben.

4.1 Persönliches Bild beruflicher Pflege

Das unterschiedliche Pflegeverständnis etablierter und migrierter Pflegefachpersonen wird in der pflegerischen Praxis u.a. durch ein ungleiches Verständnis des Tätigkeitsbereichs der Pflegenden deutlich. Dies ist aber nicht nur der Tatsache geschuldet, dass beruflich Pflegende aus internationalen Ländern eine andere vorgegebene Qualifizierung durchlaufen haben als in Deutschland, sondern auch den beruflich Pflegenden als Individuum selbst. Beruflich

Pflegende haben durch ihre durchlaufene Ausbildung und den entsprechenden Lehrinhalten zwar ein grundlegendes Pflegeverständnis vermittelt bekommen, was einen Orientierungsrahmen für ihr berufliches Handeln bietet, dennoch sind bei der Berufsausübung individuelle Ansichten der Pflegepersonen zu berücksichtigen, da ein solcher Orientierungsrahmen eben auch Interpretationsspielraum für den Einzelnen zulässt.

So wird Pflege nicht nur etwa durch Pflegeforschung, Pflegewissenschaft oder Gesetze geformt, sondern auch durch Bilder und Visionen. Solche Bilder von dem was Pflege ist, tragen nicht nur führende Pflegetheoretikerinnen mit sich, sondern auch jede Pflegefachperson hat ihr eigenes Bild von Pflege. Um ein einheitliches Pflegeverständnis zu erzeugen, ist es daher notwendig, sich auch mit diesen Bildern zu befassen. (vgl. Dorfmeister 2016: 158 f.)

Daran wird deutlich, dass nicht nur nationale bzw. formelle Rahmenbedingungen als Begründung für ein unterschiedliches Pflegeverständnis herangezogen werden können, sondern Gründe für die Unterschiede auch in individuellen persönlichen nicht fest geschriebenen Blickwinkeln auf die Pflege - abhängig und unabhängig eines jeweiligen Landes, gesucht werden müssen.

Um den Blick auf persönliche Aspekte zu verdeutlichen eignet sich der Pflegeprozess mit dessen Beziehungsgestaltung und der dabei berücksichtigten ATLs. Hierbei können verschiedene Spannungsfelder zwischen Pflegefachperson und PatientIn entstehen. Ein Beispiel für ein solches Spannungsfeld bietet das Verhältnis von Nähe und Distanz bei der Beziehungsgestaltung. Ist eine professionelle Pflegebeziehung nicht klar abgegrenzt kann dies dazu führen, dass das Gleichgewicht aus Nähe und Distanz gefährdet wird und in einem Spannungsverhältnis mit einer möglicherweise angliedernden Überforderung endet. Grund für die Entstehung eines solchen Ungleichgewichts kann etwa eine unterschiedliche persönliche Einsatzbereitschaft der Pflegefachpersonen hinsichtlich der Erbringung von nicht entlohnten Dienstleistungen sein. Als Beispiel sind hier Extra-Leistungen im Pflegealltag zu nennen. (vgl. Büker 2019: 28) Für migrierte Pflegefachpersonen, welche mit der Anforderung der Beziehungsgestaltung zu Patienten in einem anderen Setting als gewohnt konfrontiert werden, kann es so zu einer besonderen Herausforderung werden, die richtige Balance von Nähe und Distanz zu finden und zu halten. Aber nicht nur migrierte Pflegefachpersonen können ein unterschiedliches Verständnis von professioneller Pflegebeziehung aufweisen. Auch etablierte Pflegefachpersonen in Deutschland müssen kein gleichermaßen übereinstimmendes Bild einer professionellen Pflegebeziehung haben. So kann die Anforderung nicht entlohnte Extra-Leistungen zu erbringen durch die eine Pflegefachperson angenommen werden, während diese Anforderung für eine andere Pflegefachperson den professionellen Rahmen überschreiten

würde. Wie sich solche Differenzen in der Pflegepraxis äußern können, zeigt ein weiteres Beispiel aus der Studie der Hans-Böckler-Stiftung:

> Der [Mitarbeiter aus Jordanien] kümmert sich dann anders um den [Bewohner]. […] Der hat plötzlich eine Freundin immer was für den kochen lassen, weil der einfach keinen Appetit drauf [Altenheimessen] [lacht] hatte, prompt hatte der Appetit. Und da haben natürlich alle gesagt: ‚Schmeichelt der sich jetzt ein oder was macht der da eigentlich?' Sag ich: ‚Ne, Leute, der ist dem irgendwie nahe gegangen.' , Der hat doch keine professionelle Distanz.' Sag ich: ‚Doch das kann schon professionell sein.' Erstmal ist das kein Widerspruch. Der hat eine Befindlichkeit, für die er keinen anderen Weg wusste, als seine Freundin zu bitten, was für den zu kochen.' (Einrichtungsleiter […]) (Pütz et al. 2019: 184 f.)

Diese Aussage verdeutlicht das unterschiedliche Bild von Nähe und Distanz bei der Beziehungsgestaltung im Pflegealltag. Die Erbringung der Extra-Leistung in Form von selbstgekochtem Essen erscheint den etablierten Pflegefachpersonen, anders als dem jordanischen Mitarbeiter als nicht professionell und entspricht nicht ihrem Pflegeverständnis. Auch der Einrichtungsleiter bescheinigt indirekt durch die Aussage, der Mitarbeiter habe keinen anderen Weg gewusst als selbstgemachtes Essen für den Patienten zu liefern, fehlende Professionalität, auch wenn er gleichzeitig äußert, dass dies trotzdem professionell sein kann. Erkennbar wird, dass sich hier nicht nur Differenzen zwischen der migrierten Pflegefachperson und den etablierten Mitarbeitern auftun, sondern hierdurch auch Diskussionsbedarf unter etablierten Mitarbeitern erzeugt wird. Nicht zuletzt müssen bei solch individuellen Handlungen Vorschriften, wie etwa zur Hygiene oder auch wirtschaftliche Aspekte beachtet werden, welche dann aus professioneller Sicht eine solche Art der Versorgung nicht zulassen würden.

4.2 Kultur und Menschenbild

Um einen Blick auf kulturelle Herausforderungen in Bezug auf das Pflegeverständnis und die berufliche Integration werfen zu können, ist es zunächst notwendig den Begriff der Kultur und des Menschenbilds zu verdeutlichen. Der Begriff der Kultur tritt in Zusammenhang unterschiedlicher Kontexte auf und kann verschiedene Perspektiven umfassen. Demnach hat Kultur nicht immer dieselbe Bedeutung, zumal sich diese im Laufe der Zeit verändert hat. Eine einheitliche Definition ist aufgrund der Komplexität des Begriffs in der Literatur somit nicht zu finden. Um den Begriff der Kultur zu erfassen kann dies mit dem Gegenbegriff Kulturen geschehen.

> Unter der Bedingung einer Pluralisierung von Kulturen zeigt sich, dass Kultur nur den Gegenbegriff der Kulturen erlaubt, weil der einzige Abgrenzungspunkt von Kultur anderes Kulturelles ist. Kultur hat deshalb Kulturen als Gegenbegriff, weil man von Kulturen im Plural reden muss und erst die Differenz zwischen Kulturen das Konzept der Kultur im Singular überhaupt sinnvoll werden lässt. (Junge 2009: 21)

Der Begriff der Kultur und kultureller Unterschiede wird also erst in der Abgrenzung zur kulturellen Vielfalt deutlich. Dennoch ist es nötig den Begriff der Kulturen nun näher zu definieren. Dabei werden diese als „homogene Einheiten von Menschen konstruiert, die sich auf hegemoniale nationalstaatliche Werte und Normen berufen“. (Apitzsch 1990: 7) Neben Werten und Normen verfügen diese Einheiten von Menschen über gewisse Menschenbilder. Die Vorstellung von dem was ein Mensch ist, dient den Menschen hierbei als eine grundlegende wichtige Basis für ihre moralischen Einstellungen. Da pflegerisches Handeln durch vorhandene Menschenbilder, sowie die damit verbundenen Wertvorstellungen der Kulturen beeinflusst wird stellt dies einen wichtigen Aspekt dar. Denn von dem individuellen Menschenbild hängt es ab, wie eine Pflegeperson den pflegebedürftigen Menschen versorgt und mit diesem interagiert. (vgl. Schwendemann et al. 2017: 99) Dadurch wird die Überschneidung vorangegangener Darstellungen deutlich. So kann die Berufsethik nicht als abgegrenztes separates Kapitel betrachtet werden, sondern ist ebenso im Zusammenhang mit der Kultur und dem Menschenbild der Pflegefachpersonen zu nennen.

Werte und Normen einer Kultur sind für Menschen aus einer anderen Kultur nicht immer offensichtlich. Neben kulturellen Unterschieden, welche deutlich erkennbar sind, wie bspw. Vorschriften zur Bekleidung, sind andere grundlegende kulturelle Werte und Normen nicht direkt ersichtlich. Hierdurch wird eine Deutung von kulturspezifischen Verhaltensweisen und Werten für Menschen einer anderen Kultur erschwert. (vgl. von Bose 2014: 17) Auf die Kultur von Pflegefachpersonen lässt vielleicht der Geburtsort oder der Lebenslauf als formale Grundlage Rückschluss geben. Was sich jedoch genau hinter der Kultur eines jeden Einzelnen verbirgt kann nicht anhand eines Abschlusszeugnisses, wie etwa dem zur Qualifikation abgelesen werden.

Kulturspezifische Differenzen können in unterschiedlichen pflegerischen Situationen und ATLs auftreten. Dabei gilt es zu unterscheiden, ob diese Differenzen zwischen den Pflegefachpersonen bestehen, oder ob diese im Bereich der Patientenversorgung liegen und eine kultursensible Pflege des Patienten durch die Pflegefachperson erwartet wird. Kulturelle Herausforderungen für migrierte Pflegefachpersonen in Deutschland lassen sich anhand einer Aussage einer Interviewten in der Studie der Hans-Böckler-Stiftung veranschaulichen:

> Schon alleine das Essen. Da haben sie ja schon einen Schreck bekommen, was die Leute essen. Da haben sie gesagt: ‚So etwas essen hier die Leute?' […] Also die haben […] Hessische Gerichte haben die gar nicht gekannt. Dann haben sie sich auch gewundert, warum es so früh Abendessen gibt. Weil in Spanien essen die ja so spät. Bei der Essensausgabe sind sie ja als Fachkraft gar nicht involviert, das machen alles Helfer. In der Altenpflege haben Sie ja Leute, die haben was weiß ich, einen Diabetes, oder haben irgendwelche Allergien, oder irgendwas – die kümmern sich darum nicht. ([…], examinierte Altenpflegerin, […]) (Pütz et al. 2019: 191)

Betroffen von dieser Aussage ist die ATL „Essen und Trinken". Dabei geht es hier nicht um eine kulturspezifische Pflege des Patienten, sondern um kulturelle Unterschiede innerhalb des Pflegeteams. Es wird deutlich, dass der zeitliche Rahmen, sowie das Essen an sich für die migrierten Pflegefachpersonen ungewöhnlich ist. Oft ist die frühe Zeit der Essensausgabe auf die Einhaltung organisatorischer Abläufe zurückzuführen, was auch von in Deutschland etablierten Pflegefachpersonen nicht immer als optimal empfunden wird, dennoch ist anzumerken, dass das Zeitfenster für das Abendessen in südlicheren Ländern im Gegensatz zu Deutschland zu späterer Stunde gesetzt ist. Da die Nahrungseingabe für Pflegefachpersonen in Deutschland zu den grundlegenden Aufgaben gehört, kann dies zu Problemen führen. Etwa dann, wenn die migrierte Pflegefachperson nicht weiß welche Zutaten in einer Mahlzeit enthalten sind und ein Pflegebedürftiger aber auf solche Kenntnisse angewiesen ist. Diese kulturelle Differenz betrifft dann auch die Fachlichkeit der migrierten Pflegefachperson. Nicht nur die Aufgabe der Essenausgabe und die Nahrungseingabe am Patienten wirkt dann befremdlich, sondern die pflegerische Aufgabe kann aufgrund fehlender Kenntnisse von der Pflegefachperson nicht fachgerecht umsetzen. Gefährdet ist dann die Gewährleistung der Pflegequalität. Zum Problem für die erfolgreiche berufliche Integration von migrierten Pflegefachpersonen wird dies vor allem auch durch die Kulturalisierung solcher Probleme. Dies ist der Fall, wenn sich mit solchen Unterschieden nicht bewusst auseinandergesetzt wird und Unterschiede allein auf kulturelle Hintergründe geschoben und die migrierten Pflegefachpersonen aufgrund ihrer Herkunft gebrandmarkt werden. Die Folge ist dann eine Gruppierung von „Wir" und „die Anderen". (vgl. Kluger 2020: 21)

4.3 Berufliche Identität

Für die Darstellung der beruflichen Identität von Pflegefachpersonen, wurden bisher schon einige relevante Aspekte aufgeführt. So wurde bereits dargestellt, was unter der beruflichen Pflege zu verstehen ist, welche Qualifikation hierfür notwendig ist und welche Aufgaben und

Kompetenzen damit einhergehen. Der Begriff der Identität hingegen wurde bisher noch nicht aufgegriffen. Identität bedeutet eine völlige Übereinstimmung, Gleichheit und Wesenheit. Der Begriff der Identifikation leitet sich hieraus ab. Unter Identifizieren wird Identität feststellen, einander gleichsetzen verstanden. (vgl. Etymologisches Wörterbuch des Deutschen 1993, 11.12.2020, 13.23 Uhr) Mit dem Identifizieren einer Pflegefachperson mit ihrem Beruf stellt diese also ihre Identität zu diesem fest. Dabei verfügen Berufe über verschiedene Identifikationspotenziale, die hierbei beachtet werden müssen. Exemplarisch ist das gesellschaftliche Ansehen des Berufs oder die Bandbreite der beruflichen Tätigkeiten zu nennen. Um die Identifikation von Pflegefachpersonen mit ihrem Beruf zu verstehen ist außerdem die Historie der Pflege nicht außer Acht zu lassen. Durch seine geschichtliche Entwicklung ist der Pflegeberuf so etwa durch christliche Werte beeinflusst. (vgl. Fischer 2013: 41-59) Der Einfluss bekannter Pflegetheoretikerinnen, wie Liliane Juchli auf die Pflege und die Ausbildung der Pflege wurde an anderer Stelle bereits verdeutlicht. Um die berufliche Identifikation von Pflegefachpersonen in Bezug auf das Pflegeverständnis darstellen zu können, ist es an dieser Stelle jedoch notwendig noch einmal auf die Ausbildung in der Pflege zurückzukommen. Zwei potenzielle Faktoren, welche die Entwicklung einer Identität bei den Pflegefachpersonen beeinflussen sind zum einen das Pflegeverständnis und zum anderen das berufliche Selbstverständnis. Das Selbstverständnis umfasst dabei zum einen die Vorstellung von Pflegenden, die sie von sich selbst sowie ihren Aufgaben haben und zum anderen ihre Selbstdarstellung in der Öffentlichkeit. (vgl. Fischer 2013: 119) Dass es sich beim Pflegeverständnis um eine bestimmte Ausrichtung handelt, die für Pflegefachpersonen eine Orientierung für ihr Handeln bietet, suggerieren verschiedene Definitionen. Daher ist von einer hohen Bedeutsamkeit des Pflegeverständnisses für die Ausbildung auszugehen. (vgl. Flaiz 2018: 126) Die Bedeutung dessen spiegelt sich auch in der Einführung der generalistischen Pflegeausbildung mit dem hierbei zu vermittelndem Pflegeverständnis wider.

Die Entwicklung einer beruflichen Identität verläuft als Prozess, der seinen Start bereits vor der Ausbildung nimmt und auch nach Ausbildungsabschluss noch andauert. (vgl. Fischer: 2013: 144) Hierdurch wird der Zusammenhang von Pflegeverständnis und beruflicher Identifikation für die berufliche Integration migrierter Pflegefachpersonen deutlich. Denn dieser Zusammenhang wird dann zur Herausforderung, wenn migrierte Pflegefachpersonen eine berufliche Identität erlangt haben, die sich aus dem Pflegeverständnis ihres Herkunftslandes begründet und konträr zum Pflegeverständnis in Deutschland ist. Als Beispiel kann hier ebenfalls die Aussage der Altenpflegerin im vorherigen Kapitel 3 herangezogen werden. Durch die Aussage wird eine anders gewohnte Arbeitsteilung der spanischen Pflegefachperson mit

einer anderen beruflichen Identität begründet, welche es nicht vorsieht, sich um diese Bedürfnisse der PatientInnen zu kümmern. (vgl. Pütz et al. 2019: 191) Wie schon dargestellt geht mit dem Aufbau des Pflegeverständnisses der Erwerb spezifischer Kompetenzen einher. Dadurch wird weiterhin deutlich, dass auch die Entwicklung der beruflichen Identität, die durch das Pflegeverständnis beeinflusst ist, mit der Entwicklung spezifischer Kompetenzen verbunden ist.

> Berufliche Identität ist das Ergebnis eines Entwicklungsprozesses, der auf das Engste mit der Entwicklung beruflicher Kompetenz verknüpft ist. Genau genommen ist die Entwicklung beruflicher Identität eine Dimension der beruflichen Kompetenzentwicklung. (Heinemann und Rauner 2009: 69)

Unterschiedliche Kompetenzentwicklungen der Pflegefachpersonen wurden bereits anhand des Kontinuums von *„Nursing“* und *„Caring“* in der Abbildung 5 veranschaulicht. Es ist also zu bedenken, dass migrierte Pflegefachpersonen ein anderes Pflegeverständnis aufweisen und dies Einfluss auf ihre berufliche Identität hat. Da der Aufbau einer beruflichen Identität als Entwicklungsprozess beschrieben wird, welcher insbesondere auch nach der Ausbildung noch nicht abgeschlossen ist, ist es demnach fraglich ob migrierte Pflegefachpersonen ihre berufliche Identität den Gegebenheiten, wie bspw. in der Interviewaussage zum ATL Essen und Trinken dargestellt, dem Pflegeberufs in Deutschland anpassen können.

4.4 Berufliche Erfahrung

Selbstredend ist, dass sich berufliche Erfahrungen von Pflegefachpersonen individuell unterschiedlich gestalten. Von besonderer Bedeutung sind hierbei die Kompetenzen, die sie dabei entwickeln. Dass sich diese Kompetenzen von migrierten und etablierten Pflegefachpersonen aufgrund einer jeweils anderen durchlaufenen Qualifizierung unterscheiden können wurde eingehend beschrieben. Unterschiedliche Kompetenzen sind aber nicht nur auf verschiedene individuelle Werdegänge hinsichtlich der Qualifizierung zurückzuführen, sondern auch auf die verschiedenen Abschnitte der Berufslaufbahn, in der sich die jeweilige Pflegefachperson befindet. Um dies zu verdeutlichen eignet sich das Stufenmodell zur Pflegekompetenz von Patricia Benner. Hierbei bezieht sie sich auf die Theorie des Dreyfuß-Modells und überträgt dieses Kompetenzmodell auf die Pflegepraxis und dort vorzufindenden Situationen. Das auf die Pflegepraxis übertragene Kompetenzmodell umfasst fünf Stufen:

- Stufe 1: Anfänger
- Stufe 2: fortgeschrittene AnfängerIn
- Stufe 3: Kompetente Pflegende
- Stufe 4: Erfahrene Pflegende
- Stufe 5: PflegeexpertIn

Charakteristika des Handelns können so zu jeder Entwicklungsstufe dargestellt und beschrieben werden. (vgl. Staudacher 2012: 57-71) Pflegende unterscheiden sich in ihrem Handeln je nach Entwicklungsphase. So verfügen erfahrene beruflich Pflegende und ExpertInnen der Pflege (Stufe 4 und 5) bspw. bei Problemen über andere Lösungsansätze als AnfängerInnen oder kompetente Pflegende (Stufe 1, Stufe 2 und Stufe 3). Dieser Umstand lässt sich durch den Erwerb ihres Wissens über Erfahrung begründen. (vgl. Staudacher 2012: 47) Migrierte Pflegefachpersonen verfügen demnach genauso wie etablierte Pflegefachpersonen in Deutschland neben den Kompetenzen, welche auf die Qualifizierung zurückzuführen sind, auch noch über ganz individuelle informelle Kompetenzen, die sie über ihre berufliche Erfahrung erworben haben und die ihr Handeln in der Pflegepraxis beeinflussen. Müssen migrierte Pflegefachpersonen sich dann in einem neuen beruflichen Aufgabenfeld zurecht finden kann es sein, dass ihre persönlichen Erfahrungen, die sie während ihrer beruflichen Laufbahn gesammelt haben in diesem Zusammenhang nicht mehr anwendbar sind. So ist es dann z.B. möglich, dass während der bisherigen beruflichen Erfahrung keine oder weniger Erfahrungswerte zu den in Deutschland üblichen Aufgaben einer Pflegefachperson vorliegen. Eine Anpassung ihrer Kompetenz erfolgt dann nicht nur im Hinblick auf die Fähigkeit diese pflegerischen Tätigkeiten professionell durchführen zu können, sondern auch Erfahrungen hierzu zu sammeln. Diese Erfahrungen werden wiederum das Handeln beeinflussen, d.h. wie die pflegerische Aufgabe am besten umzusetzen ist. Damit spiegelt sich der Aspekt der Erfahrung in Bezug auf das Pflegeverständnis wider. So kann es sein, dass das berufliche Handeln der migrierten Pflegefachperson in verschiedenen pflegerischen Situationen im Ausland auf Expertenstufe einzuordnen war, dies jedoch nicht auf die spezifischen pflegerischen Situationen in Deutschland zutreffen muss und damit das berufliche Handeln einer migrierter Pflegefachperson in diesen Situationen niedrigeren Stufen bzw. der Stufe des Anfängers zuzuordnen ist. Dies verdeutlicht nochmals den Verlust von Kompetenzen ausländischer Fachpersonen, welche in Deutschland nicht gefragt sind. Gleichzeitig wird den ausländischen Pflegefachpersonen ein Erwerb von neuen Kompetenzen mit dem Aufbau

entsprechender Erfahrung für den Pflegealltag in Deutschland abverlangt. Zudem muss dieser Kompetenzverlust den etablierten Pflegefachpersonen nicht bekannt sein bzw. es wird vorausgesetzt, dass das pflegerische Handeln des migrierten Pflegefachpersonal generell höheren Stufen zuzuordnen ist. Um diesbezügliche Differenzen auszugleichen ist Zeit und Motivation von allen Beteiligten Voraussetzung.

5 Heterogenität des Pflegepersonals in Deutschland

Durch die vorangegangenen Kapitel wurde bereits verdeutlicht, dass die Zusammensetzung des Pflegepersonals in Deutschland insgesamt in unterschiedlicher Hinsicht sehr vielschichtig ist. Verschiedene Möglichkeiten der Qualifizierung und verschiedene Einsatzorte im Gesundheitswesen sowie differenzierte Abteilungen innerhalb dieser Einrichtungen bringen diverse Qualifikationsprofile bei den Pflegefachpersonen hervor, wenn auch die erforderliche Ausbildung die Gemeinsamkeit von Pflegefachpersonen begründet. Durch diese unterschiedlichen Qualifikationsprofile kann von einer heterogenen Berufsgruppe gesprochen werden. (vgl. Lehmann und Behrens 2016: 53) Durch die Qualifizierung soll den Pflegefachpersonen zwar ein grundlegendes Pflegeverständnis vermittelt werden, dieses ist jedoch nicht für die Dauer der beruflichen Tätigkeit des Einzelnen festgeschrieben, sondern kann sich mit der persönlichen beruflichen Laufbahn verändern. Diese Vielschichtigkeit wird weiterhin durch Pflegefachpersonen aus dem Ausland intensiviert. Andere durchlaufende Qualifizierungen der migrierten Pflegefachpersonen und von Deutschland abweichende Tätigkeitsbereiche führen zu einem Aufeinandertreffen unterschiedlicher Pflegeverständnisse von migrierten und in Deutschland etablierten Pflegefachpersonen. Aber nicht nur aufgrund der Qualifikation und der unterschiedlichen Tätigkeiten kann sich das Pflegeverständnis der involvierten Pflegefachpersonen unterscheiden. Unterschiedliche kulturelle Hintergründe ergänzen diese Vielschichtigkeit weiterhin. Die genannten Aspekte berühren Pflegefachpersonen nicht gleichermaßen. Jede Pflegefachperson ist demnach als Individuum zu sehen. „Ich pflege als der, der ich bin“. (Juchli 1992: 19) Dies verdeutlicht das trotz formeller Rahmenbedingungen und Vorgaben immer auch Individualität zu berücksichtigen ist.

Hierdurch wird aufgezeigt, dass pflegerisches Handeln und das Pflegeverständnis durch unterschiedliche Aspekte beeinflusst wird. Diese Aspekte sind dabei nicht gegeneinander abzugrenzen, sondern bilden gemeinsam den Teil eines Ganzen – die Pflegefachperson. Die Heterogenität des Pflegefachpersonals ist also nicht nur an Formalitäten festzumachen, sondern

auch an der Persönlichkeit der beruflich Pflegenden selbst. Die berufliche Pflege am Menschen durch den Menschen und das Pflegeverständnis hierbei lässt sich zwar durch die Ausbildung grundlegend lehren, doch die Heterogenität des Pflegepersonals lässt demnach keine grundlegend identische Pflege durch die Pflegefachpersonen erwarten. Diese unterschiedlichen zu berücksichtigenden Faktoren machen eine Integration der migrierten Pflegefachpersonen in die berufliche Pflege in Deutschland zur Herausforderung.

6 Empirische Untersuchung zur Ermittlung von Unterschieden zwischen der beruflichen Pflege in Deutschland und dem Ausland

Das folgende Kapitel umfasst eine empirische Untersuchung zur Ermittlung von Unterschieden zwischen der beruflichen Pflege in Deutschland und dem Ausland. Hierzu erfolgt zunächst eine Darlegung des Untersuchungsdesigns und der Durchführung, bevor der Aufbau des Untersuchungsinstrumentes sowie die Sicherung der Daten und die Auswertung dieser beschrieben wird. Im Anschluss erfolgt die Darstellung der durch die Untersuchung gewonnenen Ergebnisse und eine abschließende Interpretation dieser.

6.1 Untersuchungsdesign und Durchführung

Im bisherigen Verlauf der Arbeit wurde bereits verdeutlicht, dass unter der beruflichen Pflege in Deutschland und dem Ausland nicht das Gleiche verstanden werden muss. Unterschiede spiegeln sich u.a. in der beruflichen Qualifikation und den pflegerischen Tätigkeiten wider. Unterschiede bzgl. der Qualifikation von Pflegefachpersonen aus dem Ausland und spezieller pflegerischer Tätigkeiten, welche in Deutschland abverlangt werden, können durch das Absolvieren eines Anpassungslehrgangs, wie er in einem Defizitbescheid beschrieben wurde, ausgeglichen werden. **Ziel** der Untersuchung war es, diese und weitere Differenzen der beruflichen Pflege in Deutschland und dem Ausland möglichst konkret herauszuarbeiten. Zudem sollte eine Abbildung dessen stattfinden, wie diese Unterschiede von ausländischen und den in Deutschland etablierten Pflegefachpersonen beurteilt werden.
Hierzu wurde folgende Forschungsfrage formuliert: Was sind konkrete Unterschiede hinsichtlich der beruflichen Qualifikation, der pflegerischen Tätigkeiten zwischen Deutschland und dem Ausland und wie werden diese Differenzen von migrierten und den in Deutschland etablierten Fachkräften im Pflegebereich empfunden?

Um das Ziel zu erreichen umfasste das **Vorgehen** hierzu die Entwicklung eines leitfadengesteuerten Experteninterviews. Als Experten, welche über ein breites Informationspotential zur Fragestellung verfügen, wurden Verantwortliche eines Anpassungslehrganges gewählt. Durch ihre spezielle berufliche Tätigkeit verfügen die Experten über Sonderwissen eines fachbezogenen Bereichs, welcher nicht mittels Allgemeinwissen abgedeckt werden kann. Die Experten stehen bei den Interviews nicht mit ihrer Person im Mittelpunkt, sondern verstehen sich als Vertreter mit speziellem Wissen. Um als Interviewender dem Interview mit einem Experten gerecht werden zu können ist eine thematische und inhaltliche Vorbereitung Voraussetzung. (vgl. Misoch 2015: 120 ff.) Die **Begründung** für die Wahl dieses Forschungsinstrumentes ist, dass die Experten nicht nur Auskunft über formale Differenzen geben können, sondern auch als Repräsentanten für die Erfahrungen stehen, welche von ausländischen und den in Deutschland etablierten Pflegefachpersonen hinsichtlich der beruflichen Pflege sowie der Zusammenarbeit während des Anpassungslehrganges gesammelt wurden. Neben den Defizitbescheiden von Pflegefachpersonen, welche an die Verantwortlichen des Anpassungslehrganges übermittelt werden, sollten durch die Interviews so weitere in die Tiefe gehende Informationen zu den genannten Differenzen eingeholt werden. Durch das leitfadengesteuerte Experteninterview sollte eine flexible Durchführung des Interviews ermöglicht werden, welche keine starr fixierte Führung des Gespräches zum Ziel hatte. (vgl. Misoch 2015: 124) Dies erlaubte eine Zuordnung der Leitfragen anhand des Gesprächsverlaufs bzw. der Antworten der Interviewten. Auch an den Themenkomplexen ausgerichtete vertiefende Nachfragen wurden so ermöglicht. Zudem wurde den Interviewten durch die Offenheit dieser Methode mehr Freiheit für ihre Antworten eingeräumt. (vgl. Misoch 2015: 28) Hierdurch sollte ein möglichst umfassender Informationsgehalt erzielt werden. Die **Durchführung der Befragung** erfolgte durch die Verfasserin dieser Arbeit selbst. Diese verfügte durch eine vor dem Studium durchlaufene Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin, wie auch durch das Studium erworbene notwendige Kenntnisse und Fähigkeiten zur adäquaten Durchführung der Experteninterviews. Von der geplanten Face-to-Face Durchführung der Experteninterviews musste bedingt durch die Covid-19-Pandemie abgerückt werden, sodass die Durchführung der Experteninterviews telefonisch erfolgte. Ein negativer Einfluss auf die Qualität der erhobenen verbalen Daten konnte hierdurch objektiv nicht festgestellt werden. Da die Erhebung ohnehin auf Spezialwissen ausgerichtet war und es nicht um die Interviewten als Personen ging. Non-verbale Informationen waren durch diese Interviewform demnach nicht zwingend erforderlich. Insgesamt wurden zwei Experteninterviews geführt. Allerdings muss hierbei erwähnt werden,

dass sich im Verlauf eines Interviews herausstellte, dass eine andere Person geeigneter zur Beantwortung der gestellten Fragen war. Daher wurde entschieden das Experteninterview mit diesem zu wiederholen. Bei der Durchführung des ersten Interviews ließen sich keinerlei Schwierigkeiten bzgl. Verständlichkeit der Fragen oder anderer Probleme erkennen.
Um die Qualität der Forschung zu sichern ist auf die Gütekriterien zur Objektivität, Reliabilität und Validität zu achten. (vgl. Misoch 2015: 231) Auf eine Anwendung dessen wurde berücksichtigt.

6.2 Darstellung des Interviewleitfadens

Zur Durchführung des Interviews wurde vorab ein Leitfaden durch die Studierende mit Fragen zu verschiedenen Themenkomplexen entwickelt. Insgesamt vier Themenblöcke wurden herausgearbeitet. Der erste Themenkomplex umfasst die Differenzen hinsichtlich der Qualifikation und den pflegerischen Tätigkeiten. Beim Themenkomplex von Qualifikation und pflegerischen Tätigkeiten wurden sowohl theoretische als auch praktische Differenzen berücksichtigt. Der zweite Themenkomplex erfasst die Bewertung der beruflichen Pflege durch die migrierten Pflegefachpersonen. Der dritte Themenkomplex beinhaltet die Bewertung der Fähigkeiten der migrierten Pflegefachpersonen durch die in Deutschland etablierten Fachkräfte im Pflegebereich. Im vierten und letzten Themenkomplex ging es um die berufliche Perspektive der Lehrgangsteilnehmenden. Die Antworten sollten dann den vorab fünf deduktiv entwickelten Kategorien zugeordnet werden. Es bestand die Option, die deduktive entwickelten Kategorien im Verlauf, um induktive Kategorien aus dem Datenmaterial zu ergänzen. (vgl. Mayring 2015: 85) Die deduktiv entwickelten Kategorien lauten wie folgt:

- Differenzen bzgl. Qualifikation
- Differenzen bzgl. pflegerischen Tätigkeiten
- Bewertung der beruflichen Pflege in Deutschland durch migrierte Pflegefachpersonen
- Bewertung der Fähigkeiten migrierter Pflegefachpersonen durch etabliertes Fachpersonal der Pflege
- Berufliche Perspektive

Die nachfolgende Tabelle 3 soll einen Überblick zum Leitfaden mit dessen Aufbau und Inhalt verschaffen, welcher für das Experteninterview erarbeitet wurde. Der strukturelle Aufbau ist dabei auf die Vorgaben nach Misoch zurückzuführen. (vgl. Misoch 2015: 71)

Fragenkomplex	**Frage(n)**	**Ziel**
Einstiegsfrage	Wie läuft die Qualifizierungsmaßnahme für gewöhnlich ab?	Interview mit einer Frage zum offenen Erzählen starten, stellt einen Impuls zum Hineindenken in die Thematik dar
Differenzen bzgl. Qualifikation und Tätigkeiten	**Theorie** - Warum ist eine Anpassung trotz vorhandener Qualifikation dennoch nötig? Nennen Sie gründe, um die es sich hierbei oftmals handelt. Stellen Sie Unterschiede so konkret wie möglich dar. Erklärung: Die Anpassung bezieht sich auf die formellen Vorgaben in Deutschland - Welche beruflichen Kompetenzen der ausländischen Pflegekräfte werden in den Fächern „Grundlagen der Pflege“, „Gesundheits- und Krankenpflege“ und „Berufskunde“ ausgebaut? Plastizieren Sie ihre Antwort mit Beispielen aus der Praxis. - Wo bestehen Ihrer Meinung nach die größten Differenzen hinsichtlich der zuvor genannten Inhalte des Anpassungslehrganges zwischen einer Qualifizierung in Deutschland und einer Qualifizierung im Ausland? - Inwieweit ergaben sich inhaltliche Änderungen des Anpassungslehrganges durch die generalistische Pflegeausbildung? - Über welche berufliche Qualifikation sowie Berufserfahrung verfügen die Lehrgangsteilnehmenden bereits? **Praxis** - Woraus ergibt sich die Notwendigkeit hierfür? Schildern Sie konkrete Differenzen des Pflegeberufs im praktischen Bereich. (Orientieren Sie sich hierbei an den ATLs) Erklärung: Die Frage bezieht sich auf die Notwendigkeit der praktischen Unterrichtung des Anpassungslehrganges	Durch die offenen Fragestellungen möglichst konkrete und viele Differenzen zwischen beruflicher Pflege in Deutschland und dem Ausland ermitteln, welche die Qualifikation oder die Tätigkeiten betreffen
Bewertung der beruflichen Pflege in Deutschland durch	- Wie wirken die Aufgaben einer Pflegefachkraft in Deutschland auf die Lehrgangsteilnehmenden?	Ermittlung von möglichst konkreten Schwierigkeiten und Herausforderungen für

migrierte Pflegefachpersonen	- Wie häufig kommt es zu von den Lehrgangsteilnehmenden indizierten Qualifikationsabbrüchen? Was sind die Gründe hierfür?	die migrierten Pflegefachpersonen in Bezug auf die berufliche Pflege in Deutschland
Bewertung der Fähigkeiten migrierter Pflegefachpersonen durch etabliertes Fachpersonal der Pflege	- Wie schätzen die Praxisanleiter die Fähigkeiten der ausländischen Fachkräfte im beruflichen Kontext ein? - Wie wird ausländisches Pflegepersonal und deren Kenntnisse sowie Fähigkeiten von deutschen Kollegen wahrgenommen? - In welchen Bereichen würden Sie ausländisches Pflegepersonal als besser qualifiziert beschreiben? Beschreiben Sie praktische Beispiele. Erklärung: Gefragt ist der Interviewte selbst - In welchen Bereichen würden Sie ausländisches Pflegepersonal als schlechter qualifiziert beschreiben? Beschreiben Sie praktische Beispiele. Erklärung: Gefragt ist der Interviewte selbst - Wie hoch ist die Durchfallquote? Was sind die Gründe für Nicht-Bestehen? - Wie sind die Erfahrungen der zukünftigen Arbeitgeber mit den ehemaligen Lehrgangsteilnehmern?	Möglichst umfassende Ermittlung fachlicher Differenzen (positiv wie negativ) der migrierten Pflegefachpersonen
Berufliche Perspektive der Lehrgangsteilnehmenden	- Wer sind die zukünftigen Arbeitgeber der anerkannten Pflegekräfte? - Welche weiteren Aspekte hinsichtlich des Pflegeverständnisses in Deutschland sind für eine erfolgreiche berufliche Integration Ihrer Meinung nach besonders wichtig? Erklärung: Gefragt ist der Interviewte selbst	Erforschung von notwendigen beruflichen Integrationsmaßnahmen nach Pflegesektor
Ausklang- und Abschlussfrage	Gibt es Dinge, die aus Ihrer Sicht hier noch nicht angesprochen wurden, aber von Bedeutung sind?	Erfragung von Aspekten, die bisher keine Erwähnung gefunden haben

Tabelle 3: Interviewleitfaden zum Anpassungslehrgang

Da die deduktiven Kategorien anhand der Themenkomplexe entwickelt wurden, finden diese sich neben den Themenkomplexen ebenso in dem Interviewleitfaden wieder.

6.3 Datensicherung und Auswertung

Zur Sicherung und Auswertung der erhobenen Daten wurde das Experteninterview mit einem Audiogerät aufgezeichnet und anschließend transkribiert. (vgl. Anlage 3) Bei der Auswertung dieser Daten wurde in Anlehnung an die qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring vorgegangen. (vgl. Mayring 2015: 62) Hier ist zu erwähnen, dass für eines der geführten Interviews keine Transkription und Auswertung erfolgte, da dies aufgrund des fehlenden Informationsgehaltes zur Thematik nicht zielführend gewesen wäre. Die erhobenen Daten wurden anonymisiert. Es erfolgte gemäß des inhaltsanalytischen Ablaufmodells die Definition der Analyseeinheiten. Alle im Experteninterview getätigten Aussagen und Antworten, welche im Zusammenhang mit der Forschungsfrage standen, wurden auf Grundlage des Transkriptes untersucht. Alle Textstellen, welche die Forschungsfrage betrafen, waren der Analyseeinheit zuzuordnen. Die betroffenen Textstellen wurden anschließend einzeln paraphrasiert und den vorab festgelegten fünf Kategorien zugeordnet. Aufgrund des Datenmaterials zu einem einzelnen Interview und einer möglichst spezifischen Darstellung der erhobenen Informationen wurde auf eine Generalisierung von Aussagen innerhalb der Kategorien verzichtet. Die Aussagen wurden jedoch thematisch gegliedert. Neue Kategorien auf Grundlage der Transkription bzw. des Datenmaterials haben sich nicht ergeben.

6.4 Ergebnisdarstellung und Interpretation

Im Folgenden werden die Ergebnisse des Experteninterviews in der Tabelle 4 dargestellt. Diese enthält die Ergebnisse zu den einzelnen vorher festgelegten Kategorien. Im Anschluss an diese Tabelle 4 erfolgt eine Interpretation der Ergebnisse.

Kategorien	**Ergebnisse**
Differenzen bzgl. Qualifikation	**Ausbildungsdauer** im Ausland umfasst häufig vier oder fünf Jahre **Ausbildungsabschluss** vermehrt Bachelor, aber nicht immer **Differenz der Ausbildungsstunden** Theorie- und Praxisstunden unterschreiten die Vorgaben in Deutschland, Begründung: Nicht alle Inhalte der Ausbildung im Ausland werden in Deutschland anerkannt, Beispiele: Allgemeinbildende Inhalte, Ausbildung im Ausland eher theoretisch orientiert und weniger praktisch **Nachzuholende Inhalte:** - Dokumentation mit Pflegeplanung anhand von Pflegesituationen - Recht- und Verwaltung - Staatsbürgerkunde

	- deutsche Kommunikation - Anatomie - deutsche Pflegeliteratur (Bsp. Thiemes Pflege) - Arzneimittellehre und Arzneimittelrecht (Verordnungs- und Verabreichungspraxis) - Krankenhaushygiene - Prä- und Postoperative Pflege (Mobilisation, Lagerungstechniken) - Berufliches Selbstverständnis (Ganzheitlichkeit, Abgrenzung von Laien- und professioneller Pflege) - Berufsorganisation (keine Pflegekammern, keine Registrierung) - Pflegeethik **Nachholen von mindestens 200 Praxisstunden** **Bessere Qualifikation bzgl. Behandlungspflege** (Medikation) **Schlechtere Qualifikation bzgl. Grundpflege** (wird im Ausland häufig nicht von Pflegefachpersonen übernommen)
Differenzen bzgl. pflegerischen Tätigkeiten	**Fachliche Differenzen aufgrund unbekannter Materialien**, Beispiel: Insulin-Pen, Produkte zur Wundversorgung (PU-Schaum, Silikonauflage, Superabsorber), Einmalprodukte **Grundpflege** wird im Ausland häufig von Angehörigen übernommen, Beispiele: Nahrungseingabe, Körperpflege, Kleiden **Behandlungspflege** ist Schwerpunkt im Ausland Beispiel: stärkere Handlungsautonomie bzgl. Verabreichung von Medikamenten **Dokumentation**, Beispiel: Pflegeprozess und Pflegetheorien unbekannt **Andere Hygienestandards,** Beispiele: Hygieneplan, Desinfektionsplan (Fachgerechter Umgang mit einer Patientenisolation, Katheterwechtel) **Andere Pflegerichtlinien,** Beispiel Operation: Patientenvorbereitung, Prüfen der Patientenunterlagen, Einhaltung des Zeitplans **Fehlende Kenntnisse bzgl. Mobilisation**
Bewertung der beruflichen Pflege in Deutschland durch migrierte Pflegefachpersonen	**Unverständnis ggü. grundpflegerischen Tätigkeiten (**für Nachvollziehbarkeit muss ein therapeutischer Zusammenhang gegeben sein**)** **Unverständnis ggü. des reduzierten Tätigkeitsfeldes** (Medikation)
Bewertung der Fähigkeiten migrierter Pflegefachpersonen durch etabliertes Fachpersonal der Pflege	**Keine negativen Rückmeldungen** **Positive Rückmeldung** über die Zusammenarbeit **Berufsidentität** bei migrierten Pflegefachpersonen ausgeprägter als bei den in Deutschland etablierten Pflegefachpersonen
Berufliche Perspektive	**Arbeitgeber** meist Pflegeeinrichtungen und Sozialstationen und weniger Krankenhäuser **Herausforderung für die berufliche Integration** Beispiele: Sprachbarriere und kulturelle Unterschiede **Das unterschiedliche Pflegeverständnis wird nicht als Problem gesehen** **Treiber für die berufliche Integration** ist die hohe Motivation der Lehrgangsteilnehmenden

Tabelle 4: Ergebnisse des Experteninterviews

Die Ergebnisse hinsichtlich der **Differenzen bzgl. der Qualifikation** lassen erkennen, dass die Lehrgangsteilnehmenden über eine andere Qualifikation verfügen, als sie in Deutschland vorgegeben ist. Obwohl die Ausbildung im Ausland meist mit einem akademischen Abschluss und einer längeren Ausbildungsdauer einhergeht schließt dies nicht automatisch die Notwendigkeit einer Teilnahme an einem Anpassungslehrgang aus, um in Deutschland in der beruflichen Pflege tätig werden zu können. Dies ist auf einen anderen Umfang der theoretischen und praktischen Ausbildung, sowie andere Ausbildungsinhalte im Ausland zurückzuführen. Daraus ergibt sich eine Reihe von Inhalten, die durch die Lehrgansteilnehmenden nachzuholen sind. Ersichtlich wird auch, dass die notwendige pflegerische Qualifikation in Deutschland abhängig von länderspezifischen ist. Dies lässt Differenzen entstehen, welche bei einer beruflichen Migration als Pflegefachperson immer überwunden werden müssen. Gemeint sind hier vor allem die Bereiche Recht und Verwaltung, Staatsbürgerkunde, Sprachbarrieren, länderspezifische Hygienestandards und auch die Berufsorganisation. Solche Vorgaben nehmen weiterhin auf andere Bereiche der beruflichen Pflege Einfluss. Hier ist bspw. die Dokumentation zu nennen. Ausreichende Sprachkenntnisse in Wort und Schrift sind hier unumgänglich. Weiterhin ist diese wiederum durch Vorgaben aus dem rechtlichen Bereich geprägt, die nicht zuletzt zum Eigenschutz eingehalten werden müssen. Dies ist ebenfalls problematisch, wenn solche Bestimmungen bei ausländischen Pflegefachpersonen nicht bekannt sind. Deutlich wird außerdem, dass das Bild von professioneller Pflege, welches durch ausländische Pflegefachpersonen vertreten wird, wohl nicht mit der anzutreffenden Realität der beruflichen Pflege in Deutschland übereinstimmt. So ist bspw. die Abgrenzung von Laien- und professioneller Pflege inhaltlicher Bestandteil des Anpassungslehrganges. In Deutschland liegt der Schwerpunkt pflegerischer Tätigkeiten anders als im Ausland nicht auf der Behandlungspflege und grundpflegerische Tätigkeiten werden auch von Pflegefachpersonen übernommen. Grundpflege ist in Deutschland also ein Bestandteil der beruflichen Pflege und liegt nicht im Bereich der Laienpflege. Welche Rolle die Ethik in der Pflege hierbei spielt wurde an anderer Stelle schon erläutert. Jedoch geht aus den Ergebnissen nicht hervor mit welchem inhaltlichen Bezug Ethik im Anpassungslehrgang unterrichtet wird. Insgesamt bleiben Unterschiede in der Qualifikation nicht ohne Folgen, sondern ergeben **Differenzen bzgl. pflegerischen Tätigkeiten**. Da die Grundpflege im Ausland häufig von Angehörigen übernommen wird ist es nicht überraschend, dass hierdurch nicht nur das Bild professioneller Pflege beeinträchtigt wird, sondern auch, dass ausländische Pflegefachpersonen ohne dafür notwendige erworbene Kompetenzen diese nicht adäquat umsetzen können. Andererseits verlieren Fähigkeiten und Kenntnisse, welche im Ausland gefordert werden, aber in

Deutschland nicht umgesetzt werden können an Wert. Dies betrifft bspw. den Bereich der Medikation. Obwohl der Pflegeprozess internationale Bekanntheit hat, scheint es nicht üblich zu sein, dass ausländische Pflegefachpersonen auch nach diesem pflegen. Dies kann darauf zurückzuführen sein, dass dieser die ganzheitliche Pflege in den Fokus nimmt. Dies ist durch den oftmaligen Schwerpunkt der Behandlungspflege ohne den Einbezug grundpflegerischer Tätigkeiten im Ausland jedoch nicht gegeben. Die Einschränkungen bezüglich der im Ausland erworbenen Kompetenzen hat zur Folge, dass **die Bewertung der beruflichen Pflege durch die migrierten Pflegefachpersonen** in den betroffenen Bereichen eher negativ ausfällt. Dass die ganzheitliche Pflege im Ausland nicht im Mittepunkt steht, kann auch daran erkannt werden, dass die therapeutische Wirkung grundpflegerischer Tätigkeiten erst vermittelt werden muss, bevor diese Tätigkeiten für migrierte Pflegefachpersonen nachvollziehbar sind. Diese unterschiedliche Sichtweise kann migrierte Pflegefachpersonen in den entsprechenden Pflegesituationen dann vor Herausforderung stellen, die Wirksamkeit ihrer Maßnahmen bzw. geeignete Pflegemaßnahmen festzustellen. Insgesamt konnten keine direkten Ergebnisse zur **Bewertung der Fähigkeiten migrierter Pflegefachpersonen durch etabliertes Fachpersonal der Pflege** erhoben werden. Jedoch wurde die Berufsidentität der Lehrgangsteilnehmenden ausgeprägter als bei etablierten Pflegefachpersonen in Deutschland empfunden. So wird im Interview beschrieben, dass migrierte Pflegefachpersonen ihren Beruf ganz klar mit Stolz vertreten. (vgl. Anhang 3, Zeile 641) Der Unterschied zwischen dem Ausland und Deutschland kann darauf zurückzuführen sein, dass ein anders Berufsbild der Pflege von den beruflich Pflegenden selbst und auch der Gesellschaft getragen wird. Der Beruf in Deutschland scheint wie schon erwähnt nicht attraktiv genug für Personen im erwerbsfähigen Alter. Laut Bundeskanzlerin Merkel sind neben einer Verbesserung der Bedingungen unter denen beruflich Pflegende in Deutschland arbeiten auch eine höhere gesellschaftliche Anerkennung der beruflich Pflegenden anzustreben. (vgl. Deutsches Ärzteblatt 2018, 31.12.2020, 14.49 Uhr) Die **berufliche Perspektive** der migrierten Pflegefachpersonen hängt demnach dann auch damit zusammen, inwieweit sie sich dann mit der beruflichen Pflege in Deutschland identifizieren können. Dieser Aspekt dürfte dahingehend erschwert werden, dass migrierte Pflegefachpersonen eher in Pflegeeinrichtungen beschäftigt werden, wie etwa Altenheimen, in denen vorwiegend grundpflegerische Tätigkeiten durchgeführt werden. Gleichzeitig wird durch das Experteninterview zum Ausdruck gebracht, dass diese Differenzen, welche ein unterschiedliches Pflegeverständnis begünstigen für die berufliche Integration von migrierten Pflegefachpersonen in Deutschland nicht als Problem gesehen wird. Die sprachliche Barriere wurde für eine berufliche Integration als prägnanter empfunden. Jedoch wurde die

Problematik eines unterschiedlichen Pflegeverständnisses bei migrierten und etablierten Pflegefachpersonen eingehend verdeutlicht und obwohl die aufgeführten Aspekte des Interviews das Pflegeverständnis betreffen, scheint die Relevanz dessen oder womöglich auch die eigentliche Bedeutung des Begriffs „Pflegeverständnis“ nicht immer bewusst zu sein.

7 Berufliche Integration

Um die berufliche Integration von migrierten Pflegefachpersonen in diesem Kapitel darstellen zu können, wird zunächst auf die zu Beginn der Arbeit aufgeführten vier Dimensionen der Integration aus dem Kapitel 2 eingegangen. Im Anschluss erfolgt eine Übertragung dieser vier Dimensionen auf den beruflichen Kontext. Dazu ist zunächst eine Klärung der einzelnen Dimensionen nötig. Die **strukturelle Integration** fokussiert die Mitgliedschaft und dessen Qualität von MigrantInnen in der aufnehmenden Gesellschaft mit ihren Kerninstitutionen. Dies bezieht sich nicht nur auf die MigrantInnen selbst, sondern schließt auch deren Nachkommen mit ein. Eine Kerninstitution ist bspw. der Arbeitsmarkt. Um Mitglied werden zu können, sind kognitive, kulturelle sowie verhaltens- und einstellungsbezogene Veränderungsprozesse bei den MigrantInnen Voraussetzung. Die **kulturelle Integration** oder auch Akkulturation umfasst Werte, Normen und Einstellungen. Weiterhin sind hier Kompetenzen, welche die Kultur und Kommunikation betreffen angesprochen. Kulturelle Integration betrifft dabei vorwiegend die MigrantInnen, wenn auch kulturelle Modifikationen seitens der Aufnahmegesellschaft geboten sind. Die **soziale Integration** bezieht sich auf die Zugehörigkeit der MigrantInnen in der aufnehmenden Gesellschaft bezüglich der sich im privaten Bereich ergebenden Beziehungen und Mitgliedschaften. Die soziale Integration berührt damit auch die **identifikative Integration**. Durch den Vorgang des Mitgliedwerdens in einer neuen Gesellschaft sind Zugehörigkeitsgefühle und die Bereitschaft zur Identifizierung betroffen und verändern sich hinsichtlich der Kollektivstrukturen. Laut Esser beeinflussen sich die Dimensionen gegenseitig und sind in einem kausalen Zusammenhang zu sehen. Die identifikative Integration ist mit einem zeitlichen Abstand zu den anderen Integrationsprozessen zu erwarten, da sie das Endergebnis dieser darstellt. Um eine Identifikation und Teilnahme für die MigrantInnen in der aufnehmenden Gesellschaft überhaupt zu ermöglichen ist eine Offenheit der aufnehmenden Gesellschaft unumgänglich. (vgl. Heckmann 2015: 72 f.) Migrierte Pflegefachpersonen berühren diese Dimensionen der Integration jedoch nicht nur bei der Integration in die aufnehmende Gesellschaft im Allgemeinen, sondern auch bei ihrer beruflichen Integration im

Speziellen. Es ist aufgrund vorangegangener Ausführungen deutlich geworden, dass für eine berufliche Integration der Pflegefachpersonen aus dem Ausland am neuen Arbeitsplatz strukturelle, kulturelle, soziale und identifikative Aspekte berührt werden. Für eine erfolgreiche Integration sollen daher die vier Dimensionen als Orientierungsrahmen herangezogen werden, um eine zielführende Gestaltung für Integrationsmaßnahmen verfolgen zu können. Insgesamt ist dabei auf drei Konfliktdimensionen zu achten, welche eine berufliche Integration erschweren. Diese umfassen die Fachlichkeit, die Arbeitsorganisation und die Kulturalisierung. (vgl. Pütz et al. 2019: 172 f.) Wie schon aufgezeigt worden ist, können bei der pflegerischen Arbeit verschiedene Verständnisse darüber vorliegen, was unter professionellen pflegerischen Tätigkeiten und deren Durchführung verstanden wird. So kann es aufgrund unterschiedlicher Auffassungen zur Fachlichkeit zu Konflikten und deren Kulturalisierung kommen. Diese können mitunter auf eine unterschiedliche Arbeitsorganisation der etablierten und migrierten Pflegefachpersonen zurückzuführen sein. Gemeint ist damit u.a. die Autonomie der Gestaltung und Durchführung des Pflegeprozesses, wie sie bereits ebenfalls dargestellt wurde. Jedoch können Konflikte dennoch aufgrund einer unterschiedlichen Kultur auftreten, welche für eine erfolgreiche betriebliche Integration berücksichtigt werden müssen, auch wenn sie nicht im direkten Zusammenhang zum Pflegeverständnis zu sehen sind. So können unterschiedliche Mentalitäten aufgrund der jeweiligen Kultur die Arbeitsorganisation und deren Prozesse beeinflussen. Dies kann u.a. der Fall sein, wenn Differenzen bzgl. der Zurückhaltung und Offenheit hinsichtlich der Kommunikation bei den beteiligten Pflegefachpersonen bestehen, aber auch, wenn seitens beider Parteien Zurückhaltung herrscht. Vor dem Hintergrund, dass Offenheit Voraussetzung für eine erfolgreiche Integration ist, ist eine Kultur der Zurückhaltung als problematisch zu betrachten. Verdeutlicht werden kann dies anhand der bereits angesprochenen geführten Interviews zur Integration von philippinischen Pflegefachpersonen. Insgesamt haben fünf von zehn Mentoren die zurückhaltende Mentalität dieser als hinderlich empfunden. (vgl. Bogdahn et al. 2019: 5-24) Offenheit hingegen kann sich ebenfalls als ungünstig herausstellen, nämlich dann, wenn offene Kommunikation von Kritik in anderen Kulturen nicht üblich ist. (vgl. Bogdahn et al. 2019: 14) Ergänzende Aspekte, welche nicht im direkten Zusammenhang mit dem Pflegeverständnis stehen werden an dieser Stelle nicht weiter verdeutlicht. Die verschiedenen Dimensionen zur Integration in der Gesellschaft jedoch werden nun auf die berufliche Integration übertragen. Die strukturelle Integration umfasst u.a. den Arbeitsmarkt als Kerninstitution. Um als migrierte Pflegefachperson auf dem Arbeitsmarkt bzw. in der beruflichen Pflege in Deutschland Fuß fassen zu können, ist ebenso eine strukturelle Integration am Arbeitsplatz, also der Einrichtung selbst notwendig. Gemeint ist hier etwa die

Aufbau- und Ablauforganisation mit dessen Strukturen und Prozessen am neuen Arbeitsplatz in Deutschland. Diese haben Einfluss auf die Umsetzung des jeweiligen Pflegeverständnisses der migrierten Pflegefachpersonen in Deutschland. Denn mit der Besetzung einer Stelle als Pflegefachperson übernimmt diese nicht nur die zur Stelle gehörigen Aufgaben, sondern ihr werden damit auch entsprechende Kompetenzen mit entsprechender Verantwortung übertragen. (vgl. Vahs 2019: 61-63) Die inhaltliche, räumliche und zeitlichen Aspekte der Arbeitsprozesse werden durch die Ablauforganisation geregelt. (vgl. Vahs 2019: 33) Hieran wird die Herausforderung für die betriebliche Integration migrierter Pflegefachpersonen deutlich. Diese haben wie bereits dargestellt in ihrem Herkunftsland eine weitreichendere Handlungsautonomie bzgl. des Pflegeprozess mit seinen pflegerischen Tätigkeiten. In der beruflichen Pflege in Deutschland treffen sie dann u.a. auf veränderte Hierarchien der Berufsgruppen vor allem zwischen ÄrztInnen und Pflegefachpersonen und erfahren Einschnitte in ihre pflegerische Kompetenz sowie ihren Verantwortungs- und Tätigkeitsbereich, was eine Anpassung der Fachlichkeit mit sich führt. Ist dieser Umstand weder den migrierten noch den etablierten Pflegefachpersonen in Deutschland bekannt, kann dies in einem gegenseitigen Unverständnis mit einhergehender Unzufriedenheit münden. Das macht es zur Herausforderung die migrierten Pflegefachpersonen in die Strukturen des Betriebs einzugliedern. Es ist notwendig solche Differenzen in einem angemessenen Maße zu kommunizieren. Dies gelingt wie bereits dargestellt aufgrund kultureller Unterschiede jedoch nicht immer. Die kulturelle betriebliche Integration umfasst damit u.a. den Ausbau einer kultursensiblen Kommunikation, um bestehende fachliche Differenzen zu überwinden und so das Pflegeverständnis dahingehend anpassen zu können. Ist dies nicht gegeben gestaltet sich auch die soziale Integration der migrierten Pflegefachpersonen am neuen Arbeitsplatz schwer. Nicht kommunizierte Differenzen von Fachlichkeit und Arbeitsorganisation verschärfen Konflikte oder enden in einer Kulturalisierung dieser. Gruppenbildung und Abspaltung von etablierten und migrierten Pflegefachpersonen kann dann die Folge sein. (vgl. Pütz et. al 2019: 178) Dies erschwert nicht nur weiterhin die Umsetzung kultursensibler Kommunikation unter den Beteiligten, sondern auch die soziale Integration und den Anschluss als gleichwertiges Teammitglied im Betrieb bzw. der Abteilung.

Eine Identifikation bei den migrierten Pflegefachpersonen mit der beruflichen Pflege und dem Pflegeverständnis in Deutschland wird durch eine derartige Ausgrenzung hinzukommend erschwert. Zugehörigkeitsgefühle werden so reduziert und die Bereitschaft zur Anpassung des Pflegeverständnisses an die geforderten Kompetenzen und den Verantwortungs- und Tätigkeitsbereich können dadurch geschmälert werden. Dies wirkt sich wiederum auf den

gesamten Erfolg der strukturellen betrieblichen Integration aus. Um ein Scheitern der betrieblichen und letztlich der beruflichen Integration als Gesamtes, wie im Fall der Pflegefachpersonen aus Spanien, zu vermeiden ist es daher notwendig die betriebliche Integration vorab zu planen. Migrierte Pflegefachpersonen nehmen hohe Hürden auf sich, um in der beruflichen Pflege in Deutschland arbeiten zu können. Genauso sind zeitliche und monetäre Ressourcen in deutschen Pflegeeinrichtungen knapp. Eine erfolgreiche Integration in die berufliche Pflege ist also von beiderseitigem Interesse. Eine gegenseitige Sensibilisierung füreinander sollte zur Vermeidung von Konflikten also bereits im Vorfeld unternommen werden.

Um den aufgezeigten Herausforderungen, welche bei einer beruflichen Integration von migrierten Pflegefachpersonen hinsichtlich des Pflegeverständnisses in Deutschland entstehen entgegenwirken zu können, werden folgend Handlungsmaßnahmen dargestellt:

1. Pflegefachpersonen aus dem Ausland bereits im Herkunftsland angemessen auf die berufliche Pflege in Deutschland vorbereiten

Dies beinhaltet eine ausreichende und verständliche Darstellung des Kernbereichs der beruflichen Pflege in Deutschland, den Pflegeprozess. Dazu sind Tätigkeits- und Verantwortungsbereiche von Pflegefachpersonen in Deutschland aufzuzeigen. Tätigkeiten der Grundpflege sind genauso wie Einschränkungen in der Handlungsautonomie bzgl. der Behandlungspflege darzustellen. Weiterhin sollen ausländische Pflegefachpersonen ausreichend über ihren Einsatzort mit dessen Aufbau- und Ablauforganisation sowie dessen pflegerischer Schwerpunkte im Vorfeld informiert werden. Ziel ist eine offene Kommunikation damit Unterschiede der beruflichen Pflege von ausländischen Pflegefachpersonen realisiert werden können. Informationen können bspw. über Informationsflyer, PflegebotschafterInnen, Websites, Videoclips und virtuelle Rundgänge gegeben werden. PflegebotschafterInnen können bspw. Pflegefachpersonen aus Deutschland sein, welche selbst über entsprechende Migrationserfahrungen verfügen. Videoclips könnten einen typischen Arbeitstag mit Aufgaben und Kompetenzen einer Pflegefachperson in Deutschland abbilden, wie er am jeweiligen Einsatzort vorkommt. Dabei soll ein möglichst realistisches Bild vermittelt werden. Virtuelle Rundgänge vermitteln ebenfalls ein Bild von der Arbeitsumgebung bzw. den Örtlichkeiten, an denen sich pflegerische Tätigkeiten vollziehen. In Spanien etwa ist es üblich, dass Pflegefachpersonen eigene Sprechzimmer neben ÄrztInnen haben. (vgl. Klopprogge et al.

2017: 128) Dies trifft jedoch nicht auf Deutschland zu. Solche Unterschiede gilt es ebenfalls aufzuzeigen.

2. Pflegefachpersonen aus Deutschland vor Ankunft der Pflegefachpersonen aus dem Ausland über die Aufgaben und Kompetenzen dieser in ihrem Herkunftsland informieren

Dies beinhaltet eine ausreichende Information darüber, dass Pflegefachpersonen aus dem Ausland nicht unbedingt über Kenntnisse und Fähigkeiten zur Grundpflege verfügen müssen, da der pflegerische Schwerpunkt in anderen Ländern auf der Behandlungspflege liegen kann sowie Hilfskräfte und/oder Angehörige diese Tätigkeiten übernehmen. Differenzen dazu und auch zur abweichenden Handlungsautonomie von Pflegefachpersonen im Ausland sollen nicht erst im Berufsalltag durch die etablierten Pflegefachpersonen erkannt werden. So sollen Pflegefachpersonen in Deutschland für diese Problematik sensibilisiert werden. Weiterhin bleibt diesen damit ein ausreichender Spielraum, um sich auf einen Unterstützungsbedarf einzustellen und diesen zeitlich einzuplanen. Auch hier würden sich bspw. Informationsflyer oder organisierte Informationstreffen eignen.

3. Die Wichtigkeit offener und angemessener Kommunikation von auftretenden Schwierigkeiten bei den Pflegefachpersonen aus dem Ausland und den etablierten Pflegefachpersonen in Deutschland verdeutlichen

Neben dieser Maßnahme kann weiterhin die Einplanung von terminierten gegenseitigen Feedbackgesprächen zwischen migrierten und etablierten Pflegefachpersonen empfohlen werden. Weiterhin sollen Vertrauenspersonen bzw. Ansprechpartner bereitgestellt werden, welche bei Problemen kontaktiert werden können und als Vermittler fungieren.
Durch diese Maßnahmen soll es insgesamt ermöglicht werden, dass Pflegefachpersonen aus dem Ausland die Möglichkeit bekommen einen realistischen Einblick in die berufliche Pflege in Deutschland zu erlangen. Hierdurch soll bereits im Vorfeld der Migration ein Hinterfragen des Pflegeverständnisses erzielt werden. Dies kann von den Pflegefachpersonen als Anstoß genutzt werden sich bereits in ihrem Herkunftsland mit ihrer individuellen Bereitschaft zur Anpassung an das Pflegeverständnis in Deutschland auseinanderzusetzen. Dies soll jedoch nicht den Eindruck einer einseitigen Anpassung vermitteln. Auch die etablierten Pflegefachpersonen sind gefordert sich mit den Differenzen hinsichtlich des

Pflegeverständnisses auseinanderzusetzen. Dies kann dafür genutzt werden die berufliche Pflege in Deutschland zu hinterfragen und ggf. im Rahmen der Möglichkeiten Optimierungen vorzunehmen. Voraussetzung ist hierzu die Bereitschaft zu Veränderung bei allen beteiligten Pflegefachpersonen. Denn obwohl der einzelne die Gemeinschaft, das Kollektiv bewirkt so ist doch eine Veränderung und Weiterentwicklung eines jeden Einzelnen notwendig, um Veränderungen und die Weiterentwicklung des Kollektivs zu ermöglichen. (vgl. Juchli 1992: 20) Dies verdeutlicht das „Sein und Werden des Einzelnen in einem werdenden und sich verändernden Beruf". (Juchli 1992: 20) Eine dafür nötige Motivation scheint zumindest bei den migrierten Pflegefachpersonen nach den Ergebnissen des Experteninterviews gegeben zu sein.

8 Schlussbetrachtung

Der beruflichen Pflege in Deutschland mangelt es an ausreichend fachlich geeignetem Pflegepersonal, um eine adäquate Versorgung der Gesellschaft gewährleisten zu können. Diese Problematik besteht zwar nicht erst durch die COVID-19-Pandemie, was die Nachfrage national und international von pflegerischen Leistungen steigerte, dennoch wurde der Fachkräftemangel und dessen Relevanz hierdurch nochmals verdeutlicht. Dass Deutschland seinen Bedarf an Pflegefachpersonen bisher nicht selbst decken kann, zeigen steigende Zahlen ausländischer Pflegefachpersonen auf dem deutschen Arbeitsmarkt. Die Integration der ArbeitsmigrantInnen in die berufliche Pflege in Deutschland ist jedoch mit Herausforderungen verbunden. Herausforderungen für eine betriebliche Integration lassen sich auf die Thematik eines unterschiedlichen Pflegeverständnisses von migrierten und den in Deutschland etablierten Pflegefachpersonen zurückführen. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Pflegefachpersonen grundsätzlich eine absolvierte Ausbildung eint, welche sie dafür qualifiziert in der beruflichen Pflege tätig zu werden. Die Qualifizierung zwischen Deutschland und dem Ausland kann sich jedoch unterscheiden. Zu Ausdruck kommt dies dann vor allem durch unterschiedliche Kompetenzen und verschiedenen pflegerischen Aufgaben, welche mit der Berufsausübung in den jeweiligen Ländern verbunden sind. Dies bedeutet, dass migrierte Pflegefachpersonen nicht mit allen Aufgaben der beruflichen Pflege in Deutschland vertraut sind und sich ebenso Differenzen für die dafür notwendigen Kompetenzen ergeben. Das hierdurch entwickelte Pflegeverständnis ist dann ebenso unterschiedlich und führt dazu, dass Unterschiede bzgl. der Auffassung zwischen migrierten und etablierten Pflegefachpersonen in der beruflichen Praxis anzutreffen sind, was unter professionellen pflegerischen Tätigkeiten verstanden wird und wie

diese umzusetzen sind. Diese unterschiedlichen Auffassungen, welche sich eher in formellen Aspekten begründen, werden hinzukommend durch eher informelle Aspekte verstärkt. Ergänzend wurden hierzu individuelle und kulturelle Faktoren dargestellt.

Um weitere Anhaltpunkte für ein unterschiedliches Pflegeverständnis zu erlangen wurde zudem auf die Erhebung von Datenmaterial mittels Experteninterview gesetzt. Insgesamt macht diese Heterogenität des Pflegefachpersonals in Deutschland nicht nur die betriebliche Integration zur Herausforderung, sondern auch die Möglichkeit der beruflichen Identifikation der migrierten Pflegefachpersonen mit der beruflichen Pflege in Deutschland. Das hierdurch aufkommende Konfliktpotenzial gilt es möglichst im Vorfeld zu reduzierten, damit die berufliche Integration der migrierten Pflegefachpersonen in Deutschland erfolgreich ist bzw. das unterschiedliche Pflegeverständnis nicht als Begründung für ein Scheitern der beruflichen Integration gesehen werden kann. Daher ist es notwendig durch eine offene Kommunikation mit den Betroffenen Differenzen hinsichtlich des Pflegeverständnisses zu verdeutlichen und die Pflegefachpersonen dafür zu sensibilisieren.

Doch auch wenn die berufliche Integration der migrierten Pflegefachpersonen in Deutschland gelingt und in der Berufspraxis ebenso auch durch die Heterogenität des Pflegefachpersonals profitiert werden kann, z.B. hinsichtlich neuer Erkenntnisse für kultursensible Pflege von PatientInnen oder das Hinterfragen von pflegerischen Aufgaben und Kompetenzen in Deutschland, so ist das Akquirieren von Pflegefachpersonen und der Versuch einer Kompensation des Fachkräftemangels hierdurch dennoch als problematisch zu erachten. So hat auch die WHO den Bedarf an Gesundheitspersonal definiert. Um eine umfassende Gesundheitsversorgung gewährleisten zu können, wird sich laut WHO der Bedarf von Gesundheitspersonal global um weitere neun Millionen Fachkräfte bis zum Jahr 2030 erhöhen. (vgl. WHO 2020, 01.11.2020, 13.11 Uhr) Daraus lässt sich schließen, dass es weltweit zu einer Verknappung von Pflegefachpersonen kommen wird und demnach die Gewinnung von Pflegefachpersonen aus dem Ausland für Deutschland zunehmend beeinträchtigt wird. Es stellt sich daher die Frage, ob das Anwerben von internationalen Pflegefachpersonen zielführend ist, um personelle Engpässe in Deutschland kompensieren zu können. Zudem wird durch den Globalen Verhaltenskodex der WHO nicht nur darauf verwiesen, negative Auswirkungen in Entwicklungsländern durch das dortige Abwerben von Pflegefachpersonen zu vermeiden, sondern es wird den Mitgliedsstaaten empfohlen eigene Ressourcen zu mobilisieren, um den Bedarf an Fachkräften gerecht zu werden. (vgl. Angenendt et al. 2014: 3, 04.01.2021, 14.39 Uhr) Dazu ist es jedoch notwendig die Attraktivität der beruflichen Pflege für potenzielle Arbeitskräfte aus Deutschland zu steigern. Eine Möglichkeit wäre es das Pflegefachpersonal

durch die Unterstützung von Hilfskräften zu entlasten. Hierdurch könnte auch eine Anpassung an das pflegerische Tätigkeitsfeld von Pflegefachpersonen aus dem Ausland erfolgen. Wird die Strategie des Anwerbens trotz genannter Beeinträchtigungen dennoch weiterverfolgt, könnten damit Differenzen hinsichtlich des Pflegeverständnisses gemindert werden. Gleichzeitig entsteht damit aber die weitere Frage danach, wie der Bedarf an Hilfskräften sinnvoll gedeckt werden kann.

Abschließend lässt sich somit also feststellen, dass die Thematik des unterschiedlichen Pflegeverständnisses von migrierten und etablierten Pflegefachpersonen in Deutschland zwar dargestellt wurde, aber darauf hinzuweisen ist, dass es für eine erfolgreiche betriebliche Integration von migrierten Pflegefachpersonen in Deutschland notwendig ist, sich mit weiteren länderspezifischen Gegebenheiten der beruflichen Pflege, je nach Ort der Akquirierung auseinanderzusetzen.

Literaturverzeichnis

Angenendt, Steffen, Michael Clemens und Meiko Merda (2014): Der WHO-Verhaltenskodex. Eine gute Grundlage für die Rekrutierung von Gesundheitsfachkräften?, [online] https://www.swp-berlin.org/fileadmin/contents/products/aktuell/2014A25_adt_clemens_merda.pdf [04.01.2021, 14.39 Uhr].

Apitzsch, Ursula (1990): Kultur und Migration, in: *Sozialwissenschaftliche Literatur-Rundschau*, Nr. 23, S. 7.

BA (2020): Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich, [online] https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?blob=publicationFile&v=7 [04.11.2020, 11.23 Uhr].

BA (o.J): Pflegefachkräfte, [online] https://www.arbeitsagentur.de/unternehmen/arbeitskraefte/pflegefachkraefte [21.11.2020, 16.27 Uhr].

BAMF (2020): Entwicklung einer einheitlichen Terminologie im Bereich Asyl und Migration in der Europäischen Union, [online] https://www.bamf.de/DE/Themen/EMN/Glossar/glossar-node.html [07.11.2020, 11.31 Uhr].

BAMF (2020): Integration, [online] https://www.bamf.de/DE/Themen/Integration/integration_node.html [08.11.2020, 15.10].

BIBB (o.J.): Anerkennung in Deutschland, [online] https://www.anerkennung-in-deutschland.de/de/interest/finder/notice?profession=353 [19.12.2020, 13.43 Uhr].

BMAS (2020): Liste der systemrelevanten Bereiche, [online] https://www.bmas.de/DE/Schwerpunkte/Informationen-Corona/Kurzarbeit/liste-systemrelevante-bereiche.html [04.11.2020, 09.00 Uhr].

BMG (2019): Pflegekräfte aus dem Ausland: Neue Agentur kümmerst sich um Visa und Arbeitserlaubnis, [online] https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2019/4-quartal/pflegekraefte-aus-land-defa.html [08.11.2020, 14.44 Uhr].

BMG (2018): Beschäftigte in der Pflege, [online] https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegekraefte/beschaeftigte.html#c3332 [04.11.2020, 08.43 Uhr].

BMG (2016): Grundpflege, [online] https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/g/grundpflege.html [20.11.2020, 17.00 Uhr].

BMI (2020): Arbeitsmigration, [online] https://www.bmi.bund.de/DE/themen/migration/zuwanderung/arbeitsmigration/arbeitsmigration-node.html [08.11.2020, 14.18 Uhr].

Bogdahn, Annegret, Sina Gugel, Christine Güse, Miguel Mayorga und Marina Siebenhaar (2019): Interviews philippinischer Fachkräfte und deren Mentoren am Universitätsklinikum Erlangen Nürnberg zur Integrationsphase in den Arbeitsalltag, unveröffentlichte Projektarbeit an der Evangelischen Hochschule Nürnberg.

Braeseke, Grit (2017): Fachkräftesicherung im deutschen Pflegesektor aus international vergleichender Perspektive. Gesundheitsfachkräfte – weltweit gesucht!, in: Stefan Arend und Thomas Klie (Hrsg.), *Wer pflegt Deutschland? Transnationale Pflegekräfte – Analysen, Erfahrungen, Konzepte*, Hannover: VINCENTZ NETWORK, S. 103-122.

Brobst, Ruth A., Arlene M Clarke Coughlin, Diane Cunningham, Joyce Martin Feldmann, Robert G. Hess Jr., Joan E. Masson, Lois A. Fenner McBride, Renee Perkins, Carol A. Romano, Judith J. Warren und Wendy Wright (2007): *Der Pflegeprozess in der Praxis*, 2. Aufl., Bern: Verlag Hans Huber; Hogrefe AG.

Büker, Christa (2019): Die Pflegebeziehung – Begriff, Besonderheiten, Bedeutung, in: Christa Büker und Julia Lademann (Hrsg.), *Beziehungsgestaltung in der Pflege*, Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, S.15-43.

Büker Christa (2018): Pflegeberuf heute, in: Christa Büker, Julia Lademann und Klaus Müller (Hrsg.), *Moderne Pflege heute. Beruf und Profession zeitgemäß verstehen und leben*, 1. Aufl., Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, S. 15-43.

Büker, Christa (2018): Pflegeorganisationen, in: Christa Büker, Julia Lademann und Klaus Müller (Hrsg.), *Moderne Pflege heute. Beruf und Profession zeitgemäß verstehen und leben*, 1. Aufl., Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, S. 124–150.

Büker, Christa (2018): Perspektiven der akademischen Pflege, in: Christa Büker, Julia Lademann und Klaus Müller (Hrsg.), *Moderne Pflege heute. Beruf und Profession zeitgemäß verstehen und leben*, 1. Aufl., Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, S. 151–178.

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch (1994): Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBI.I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 22. Dezember 2020 (BGBl. I S. 3299) geändert worden ist, [online] https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/SGB_11.pdf [22.11.2020, 20.23 Uhr].

DBfK (2020): Der Weg zur Pflegekammer in den Bundesländern, [online] https://www.dbfk.de/de/themen/Pflegekammer.php [19.11.2020, 18.50 Uhr].

De Lange, Norbert, Martin Geiger, Vera Hanewinkel und Andreas Pott (2014): *Bevölkerungsgeographie*, Paderborn: Verlag Ferdinand Schöningh GmbH & Co. KG.

Destatis (2020): 4,1 Millionen Pflegebedürftige zum Jahresende 2019, [online] https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/12/PD20_507_224.html [17.12.2020. 16.33 Uhr].

Destatis (2020): 15 000 ausländische Abschlüsse in Gesundheits- und Krankenpflege im Jahr 2019 anerkannt, [online] https://www.destatis.de/DE/Presse/Presse mitteilungen/2020/08/PD20_327_212.html [08.11.2020, 17.32 Uhr].

Deutsches Ärzteblatt (2019): Berufliche Integration ausländischer Pflegekräfte oft schwierig, [online] https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/101399/Berufliche-Integration-auslaendischer-Pflegekraefte-oft-schwierig [04.11.2020, 07.18 Uhr].

Deutsches Ärzteblatt (2019): Ruf nach mehr Kompetenzen für Pflegekräfte, [online] https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/100819/Ruf-nach-mehr-Kompetenzen-fuer-Pflegekraefte [21.11.2020, 13.12 Uhr].

Deutsches Ärzteblatt (2018): Merkel: Pflegekräfte wünschen sich mehr Anerkennung, [online] https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/96621/Merkel-Pflegekraefte-wuenschen-sich-mehr-Anerkennung [31.12.2020, 14.49 Uhr].

Deutscher Bundestag (2011): Fakten und Positionen der Bundesregierung zum sogenannten Fachkräftemangel, [online] http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/047/1704784.pdf [08.11.2020, 16.00 Uhr].

Dorfmeister, Michaela (2016): Teil III Berufskunde, in: Martina Hiemetzberger, Irene Messner und Michaela Dorfmeister (Hrsg.), *Berufsethik und Berufskunde. Ein Lehrbuch für Pflegeberufe*, 4. Aufl., Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG, S. 150-214.

Drerup, Elisabeth (1993): *Modelle der Krankenpflege. Materialien zur Krankenpflegeausbildung*, Bd. 1, 2. Aufl., Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Esser, Harmut (2006): *Sprache und Integration. Die sozialen Bedingungen und Folgen des Spracherwerbs von Migranten*, Frankfurt/Main: Campus Verlag GmbH.

Etymologisches Wörterbuch des Deutschen (1993): Identität, [online] https://www.dwds.de/wb/etymwb/Identit%C3%A4t, [11.12.2020, 13.23 Uhr].

Europäisches Migrationsnetzwerk (2018): Glossar zu ASYL UND MIGRATION Version 5.0. Ein Instrument zur besseren Vergleichbarkeit - erstellt vom Europäischen Migrationsnetzwerk, [online] https://www.dbfk.de/de/themen/Bedeutung-professioneller-Pflege.php [04.11.2020, 13.23 Uhr].

Fischer, Renate (2013): *Berufliche Identität als Dimension beruflicher Kompetenz. Entwicklungsverlauf und Einflussfaktoren in der Gesundheits- und Krankenpflege*, Bd. 26 Reihe Berufsausbildung, Arbeit und Innovation – Dissertationen/Habilitationen, Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag GmbH & Co. KG.

Fischer, Shane (2014): »Wir sind nicht hier, weil wir arm sind« Die neuen Pflegekräfte aus den Philippinen, in: *Südostasien*, Nr. 4, S.55.

Flaiz, Bettina (2018): *Die professionelle Identität von Pflegefachpersonen. Vergleichsstudie zwischen Australien und Deutschland*, Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH.

GIZ (2013): Curriculumanalyse, interne Quelle aus einem Großklinikum, das für die Akquirierung ausländischer Pflegefachkräfte mit der GIZ zusammenarbeitet.

Görres, Stefan, Kathrin Seibert und Susanne Stiefler (2016): Perspektiven zum pflegerischen Versorgungsmix, in: Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmey, Stefan Greß, Jürgen Klauber und Antje Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2016. Schwerpunkt: Pflegende im Fokus*, Stuttgart: Schattauer GmbH, S. 3-17.

Han, Petrus (2010): *Soziologie der Migration*, 3. Aufl., Stuttgart: Lucius & Lucius Verlagsgesellschaft mbH.

Heckmann, Friedrich (2015): *Integration von Migranten. Einwanderung und neue Nationen bildung*, Wiesbaden: Springer VS.

Heinemann, Lars und Felix Rauner (2009): Begründungsrahmen für ein Kompetenzmodell, in: Felix Rauner, Bernd Haasler, Lars Heinemann und Philipp Grollmann (Hrsg.), *Messen beruflicher Kompetenzen. Grundlagen und Konzeption des KOMET-Projektes*, Bd. 1, 2. Aufl., Berlin: LIT, S. 51-75.

Hiemetzberger, Martina, Irene Messner und Michaela Dorfmeister (2016): *Berufsethik und Berufskunde. Ein Lehrbuch für Pflegeberufe*, 4. Aufl., Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

ICN (2020): International Council of Nurses: Nursing the World to Health, [online] https://www.icn.ch/news/international-council-nurses-nursing-world-health [04.11.2020, 14.38 Uhr].

ICN (2013): ICN Ethikkodex für Pflegende, [online] https://www.wege-zur-pflege.de/fileadmin/daten/Pflege_Charta/Schulungsmaterial/Modul_5/Weiterfu%CC%88hrende_Materialien/M5-ICN-Ethikkodex-DBfK.pdf [04.12.2020, 14:46].

ICN (2002): Nursing Definitions. Definition of Nursing, [online] https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions [18.11.2020, 11.54 Uhr].

Immenroth, Tobias (2012): Akademisierung der Pflege, in: Ludger Batzdorfer und Tobias Immenroth (Hrsg.), Pflege international, Bd. 2 Reihe Pflege studieren, Norderstedt: Books on Demand GmbH, S. 9-19.

Juchli, Liliane (1992): *Sein und Handeln. Ein ABC für Schwestern und Pfleger*, 5. Aufl., Basel: RECOM-Verlag.

Junge Matthias (2009): *Kultursoziologie. Eine Einführung in die Theorien*, Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft mbH.

Klopprogge, Axel, Eva Ariño Mateo und Christiane Heimann (2017): Erfahrungen mit der Rekrutierung von Pflegekräften in Spanien, in: Stefan Arend und Thomas Klie (Hrsg.), *Wer pflegt Deutschland? Transnationale Pflegekräfte – Analysen, Erfahrungen, Konzepte*, Hannover: VINCENTZ NETWORK, S. 123-145.

Kluger, Daniel (2020): Transkulturelle Pflege und deren Auswirkungen auf das Pflegeteam und Patienten, in: *Intensiv*, Nr. 28, S. 21.

Körtner, Ulrich H.J. (2012): *Grundkurs Pflegeethik*, 2 Aufl., Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

Lademann, Julia (2019): Voraussetzungen effektiver Beziehungsgestaltung in der Pflege, in: Christa Büker und Julia Lademann (Hrsg.), *Beziehungsgestaltung in der Pflege*, Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, S. 161-180.

Lehmann, Yvonne und Johann Behrens (2016): Akademisierung der Ausbildung und weitere Strategien gegen Pflegepersonalmangel in europäischen Ländern, in: Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmey, Stefan Greß, Jürgen Klauber und Antje Schwinger (Hrsg.), *Pflegereport 2016. Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus*, Stuttgart: Schattauer GmbH, S. 51-71.

Mayring, Philipp (2015): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*, 12. Aufl., Weinheim/Basel: Beltz Verlag.

Meleis, Afaf (1997): Die Theorieentwicklung der Pflege in den USA, in: Schaeffer, Doris, Martin Moers, Hilde Steppe und Afaf Meleis (Hrsg.), *Pflegetheorien. Beispiele aus den USA*, Bern: Verlag Hans Huber, S. 17-38.

Misoch, Sabina (2015): *Qualitative Interviews*, Berlin/München/Boston: Walter de Gruyter GmbH.

Oswald, Ingrid (2007): *Migrationssoziologie*, Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft mbH.

Pflegeberufeausbildungs- und Prüfungsverordnung (2018): Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung vom 2. Oktober 2018 (BGBl. I S. 1572), die durch Artikel 10 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) geändert worden ist, [online] http://www.gesetze-im-internet.de/pflaprv/BJNR157200018.html [24.11.2020, 18.36 Uhr].

Pflegeberufegesetz (2017): Pflegeberufegesetz vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) geändert worden ist, [online] https://www.gesetze-im-internet.de/pflbg/BJNR258110017.html [22.11.2020, 20.50 Uhr].

Pries, Ludger (2001): *Internationale Migration*, Bielefeld: transcript Verlag.

Pütz, Robert, Maria Kontos, Christa Larsen, Sigrid Rand und Minna-Kristiina Roukonen-Engler (2019): *Betriebliche Integration von Pflegefachkräften aus dem Ausland. Innenansichten zu Herausforderungen globalisierter Arbeitsmärkte*, Studie Nr. 416, Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.

Rothgang, Heinz (SOCIUM), für SOCIUM: Stefan Görres (IPP), Ingrid Darmann-Finck (IPP), Karin Wolf-Ostermann (IPP), Guido Becke (iaw) und Werner Brannath (KKSB) (2020): Abschlussbericht im Projekt Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung nach

qualitativen Maßstäben gemäß § 113c SBG XI (PeBeM), [online] https://www.gs-qsa-pflege.de/wp-content/uploads/2020/09/Abschlussbericht_PeBeM.pdf [10.01.2021, 14.21 Uhr].

Rothgang, Heinz, Thomas Kalwitzki, Rolf Müller, Rebecca Runte und Rainer Unger (2016): Barmer GEK Pflegereport 2016, Schriftreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 42 [online] https://www.barmer.de/blob/79332/f948d7a97b178c08a4892b4412663605/data/barmer-gek-pflegereport-2016.pdf [17.12.2020, 16.40 Uhr].

Schewior-Popp, Susanne, Franz Sitzmann und Lothar Ullrich (2012): *Thiemes Pflege. Das Lehrbuch für Pflegende in Ausbildung*, 12. Aufl., Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.

Schirilla, Nausikaa und Anna Waldhausen (2012): Einleitung, in: Hitzemann Andrea, Nausikaa Schirilla und Anna Waldhausen (Hrsg.), *Pflege und Migration in Europa. Transnationale Perspektiven aus der Praxis*, Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag, S. 21-28.

Schwendemann, Wilhelm, Silke Trillhaas, Jaqueline Geiler und Elisabeth Gottschalk (2017): Pflegeethik… auch das noch! Eine qualitativ-empirische Studie zur Professionsethik in den Pflegeberufen, Neu-Ulm: Digitaldruck leibi.de.

Staudacher, Diana (2012): *Patricia Benner. Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert*, 2. Aufl., Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

StMGP (2020): Ausbildungsleitfaden zur generalistischen Pflegeausbildung 2020. Herausforderungen mit einem neuen, zeitgemäßen Berufsbild begegnen, [online] https://www.stmgp.bayern.de/wp-content/uploads/2020/09/ausbildungsleitfaden-generalistischepflege_a4_web.pdf [19.11.2020, 09.15 Uhr].

StMGP (o.J.): Generalistische Pflegeausbildung, [online] https://www.stmgp.bayern.de/pflege/generalistische-pflegeausbildung/ [19.11.2020, 07.48 Uhr].

StMUK (2020): Lehrpläne und Ausbildungspläne für die Berufsfachschule für Pflege. Ausbildung zur Pflegefachfrau bzw. zum Pflegefachmann. Besondere Abschlüsse der Ausbildung zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. zum Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger zur Altenpflegerin bzw. zum Altenpfleger, [online] https://www.isb.bayern.de/download/23102/bfs_lp_pflegefachmann.pdf [19.11.2020, 11.34 Uhr].

Vahs, Dietmar (2019): *Organisation. Ein Lehr- und Managementbuch*, 10. Aufl., Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag für Wirtschaft · Steuern · Recht GmbH.

Von Bose, Alexandra (2014): Bunte Vielfalt – Interkulturelle Zusammenarbeit in Gesundheitsberufen, Heidelberg und Berlin: Springer-Verlag.

WHO (2020): Year of the Nurse and the Midwife 2020, [online] https://www.who.int/campaigns/year-of-the-nurse-and-the-midwife-2020 [01.11.2020, 13.11 Uhr].

Anhang

Anhang 1: Defizitbescheide

Anhang 2: Curriculumanalyse

Anhang 3: Transkript

Anhang 1: Defizitbescheide

Schleswig-Holstein

SH «J

Schleswig-Holstein
Landesamt
für soziale Dienste

[redacted]

H

[redacted]

Abteilung Gesundheits- und Verbraucherschutz

[redacted]

Ihre Nachricht vom
[redacted]
Meine Nachricht vom

[redacted]

Telefon [redacted]
Telefax [redacted]

[redacted] 2019

Antrag auf Erteilung der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung „Gesundheits- und Krankenpfleger/-in" in der Bundesrepublik Deutschland
Frau

Sehr geehrte Frau

leider ist es derzeit nicht möglich, Ihnen die gewünschte Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung „Gesundheits- und Krankenpfleger /-in" zu erteilen .

GemaB § 2 Abs. 3 des Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege (KrPflG) vom 16.07.2003 (BGBl. 1 S. 1442.), zuletzt geandert durch Artikel 35 des Gesetzes zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen (BGBl. 1 S. 2515 vom 06.12.2011) , kann eine im Ausland abgeschlossene Ausbildung in der Krankenpflege u. a. nur anerkannt werden, wenn die **Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes** in Bezug auf die deutsche Krankenpflegeausbildung gegeben ist.

Die deutsche Ausbildung zum/zur Gesundheits- und Krankenpfleger/in dauert drei Jahre. Sie umfasst mindestens 2.100 Stunden theoretischen und praktischen Unterricht sowie 2.500 Stunden praktische Ausbildung .

Sie haben Ihren Abschluss **„Titulo de Enfermera"** 2013 in Kolumbien erworben . Ausgewiesen wird ein vierjahriges Studium , aufbauend auf einer vermutlich elfjahrigen Schulausbildung. MaBgebliche anrechenbare Berufstatigkeit liegt nicht vor.

Eine Zuordnung der absolvierten Facher zur deutschen Ausbildung ist aufgrund der unterschiedlichen Facherbezeichnungen nicht immer móglich.

Zudem ist die Verteilung der Stunden auf die Facher bzw. Themenbereiche unterschiedlich. Manche Bereiche sind in der erforderlichen Stundenzahl weit überschritten, so dass keine Anrechnung erfolgen kann . Manche Bereiche fehlen vollstandig , da sie deutschlandspezifisch sind. Dazu gehbrt z.B. Personenbezogenes Pflegehandeln , Pflegewissenschaft, Pflege und Gesellschaft sowie Landespezifische Rechtsvorschriften.

[redacted] | Bushaltestelle Gablenzstraße |
www.schleswig-holstein.de/LAS / Besuchszeit Mo. bis Fr. von 9.00 bis 12.00 Uhr oder nach Vereinbarung |
E-Mail-Adressen: Kein Zugang für elektronisch signierte oder verschlüsselte Dokumente

Ebenso wenig werden z B Kurse in den Ber, e chen Hygiene Diagnostik, Epidemiologie, Rehabilitat,on oder S071almod171n n achgow,esen

Weiterhin ist ihr Studiengang schr mana gemert und wissenschaftsorientiert ausgeri chtet D1 s Bor,e chc konnen ke,ne Anrechnung f1nden Allgeme inbildendeFacher konnen auch nicht bcru cks,cht,gt werden.

Ihre Ausbildung umfasst damit etwa 1800 Stunden theoretische Ausbildung und 772 Stunden praktische Ausbildung die der deutschen Krankenpflegeausb1ldung zugeordnet werden konnen Damit ist Ihre Ausbildung In der Theor1e 300 Stunden kürzer und In der Praxis um 18.8 Stunden kurzer als die deutsche Ausbildung.

E1ne obj ektive Gleichwertigkeit der van Ihnen absolvierten Ausbildung mrt der deutschen Ouallfikation In der Gesundheits und Krankenpflege kann unter Einbeziehungder vorgelegten Stu n dennachweise und der vorliegenden Gutachtender Zentralstelle für auslan d sches B1ldun gswesen (ZAB) nicht festgestellt werden.

S1e haben das Recht die Gleichwertigkeit Ihres Kenntnisstandes gem. § 2 Abs. 3 KrPflG durch **eine** der folgende Móglichkeit nachzuweisen:

1. Kenntnisprüfung

Die Kenntnisprütung richtet sich nach § 20b Abs. 3 ff. KrPflAPrV. Diese Kenntnisprüfung w1rd von anerkannten Krankenpflegeschulendurchgeführt. Analog zur regularen Ausbildung haben Sie die Móglichkeit die Kenntnisprüfung einmalig zu wiederholen wenn diese be. e,nem ersten Versuch nicht bestanden wurde.
Sofern S1e eine solche Kenntnisprüfungdurchführen wollen, setzen Sie sich mit einer Krankenpflegeschulein Verbindung(siehe Anlage) und lassen Sie das Rückmeldeformblan (s1eh e Anlage) ausfüllen.
Das Landesamt für soziale Dienste Schleswig-Holstein empfiehlt Ihnen vorbereitende Praktika an Krankenpflegeeinrichtungen für diese Prüfung durchzuführen. um sich mit dem deutschen Berufsbild und den gangigen Standards vertraut zu machen.

2. Anpassungslehrgang

Die Dauer des Anpassungslehrganges wird in Ihrem Fall auf zunachst **9 Monate** festgeleg1 und schlleí3t m,t einer Prüfung über den Inhalt des Lehrganges ab. Der Anpassungslehrgang kann bei Bedarf bis zu einer Gesamtdauer van dre1 Jah ren verlangert werden. Den genauen Inhalt legt die Krankenpflegeschule nach einem Fachgesprach test Sollten S,e e,nen solchen Anpassungslehrgang durchfü h ren wollen, setzen S1e sich bitte mit einer Krankenpflegeschule in Verbindung und lassen Sie das Rückmeldeformular austüllen.
Die Kosten fur eine der genannten Móglichkeiten zum Nachweis der Gleichwertigkeit werden Ihnen von der Krankenpflegeschule in Rechnunggestellt und müssen von Ihnen als Antragsteller in getragen werden.
Nach einem erfolgreichen Abschluss einer Kenntnisprufung oder des Anpassungslehrgangs kann die Erlaubn1surkunde zum Fuhren der Berufsbeze1chnung Gesundheits- und Krankenpfleger in erst ausgestellt werden wenn die Voraussetzungen des § 2 Abs 1 Nr 2 4 KrPflG erfullt sind s,e werden ,n d1esem Falle von uns nochmals aufgefordert Nachwese uber gesundhe,tliche Eignung und Zuverlassigkeit zur Ausübung des Berufes vorzulegen.

Unabhangig vom Verfahren zum Nachweis der Gleichweritgkeit Ihrer auslandischen Berufsqualifikation haben Sie auf3erdem die Móglichkeit, eine regulare Krankenpflegeausbildung zu absolvieren, sofern die Voraussetzungen des§ 5 KrPflG erfüllt sind. Gemaf3 § 6 KrPflG kann auf Antrag eine andere Ausbildung im Umfange ihrer Gleichwertigkeit auf die Dauer der Ausbildung angerechnet werden.
Sollten Sie hieran Interesse haben, müssten Sie sich mit einer Krankenpflegeschule in Verbindung setzen (schriftlich mit den üblichen Bewerbungsunterlagen,)um dort eine Restausbildung abzuleisten und die staatliche Prüfung ablegen zu kónnen. Erst wenn Sie einen Schulplatz nachweisen kónnen, ist ein entsprechender Verkürzungsantrag zu stellen. Die genaue Hohe der Verkürzung wird nach einem Fachgesprach mit der entsprechenden Krankenpflegeschule festgesetzt.

Ich weise darauf hin, dass dieser Bescheid gebührenpflichtig ist. Für die Ablehnung der Erlaubnisist gemaf3 Tarifstelle 9.6.1 der Landesverordnung über Verwaltungsgebühren eine Verwaltungsgebühr in Hóhe von **120,00** € zu entrichten. Ich bitte, diese Verwaltungsgebühr dem Finanzverwaltungsamt Schleswig-Holstein- Landeskasse - auf das Konto bei der [redacted] bis zum 30.06.2019 zu überweisen.

Rechtsbehel fsbelehrung:
Gegen diesen Bescheid kann innerhalb eines Monats nach Zustellung beim Landesamt für soziale Dienste Schleswig-Holste in, Abteilung Gesundheits- und Verbraucherschutz, [redacted] W1derspruch erhoben werden.

Mit freundlichen Grüßen
[redacted]

Anlagen: Liste der Krankenpflegeschulen
Formblatt Rückmeldung

Landesamt für Gesundheit und Soziales

Berlin

Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin
[redacted]

LAGeSo 20 Jahre

Geschäftszeichen (bitte immer angeben)
[redacted]

Dienstgebäude:
Turmstraße 21, Haus A
10559 Berlin

Bearbeiter/in:
[redacted]

E-Mailadresse:
[redacted]
(nicht für Dokumente mit elektronischer Signatur)

[redacted].2019

Für Frau

Sehr geehrte Frau

Ihr Antrag vom [redacted]2018 auf Erteilung der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung als „Gesundheits- und Krankenpflegerin" kann derzeit nicht abschließend beschieden werden.

Sie haben in der Zeit von 2007 bis 2011 an der Universität Fundacion Universität del Area Andina in Kolumbien einen Abschluss als „Gesundheits- und Krankenpflegerin" (Enfermera) erworben und damit die Genehmigung zur Ausübung der Tätigkeit als Gesundheits- und Krankenpflegerin in Kolumbien erhalten. Ihre Ausbildung ist danach abgeschlossen und formal einer deutschen Ausbildung in der Gesundheits-und Krankenpflege zuzuordnen.

Die deutsche Ausbildung wird entsprechend der Richtlinie 2005/36/EU Artikel 11 c) zugeordnet. Das von Ihnen absolvierte Studium entspricht vergleichsweise diesem Niveau.

Eine in Drittstaaten erworbene abgeschlossene Ausbildung erfüllt gemäß § 2 Abs. 3 des Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege (KrPflG - Krankenpflegegesetz vom 16. Juli 2003 (BGBl. I S. 1442), in der jeweils geltenden Fassung, die Voraussetzungen für die Erteilung der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung „Gesundheits- und Krankenpflegerin" oder „Gesundheits- und Krankenpfleger" u.a. nur, wenn eine **Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes** gemäß der Vorgaben des KrPflG und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) vom 10. November 2003 (BGBl. I S. 2263), in der jeweils geltenden Fassung, gegeben ist.

Sie weisen ein fünfjähriges Studium der Krankenpflege an der Universität nach. Eine detaillierte Auswertung ist leider aufgrund anderer Terminologie nicht möglich, so dass keine objektive Gleichwertigkeit mit der hiesigen Ausbildung festgestellt werden kann. Des Weiteren fehlen naturgemäß Gesetzes- und Berufskunde sowie die Rechtlichen Rahmenbestimmungen.

Zum Ausgleich von wesentlichen Unterschieden können Kenntnisse und Fertigkeiten, die im Rahmen von Berufspraxis nachweisbar erworben wurden, herangezogen werden. Sie weisen eine langjährige Berufstätigkeit als Krankenpflegerin nach. Die Berufserfahrung ist ausreichend, um die Defizite und Unterschiede in der praktischen und theoretischen Ausbildung auszugleichen.

Die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Gesundheits- und Krankenpflegerin kann Ihnen erteilt werden, wenn Sie gemäß meinem Schreiben vom [redacted] 2018 (Eingangsbestätigung), die noch fehlenden Unterlagen einreichen:

- Nachweis deutscher Sprachkenntnisse Stufe B2 – (Zertifikat vom Goethe-Institut, Telc oder TestDaF, nicht älter als 3 Jahre).
- Leumundszeugnis aus Heimatland (nicht älter als 3 Monate)
- Ärztliche Bescheinigung aus Deutschland (nicht älter als 3 Monat)
- Führungszeugnis aus Deutschland (nicht älter als 3 Monate)

Rechtsbehelfsbelehrung

Gegen diesen Bescheid ist der Widerspruch zulässig. Er kann innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe dieses Bescheides unter Angabe des Geschäftszeichens schriftlich oder zur Niederschrift beim Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin, Referat für Gesundheitsberufe/Landesprüfungsamt, Turmstr. 21, 10559 Berlin, durch E-Mail mit qualifizierter Signatur an post@lageso.berlin.de oder durch De-Mail in der Sendevariante mit bestätigter sicherer Anmeldung nach dem De-Mail-Gesetz an post@lageso-berlin.de-mail.de erhoben werden. Es wird darauf hingewiesen, dass bei schriftlicher Einlegung des Widerspruchs die Widerspruchsfrist nur dann gewahrt ist, wenn der Widerspruch innerhalb dieser Frist eingegangen ist. Beachten Sie bitte, dass ein Widerspruchsschreiben mit einfacher E-Mail diese Voraussetzungen nicht erfüllt. Sollten Sie einen Widerspruch nur mit einfacher Email einsenden, führt dies dazu, dass er als unzulässig zurückgewiesen werden kann.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

[redacted]

Landesamt für Gesundheit und Soziales
34
Berlin

Curriculumanalyse

	Philippinen	Deutschland/ Hessen
Berufs-bezeichnung	Bachelor of Sciences in Nursing B.S.N.	Gesundheits- und Krankenpflegerin Gesundheits- und Krankenpfleger
Lehrplan	Revitalized General Education Program (RGEP)	Hessischer Rahmenlehrplan für die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege
Ausbildungs-dauer	4 Jahre	3 Jahre
Zulassungs-voraussetzung	Höhere Bildungsstufe Alter zwischen 16 und 18 Jahre Erfolgreiches Bestehen des Philippinischen Collegue Assesment Tests (UPCAT) Aufnahmegespräch in der Krankenpflegeschule	Hauptschulabschluss und z.B. KPH Ausbildung oder Realschulabschluss oder Abitur
Berufliche Weiter-qualifikationen	-Master of Arts in Nursing (M.A. in Nursing) -Doctor of Philosophy in Nursing (Ph in Nursing)	-Zusätzliche Qualifizierung in verwandten Berufen -Fachweiterbildung -Fachbezogene Studiengänge im Bereich Pflege, Management, Betriebswirtschaft
Ausbildungsort	an Universität angegliederte Krankenpflegeschule (College of Nursing)	am Krankenhaus angegliederte Krankenpflegeschule

Stand: März.2013

Philippinen		Deutschland/ Hessen
Aufbau	3 Phasen: Wissensvermittlung Labor (Erlernen technischer Fähigkeiten. Simulation) Klinischer Teil (Einsatz im Hospital oder Community) Beinhaltet 156 Einheiten, davon: 67 Einheiten allgemeinbildende Inhalte, 89 Einheiten krankenpflegespezifische Inhalte, 8 Einheiten Praktikum, 6 Einheiten persönliche, moralische und soziale Entwicklung	Lernbereiche / berufsbezogen, berufsübergreifend 12 Themenbereiche mit Zielformulierung
Besonderheit Theorie	Themenschwerpunkte nach Versorgungsbereichen	2 Lernbereiche nach Struktur von Pflegephänomenen (Pflegesituation, Pflegemaßnahmen) (nach ICNP), 10 Lernbereiche Struktur nach Pflegehandeln

	Philippinen	Deutschland/ Hessen
Theoretischer Lehrinhalt	krankenpflegespezifisch:* (89 Einheiten) -Anatomie Physiologie -Grundlagen Krankenpflege -Forschung Krankenpflege -NCM 100: Grundlagen der Krankenpflegepraxis -NCM 101: Versorgung von Müttern, Kindern und Familien -NCM 102: Versorgung von Müttern, Kindern, Familien, gefährdeter Bevölkerungsgruppen oder Menschen mit Problemen -NCM 103: Versorgung von Klienten mit Problemen bei der Sauerstoffversorgung, Flüssigkeits- und Elektrolytgleichgewicht und Stoffwechsel -NCM 104: Versorgung von Klienten mit Problemen aufgrund von entzündlichen und immunologischen Reaktionen, bei der Wahrnehmung und Koordination -NCM 105: Versorgung von Klienten mit Problemen aufgrund von unpassenden Verhaltensmustern - NCM 106: Versorgung von Klienten mit Problemen aufgrund von zellulären Abweichungen, akuten biologischen Krisen, einschließlich Krankenpflege in Notfällen und Katastrophen -NCM 107: Krankenpflege, Leadership & Management -Community Health Krankenpflege	-Pflegesituation bei Menschen aller Altersgruppen erkennen, erfassen, bewerten (Pflegephänomene) -Pflegemaßnahmen auswählen, durchführen, auswerten (Pflegephänomene) -Unterstützung, Beratung und Anleitung -Entwicklung und Umsetzung von Rehabilitationskonzepten -Pflegehandeln personenbezogen ausrichten -Pflegehandeln an pflegewissenschaftlichen Kenntnissen ausrichten -Pflegehandeln an Qualitätskriterien, rechtlichen Rahmenbestimmungen sowie wirtschaftlichen und ökologischen Prinzipien ausrichten -bei medizinischen Diagnostik und Therapie mitwirken -lebenserhaltende Maßnahmen bis zum Eintreffen der Ärztin einleiten -berufliches Selbstverständnis entwickeln, lernen -auf Entwicklung des Pflegeberufes Einfluss nehmen -in Gruppen und Teams zusammen arbeiten

	Philippinen	**Deutschland/ Hessen**
Schwerpunkt	Pflegerische und teilweise medizinische Handlung	Liegt auf pflegerischer Handlung
Stunden-verteilung	Zuordnung nach Einheiten auf 4 Jahre je Semester vorgegeben, Student muss 17-20 Einheiten pro Semester absolvieren	Keine Zuordnung auf die einzelnen Ausbildungsjahre
Theoriestunden Gesamt	Wissensvermittlung: (Einheiten lt. UP) 1 Einheit = 3 Stunden pro Woche 1 Semester = 16 Wochen= 48h pro Semester Labor: (Lt. Makati Medical Center) 1 Einheit = 54 Stunden krankenpflegespezifische* Wissensvermittlung incl. Labor: (nach Curriculum Makati Medical Center) **gesamt: 2106 Stunden**	**2100 Stunden**
Praxisstunden gesamt	Klinischer Teil: 1 Einheit = 64 Stunden Incl. Praktikum : Intensivpflege 8 Einheiten = 512 Stunden 1 Semester = max. 3 Einheiten zu absolvieren 3 Einheiten pro Semester = 196 Stunden 196 Stunden x 8 Semester : **gesamt: 1578 Stunden**	**2500 Stunden**

	Philippinen	Deutschland/ Hessen
Praktische Einsätze	wechselnde Einsatzgebiete: (keine Benennung der Fachgebiete angegeben) 3.Ausbildungsjahr 5h am Tag 4.Ausbildungsjahr 8h am Tag	<u>allgemeiner Bereich/ 1.und 2. Ausbildungsjahr:</u> Gesundheits- und Krankenpflege von Menschen aller Altersgruppen - Chirurgie, -Orthopädie -Innere Medizin -Geriatrie -Gynäkologie -Neurologie -Pädiatrie -Psychiatrie -Entbindungs- und Neugeborenenpflege -ambulanten Versorgung <u>Differenzierungsbereich/ 3.Ausbildungsjahr:</u> Gesundheits- und Krankenpflege oder der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in entsprechenden spezifischen stationären Einrichtungen -beispielsweise in Chirurgie -Psychiatrie oder -Pädiatrie und Kinderchirurgie

Anhang 3: Transkript

Gesprächspartner
Leitung einer Berufsfachschule für Krankenpflege

Gesprächsdaten	
Kommunikationssituation	Keine weitere Person im Interview involviert, eine kurze Unterbrechung bei Minute: 35:40

Aufnahmedaten	
Name des Aufnehmenden	Lisa Tiller
Datum/Zeit	12.11.2020/12:30-13:10
Dauer	39:15 Minuten
Gesprächsmodus	telefonisch

Allgemeine Bemerkungen
Dem Interview ging ein Interview mit einem anderen Ansprechpartner voraus

Transkriptionsregeln

Einfache Regeln: wortgetreu

Formatierungen
- Schrift: Calibri, Schriftgröße 12
- Zeilenabstand: einfach
- Zeilennummerierung durchgängig

Textkennzeichnung
- I = Interviewer, B = Befragter
- I = Text kursiv für Interviewerin
- B = Normalschrift für Aussagen des Interviewten
- jeweils neue Zeile bei Sprecherwechsel
- Zeitmarken nach jedem Sprecherwechsel

Transkription	**Bedeutung**
[Person]	zum Zwecke der Anonymität
[Ort]	zum Zwecke der Anonymität

Transkription zum Interview Anpassungslehrgang

Telefon klingelt #00:00:20-8#

B: [Person] #00:00:21-6#

I: *Ja, Lisa Tiller hier. Hallo.* #00:00:23-4#

B: Ja. #00:00:24-5#

I: *Hallo.* #00:00:25-6#

B: Danke, dass es noch mal zu verschieben ging, aber das war eine Besprechung, die hat doch länger gedauert als ich es eingeschätzt habe. #00:00:30-5#

I: *Ja, kein Problem.* #00:00:36-8#

B: Ja. #00:00:36-9#

I: *Ja.* #00:00:37-3#

B: Gut. Fragen Sie. #00:00:39-2#

I: *Genau. Also ich, nur mal zum Hintergrund noch mal für Sie,* #00:00:42-7#

B: Ja. #00:00:42-7#

I: *meine Bachelorarbeit wird ja das Thema Pflegeverständnis behandeln.* #00:00:47-9#

B: Ja. #00:00:48-5#

I: *Und zwar genau das Pflegeverständnis von deutschen Pflegekräften und Pflegekräften aus dem Ausland. Und da bin ich bei meiner Recherche darauf gestoßen, dass es da doch zu Unstimmigkeiten kommen kann. Und auch Anpassungslehrgänge angeboten werden, damit diese Pflegekräfte überhaupt hier ja für den Beruf zugelassen sind.* #00:01:11-0#

B: Ja. Genau. #00:01:12-0#

I: *Okay. Und jetzt hatte ich da gestern schon mit [Person] gesprochen und die meinte dann, dass Sie da der bessere Ansprechpartner wären.* #00:01:23-6#

B: Ja, weil die #00:01:25-5#

I: *Hm?* #00:01:26-4#

B: halt vom Namen her eigentlich im Anpassungslehrgang steht und eben halt unsere Vorgesetzte ist. Aber von der Durchführung haben wir hier ja an der Schule also [Ort] sage mal, mehr Erfahrung gesammelt haben, ja. #00:01:36-2#

I: *Ja, genau. Und die Fragen die gingen dann auch eher in den praktischen Bereich.* #00:01:40-5#

B: Ja. #00:01:41-2#

I: *Und ich würde jetzt einfach vorschlagen, die Fragen mit Ihnen durchzugehen.* #00:01:47-4#

B: Ja. #00:01:48-3#

I: *Okay. Wie läuft die Qualifizierungsmaßnahme denn für gewöhnlich ab? Frau [Person], meinte dass dieser Beruf, also der ausländische Abschluss erst mal anerkannt werden muss bei der zuständigen Behörde. Und da kriegen Sie dann eben Bescheid, wenn es da, sage ich jetzt mal, Nachqualifizierungsbedarf gäbe. Und da wollte ich dann wissen, wieso denn eine Anpassung trotz vorhandener Qualifikation überhaupt nötig ist. Also um welche Gründe handelt es sich denn dann, warum eine ausländische Pflegekraft trotz Abschluss hier noch nachqualifiziert werden muss?* #00:02:40-9#

B: Also das weiß ich eben von der Regierung, also von den beiden Damen, die das da klassischerweise bearbeiten. Und auch aus den Bescheiden die kommen, weil wir schreiben das dann auch rein. Ist es so, dass die vom Grundsatz her versuchen, das oder den Ausbildungsgang in dem Heimatland von den ausländischen Pflegekräften mit unserem formal zu vergleichen. Das heißt, die schauen, wie viele Stunden haben die dort theoretischen Unterricht? Wie viele Stunden haben die praktischen Unterricht? Und wie viele Stunden sind hier theoretischer Unterricht? Wie viele Stunden praktische Ausbildung wird hier angesetzt? Und da ergibt sich, obwohl im Ausland die häufig ja also über den Studiengang haben oder die Ausbildung vier Jahre dauert oder fünf Jahre dauert, ergibt sich aber häufig ein erhebliches Defizit. Weil in diesen vier oder fünf Jahren, die die im Ausland oft haben, ganz, ganz, ganz, ganz, ganz viele allgemeinbildende Sachen sind. Also das, was bei uns in der klassischen normalen Grundschul- beziehungsweise weiterführende Schulausbildung ist, es läuft dort während der Berufsausbildung auch mit. #00:03:55-4#

I: *Ah ja. Okay.* #00:03:56-9#

B: Und so versuchen die eben, die fachlichen Inhalte die irgendwie da so zu erkennen sind, rauszuziehen. Und dann kommen die eben oft darauf, dass die sagen, es ist deutlich unter diesen 2100 fachlichen Stunden, die wir hier in Deutschland haben und von der praktischen Ausbildung ist es oft, dass die eben nur irgendwelche Praktika machen. Da kommen die oft auch auf deutlich weniger als auf diese 2500 Pflichtstunden bei uns in Deutschland. Und daraus ergibt sich dann dieser Defizitbescheid. #00:04:29-6#

I: *Okay. Also die Ausbildung ist im Ausland dann eher theoretisch gehalten und die Praxis ist weniger, kann man* #00:04:36-2#

B: Ja, also das kann man als Grundsätzliches sagen und eben halt der Gesamtinhalt der fachlichen, theoretischen Ausbildung. Deswegen weniger als bei uns. #00:04:52-8#

I: *Okay. Dann würde ich mit der nächsten Frage direkt weitermachen, weil um diese bestehenden Differenzen eben auszugleichen, gliedert sich ja dieser Anpassungslehrgang in sechs theoretische Fächer. Und da würde mich interessieren, welche beruflichen Kompetenzen der ausländischen Pflegekräfte in diesen Fächern, also vor allem Grundlagen der Pflege, Gesundheits- und Krankenpflege und Berufskunde ausgebaut werden*. #00:05:19-5#

B: Da geht es schwerpunktmäßig darum, dass wir sagen, sie sollen deutsche Besonderheiten kennenlernen. #00:05:31-5#

I: *Okay. Und was sind so deutsche Besonderheiten?* #00:05:33-4#

B: Ja, als ganz Einfaches, wenn es um die Versorgung von, ich sage mal, Patienten mit dem Diabetes geht. #00:05:44-4#

I: Und wie unterscheidet sich da die Ausbildung oder die Fachlichkeit im Ausland zu der deutschen? #00:05:55-5#

B: Unterscheidet sich ganz einfach darin, dass die vieles der Materialien die bei uns gang und gäbe sind, dass der Patient selber einen Pen hat, nicht haben. #00:06:07-9#

I: *Okay. Also die kennen das dann gar nicht?* #00:06:13-7#

B: Genau. Die solche Sachen nicht kennen. #00:06:15-0#

I: *Ah okay. Können Sie da noch weitere Beispiele nennen?* #00:06:18-6#

B: Ja. Denken Sie an Wundversorgung. Viele unserer modernen Wundversorgungsprodukte sind dort überhaupt nicht bekannt. #00:06:27-1#

I: *Was wäre das denn zum Beispiel?* #00:06:29-5#

B: Die kennen Mullkompressen und Binden. #00:06:31-9#

I: *Okay.* #00:06:32-7#

B: Aber, wenn es dann um den PU-Schaum geht, wenn es dann vielleicht sogar noch um einen mit Silikonauflage geht, solche Sachen sind oder ein Superabsorber, da staunen die Bauklötze. #00:06:47-2#

I: *Okay. Gibt es da noch weitere Unterschiede, die Sie so nennen können?* #00:06:52-7#

B: Weitere Unterschiede sind auch ganz stark darin, welche Tätigkeiten macht die Pflegekraft in Deutschland und welche werden also in den anderen Ländern gemacht? In Deutschland, wo ja ganz viel um die Thematik, ich sage mal, grundpflegerische Tätigkeiten, also sprich essen, trinken und solche Sachen, kleiden, Körperpflege. Das sind Dinge, die in den ausländischen meistens nicht gemacht werden von Pflegekräften. #00:07:26-5#

I: *Okay.* #00:07:28-6#

B: Es hat ganz untergeordnete Rolle, weil das dort typischerweise Angehörige machen. Auch teilweise wirklich auch in Krankenhäusern eben die Versorgung mit Essen. #00:07:39-8#

I: *Okay.* #00:07:43-4#

B: Und wo hier bei uns hier ja schon auch Schwerpunkt ist, ne? Essenseingabe beim Schlaganfallpatienten, oder solche Sachen, #00:07:47-5#

I: *Okay*. #00:07:47-6#

B: Wo ich sage, das ist eine hochkomplexe Tätigkeit, ist im Ausland in dieser Weise nicht bekannt. #00:07:55-7#

I: *Und was würden Sie sagen, was sind denn dann so typische Tätigkeiten, die eine Pflegekraft im Ausland übernimmt?* #00:08:00-7#

B: Da ist es ganz stark medizinorientierte Sachen, also sprich Medikamentenverabreichung, Infusionsverabreichung, Medikamente auch spritzen, auch UV-Spritzen. Solche Sachen sind da viel stärker als es bei uns ist. #00:08:21-8#

I: *Jetzt stelle ich mir die Frage, weil die Infusionsverabreichung die findet hier auch statt. Wie unterscheidet sich das dann genau dann im Ausland?* #00:08:32-0#

B: Genau. Also die machen oder entscheiden da viel mehr selber. #00:08:38-6#

I: *Okay. Alles klar. Und sind das dann auch so die Punkte, wo Ihrer Meinung nach dann die größten Differenzen bezüglich der Inhalte, die gelehrt werden in der Qualifizierung bestehen? Also zwischen Deutschland und auch im Ausland? Oder gibt es dann da Punkte, wo Sie sagen, da bestehen noch größere Differenzen?* #00:08:59-7#

B: Ja, gut, wo auf jeden Fall natürlich erheblich größere Differenzen sind, ist die ganze Frage auch der Dokumentation. #00:09:08-0#

I: *Okay, und wie unterscheidet sich das?* #00:09:09-0#

B: Also sprich Pflegeprozess, auch Pflegeprozessdenken oder auch Arbeiten nach einer Pflegetheorie. Das haben wir bei eigentlich niemandem bis jetzt wirklich gehört, die es gemacht haben. Manche haben wohl mal den Namen Orem gehört, aber was Orem ist, wussten sie nicht. #00:09:35-6#

I: *Okay. Ich habe gehört, dass die ausländischen Pflegekräfte als Prüfung dann hier auch eine Pflegeplanung schreiben müssen.* #00:09:44-5#

B: Ja. #00:09:45-2#

I: *Gibt es da Unterschiede zu deutschen Pflegekräften oder haben die da eine andere Auffassung, wie sie so was angehen oder was da reingehört?* #00:09:53-5#

B: Ja, es läuft ja vom Unterricht her schon auch mit einem der Schwerpunkte oder von den Blickpunkten darauf, dass eben Pflegeplanung geschrieben wird. Dass auch die Dokumentation, also das ist extra als Unterrichtsinhalt ja auch drin. Und wie auch in den

anderen Unterrichten, also wo es dann um so Pflege bei irgendwelchen Patienten, also sprich Pflegesituationen geht, ob das jetzt der Diabetes ist, ob das Herzinfarkt ist oder solche Sachen oder TEP, auch versuchen, dann immer wieder dieses Pflegeplanungsmodell auch mit da weiterzuführen, dass sie es auch anwenden können. Und auch in der praktischen, also in diesen praktischen mindestens 200 Stunden die sie machen müssen, ist das auch Aufgabenstellung. Und da muss man sagen, von dem was die dann zum Ende, also für die Prüfung in dieser Pflegeplanung uns da gearbeitet haben und uns dann auch vorstellen, das war wirklich gut. #00:10:51-2#

I: *Okay.* #00:10:52-5#

B: Da ist dann wirklich kein Unterschied. #00:10:54-7#

I: *Okay*. #00:10:55-4#

B: Wenigstens, wenn sie das System verstanden haben. #00:10:56-8#

I: *Ja*. #00:10:56-9#

B: Und das war, bei einer hat es Schwierigkeiten gegeben, wo man gemerkt hat, der hat das System nicht verstanden. Aber da wo sie es verstanden haben, da haben die wirklich sehr, sehr, sehr gut und sehr ausführlich und sehr gründlich dann auch Pflegeplanung geschrieben. #00:11:12-1#

I: *Okay. Das ist ja quasi das Resultat dann am Ende von dem ganzen theoretischen Block beziehungsweise dem Anpassungslehrgang. Inwieweit unterstützen denn die anderen Inhalte die da in der Theorie bearbeitet werden beziehungsweise welche sind das denn? Und wie unterstützen die dann das Ziel, dass die dieses Abschlussgespräch dann erfolgreich bewältigen?* #00:11:35-9#

B: Also es sind ja in diesen unterschiedlichen Fächern die Sachen. Das hat sie Ihnen gesagt, was da so als Schwerpunkte drin sind? #00:11:46-8#

I: *Nein, das hat sie gemeint, da wären Sie auch der bessere Ansprechpartner.* #00:11:51-6#

B: Ah okay. #00:11:51-7#

I: *Ja.* #00:11:53-4#

B: Moment. Wo habe ich das? Also von, es ist aufgeteilt, nachdem wie es eben von den Fächern auch in Bayern genannt ist. #00:12:44-0#

I: *Ja.* #00:12:44-5#

B: Okay, habe es. Eben mit Grundlagen der Pflege, Gesundheits- und Krankenpflegeberufskunde, Recht und Verwaltung. Gut, Staatsbürgerkunde ist da extra noch mal mit rausgegriffen, deutsche Kommunikation. Und da ist es so, in Grundlagen ist so ein

bisschen Anatomie und so die inhaltliche Orientierung von dem Anpassungslehrgang. Und eben was ist so typische deutsche Pflegeliteratur, haben wir da drin. #00:13:10-6#

I: *Also da meinten Sie dann so was wie Pflegekonzepte oder Pflegeprozess?* #00:13:15-4#

B: Nein, da also da geht es eben wirklich darum, was sind so die typischen Lehrbücher für Pflege in Deutschland. Welche werden sie in Einrichtungen auch vielleicht sehen oder was empfiehlt sich auch, dass sie sich vielleicht selber anschaffen. #00:13:29-8#

I: *Also so was wie Thiemes Pflege*? #00:13:31-6#

B: Genau. #00:13:32-2#

I: *Okay.* #00:13:32-2#

B: Wo man vorstellen, eben Thiemes Pflege stelle ich vor, #00:13:35-2#

I: *Ja*. #00:13:35-3#

B: Wo ich sage, damit ist so eigentlich die große Bandbreite gedeckt und auch so ein bisschen die Systematik in den Büchern. Und mit diesen Arbeiten wir dann auch teilweise ja unterstützend, wenn wir denen eben auch Arbeitsaufträge geben, wo sie selber was bearbeiten sollen, um es dann eben vorstellen zu können. #00:13:58-6#

I: *Ja, okay*. #00:13:59-1#

B: Dann ist in diesen Grundlagen so ein bisschen Arzneimittellehre drin, wobei es da sich wirklich beschränkt auch wieder auf deutsche Besonderheiten. Und gerade was die Verordnungs- und Verabreichungspraxis so ein bisschen Arzneimittelrecht auch dann anlangt. Dass sie eben wissen, wie läuft es hier, ne? Dass eben eine Pflegekraft nicht ein Arzneimittel anordnen darf. Und #00:14:22-0#

I: *Ja.* #00:14:22-0#

B: das gebe ich ihm jetzt einfach, ne? Solche Sachen, so praktische Dinge als auch natürlich, weil ja etliche doch in Pflegeheimen arbeiten, dass wir sagen, wie läuft da typischerweise auch so die Arzneimittelversorgung. Dass eben da jeder Bewohner ja von seinem Hausarzt die Sachen verschrieben bekommt, dass die üblicherweise eben eine Apotheke haben, wo es dann vorgeblistert ist eventuell. Solche Dinge, weil das kennen die ja nicht. #00:14:47-6#

I: *Ja. Okay.* #00:14:48-4#

B: Also solche Aspekte kommen da. Und dann kommt in Grundlagen auch der Bereich Krankenhaushygiene, #00:14:54-5#

I: *Ja.* #00:14:55-1#

B: der Inhalt. #00:14:55-6#

I: *Ja.* #00:14:55-6#

B: Wo man halt auch da die typischen Vorgehensweisen erklärt und dass die auch wissen, okay, es gibt ein Robert-Koch-Institut und es gibt Robert-Koch-Institut-Veröffentlichungen, die eben quasi als Gesetz gelten. Es gibt Infektionsschutzgesetz. Und dass halt da so die wichtigsten Sachen von der Krankenhaushygiene dann auch mit da sind. #00:15:12-2#

I: *Da würde ich kurz einhaken. Da hat* #00:15:13-3#

B: Ja #00:15:13-9#

I: *habe ich nämlich auch gehört, dass es da Differenzen gibt, was ausländische Pflegekräfte über Hygiene wissen und wie es dann hier in Deutschland gemacht wird. Was sind denn vielleicht an einem Praxisbeispiel kenntlich gemachte Differenzen?* #00:15:32-0#

B: Da bin ich jetzt aktuell stehe ich irgendwie auf dem Schlauch, #00:15:42-2#

I: *Okay*. #00:15:44-0#

B: weil, dass der Kollege unterrichtet, aber #00:15:45-4#

I: *Ja.* #00:15:45-5#

B: wenn ich es richtig in Erinnerung habe, also abgesehen von den Formalen mit Robert-Koch-Institut als übergeordnete Behörde bis eben runter Gesundheitsamt und diesen Veröffentlichungen und Hygieneplan, Desinfektionsplan. Also diese Formalien, sage ich, woher sollen sie die kennen, wenn sie in Deutschland nicht großgeworden sind. #00:16:05-6#

I: *Ja.* #00:16:06-1#

B: Vom Praktischen, was ich in Erinnerung habe, war eben die Frage: Wie wird Isolierung auch durchgeführt? #00:16:16-1#

I: *Aha, okay.* #00:16:16-9#

B: Na Händedesinfektion ist kein Problem, das kennen sie, auch wenn es immer wieder vorkommt, dass sie so die Materialien nicht haben oder so häufig haben. Da ist auch ein Desinfektionsmittel vor Injektionen oder vor Punktionen halt in einer aufgeschnitten Coladose, die da irgendwo rumsteht ne? Solche Dinge. #00:16:36-8#

I: *Ja.* #00:16:37-8#

B: Aber eben dann auch halt mit den Einmalprodukten zum Einschleusen in Isolierzimmer und solche Sachen, das ist also weniger bekannt, weil es halt oft die Materialien so nicht gibt

#00:16:49-0#

I: *Okay.* #00:16:51-2#

B: in den Ländern. #00:16:51-8#

I: *Ja. Also die haben ganz einfach andere Standards dann hier?* #00:16:55-8#

B: Ja. #00:16:56-9#

I: *Okay.* #00:16:57-3#

B: Ja, ganz genau. #00:16:58-0#

I: *Okay.* #00:17:00-6#

B: Genau und dann eben im Bereich Gesundheits- und Krankenpflege ist es eben aufgeteilt in acht Lernfelder. Da geht es einmal um die prä- und postoperative Pflege bei Menschen aller Altersstufen. Und das eben am Beispiel auch von einer Hüftprothetik. Ne, klar, die typischen deutschen Abläufe sind halt im Ausland oft anders. #00:17:21-3#

I: *Okay.* #00:17:21-3#

B: Klar, auch da wird ein Patient für die Narkose vorbereitet, aber ob der jetzt abgeführt ist oder ob er nicht abgeführt ist, da wird oft nicht so darauf geachtet beziehungsweise dann auch die entsprechenden Dokumente auch mit der Einwilligung. Und dass es eben von dem Zeitfenster eben entsprechend vorbereitet sein muss und solche Sachen sind eher schwierig. #00:17:44-0#

I: *Okay.* #00:17:45-9#

B: Und Hüftprothesen, ja, kennen sie oder haben sie schon mal gehört, aber dann so klassisch Mobilisation dabei oder so, ist eher wenig, was da bekannt war. #00:17:56-7#

I: *Okay. Wenn sie jetzt sagen, das haben sie schon mal gehört, kommt das da dann nicht so häufig vor solche Operationen? Also kann man auch sagen, dass sie manchen Pflegebedarf einfach dann auch gar nicht so kennen, weil es in ihrem Land nicht vorkommt?* #00:18:11-5#

B: Genau. Also das war das was so bis jetzt also bei diesen zwei Anpassungslehrgängen die wir hatten ich so sagen würde. #00:18:19-7#

I: *Okay.* #00:18:20-3#

B: Wobei das sicherlich natürlich auch wahrscheinlich wieder sehr regional #00:18:24-8#

I: *Ja.* #00:18:25-5#

B: unterschiedlich ist. #00:18:25-6#

I: *Ja.* #00:18:26-7#

B: Ja, wir hatten im letzten Anpassungslehrgang zehn Philippinen, die nicht alle aus Manila waren, sondern auch aus einem Land sonst wo. Und auch da waren Riesenunterschiede. #00:18:38-8#

I: *Was waren denn da dann solche Unterschiede?* #00:18:41-4#

B: Ja, wo halt die einen gesagt haben: „Ja, kennen wir“ und die anderen haben gesagt: „Nein, habe ich noch nie gehört.“ #00:18:46-1#

I: *Ah okay.* #00:18:46-1#

B: Also halt wirklich und ich denke, das hängt einfach daran, dass die einen halt in einer Großstadt waren, wo sicherlich auch mehr gemacht wird, als es dann irgendwo in so einem kleinen Dorfkrankenhaus irgendwo. #00:18:56-1#

I: *Okay. Also es liegt nicht an der Ausbildung, die haben alle dieselbe Ausbildung, aber am Einsatzort dann?* #00:19:00-7#

B: Ja. #00:19:02-5#

I: *Okay.* #00:19:02-5#

B: Also auch das macht eben, denke ich, große Unterschiede. #00:19:05-8#

I: *Ja. Okay.* #00:19:06-2#

B: Klammer auf, Klammer zu, ist bei uns in Deutschland sicherlich auch so. #00:19:10-9#

I: *Ja. Und in Berufskunde, was* #00:19:13-7#

B: Ja. #00:19:14-0#

I: *sind da die Inhalte?* #00:19:15-1#

B: Genau. In der Berufskunde geht es eben so um das berufliche Selbstverständnis, ein bisschen um Berufsorganisationen und ein bisschen Pflegeethik. Bei dem beruflichen Selbstverständnis eben halt auch gerade so diese Aspekte, eben Ganzheitlichkeit, dann aber halt auch so die Abgrenzung Laien- und professionelle Pflege. Und die Berufsorganisationen, dass wir und das ist was, was bei den ausländischen Pflegekräften oft auf Unverständnis stößt, dass wir eben keine klassische Landesvertretung haben, dass man nicht registriert ist, also sprich keine #00:19:47-0#

I: *Ja.* #00:19:46-9#

B: Kammer haben. Das ist halt besonders in Deutschland, ja. Und Pflegeethik habe ich nicht unterrichtet, weiß ich nicht. Und es ist auch nur so ein kleiner Teil, was da eben an Unterschieden, #00:20:04-1#

I: *Okay.* #00:20:05-4#

B: unterschieden war. Da bin ich überfragt. #00:20:06-9#

I: *Okay. Alles klar.* #00:20:17-7#

B: Ja. #00:20:17-9#

I: *Durch die generalistische Ausbildung, die ja jetzt dieses Jahr gestartet ist, haben sich bisher keine inhaltlichen Änderungen bezüglich des Anpassungslehrgangs ergeben?* #00:20:29-7#

B: Nein. #00:20:30-8#

I: *Okay.* #00:20:31-1#

B: Weil es da eben noch diese Übergangsfrist bis #00:20:32-4#

I: *Ja.* #00:20:32-4#

B: 2024 gibt. #00:20:32-7#

I: *Ja*. #00:20:34-0#

B: Und darum dürfen wir noch nach dem alten Muster machen. #00:20:36-7#

I: *Okay. Dann würde ich weitermachen, weil neben der theoretischen Ausbildung erfolgt ja auch die praktische Ausbildung mit theoretischer Unterweisung. Und jetzt haben Sie schon gesagt vorhin, dass die praktische Ausbildung im Ausland nicht so ausgeprägt ist wie hier, aber mich würde es interessieren, woraus sich dann trotzdem die Notwendigkeit dafür ergibt. Und vielleicht fallen Ihnen noch mal konkrete Differenzen ein in der beruflichen Praxis, wenn Sie sich jetzt beispielsweise an den ATLs orientieren.* #00:21:13-2#

B: Das ist auch für mich eben sehr, sehr schwer wirklich so zu beantworten, weil die die in der Praxis ja nicht sehen. Also wir müssen als Durchführender des Anpassungslehrgangs nicht in die Einrichtungen, um die Schüler oder die Nachzuqualifizierenden in der Praxis auch zu sehen. Das machen die, die Praxis hat leider in den Einrichtungen wo sie ihre praktische, ihr Praktikum ableisten oder eben jetzt berufsbegleitend dann ja schon auch arbeiten oder ausbildungsbegleitende Arbeiten. Und wir kriegen dann nur die schriftliche Bestätigung, dass das eben angeleitet wurde und überprüft wurde, sodass es eben dem deutschen Stand entspricht. Aber ich habe es nicht gesehen. Darum kann ich da eigentlich nicht wirklich #00:22:08-1#

I: *Okay*. #00:22:08-7#

B: was Substanzielles sagen. #00:22:09-7#

I: *Und da steht dann auch kein Urteil drin, wie das gelaufen ist?* #00:22:12-8#

B: Nein. #00:22:13-8#

I: *Okay.* #00:22:13-9#

B: Das ist nur die Bestätigung, dass sie sagen, okay, es würde dem deutschen Standard entsprechen. #00:22:19-7#

I: *Ja. Okay. Und dann kann ich mir das auch so vorstellen, dass das nicht abläuft wie in einer Ausbildung, weil da lernt man ja zum Beispiel auch Lagern in der Theorie, sondern dass das einfach rein praktisch durchgeführt wird?* #00:22:30-6#

B: Wir haben schon auch so ein paar solche praktischen Dinge drin, also wie der Punkt Lagern. Also sprich Mobilisation ist Thema in einem dieser Lernsituationen, die in Gesundheits- und Krankenpflege drin sind, aber wirklich eben nur so als ja auf minimalistischem Niveau. #00:22:56-3#

I: *Ja.* #00:22:55-8#

B: Der ganze Anpassungslehrgang sind 240 Stunden, da kann man logischerweise bei den doch vielfältigen Sachen die angesprochen werden da, nicht in die Tiefe gehen. #00:23:06-0#

I: *Ja. Okay. Jetzt vorhin haben Sie gesagt, dass zum Beispiel die Grundpflege oft von den Angehörigen übernommen wird und sie auch im Anpassungslehrgang auf die formelle und informelle beziehungsweise Laienpflege eingehen. Wie wirken denn diese Aufgaben einer Pflegekraft in Deutschland dann auf die Lehrgangsteilnehmenden?* #00:23:33-6#

B: Also ich sage mal, da wo auch wir beim ersten Anpassungslehrgang da noch ein bisschen unerfahren waren, gab es das schon öfters, nämlich auch, ich sage mal, verdrehte Augen. #00:23:50-7#

I: *Ah ja. Okay.* #00:23:52-8#

B: Also bis die eben auch dann gemerkt haben: „Okay, wir müssen das eigentlich auch für uns noch mal ganz anders auch da verkaufen.“ #00:23:59-3#

I: *Ja.* #00:24:01-2#

B: Und seit wir eben dann auch gerade Körperpflege, das haben wir angedockt eben am Beispiel Schlaganfall, wo wir gesagt haben, sagen, da ist Pflege wirklich auch therapeutisch ja tätig. Und haben dadurch eben die Besonderheit der Kompetenz der Pflege auch mit stärker herausgestellt. #00:24:19-8#

I: *Ja.* #00:24:20-4#

B: Dann wird es eben ganz anders nachvollziehbar. #00:24:22-4#

I: *Okay.* #00:24:22-8#

B: Dann haben sie gesagt, naja stimmt, okay. Es ist jetzt bloß nicht mal Waschen, was sonst die Angehörigen machen, sondern es ist etwas, was wir hier in den Vordergrund als fachliche Kompetenz rücken.“ #00:24:32-8#

I: *Gab es denn da sonst noch Bereiche neben der Körperpflege, wo die Augen verdreht wurden oder das nicht so ganz verstanden wurde, warum das hier eine Pflegekraft übernimmt?* #00:24:43-1#

B: Nein, so von den Tätigkeiten nicht, sondern eigentlich eher, warum das Pflegekräfte nicht übernehmen. Und da ging es eben halt ganz stark um diese ganze Medikationssache. #00:24:59-6#

I: *Okay. Das war das ausgeprägteste, also der* #00:25:01-7#

B: Ja. #00:25:02-2#

I: *ausgeprägteste* #00:25:02-5#

B: Ja. Ja. #00:25:02-7#

I: *Bereich dann? Okay. Gab es daneben dann auch noch sonstigen, einen Bereich, der auch lieber gerne übernommen worden wäre als Pflegekraft hier?* #00:25:11-9#

B: Also kann ich mich jetzt nicht so erinnern. #00:25:17-4#

I: *Okay. Dann würde ich jetzt wieder weitermachen mit der Praxis. Ich weiß nicht, wie weit Sie da jetzt Rückmeldung bekommen haben. Aber wie schätzen denn die Praxisanleiter die Fähigkeiten der ausländischen Fachkräfte im beruflichen Kontext ein? Sie meinten ja schon, Sie kriegen da eine Rückmeldung, dass, also, dass das gezeigt wurde. Aber haben Sie auch Rückmeldungen, ob die Praxisanleiter die Fähigkeiten, also wie sie die Fähigkeiten insgesamt einschätzen oder gibt es das nicht?* #00:25:47-1#

B: Also ich kann da von einem Altenheim hier in [Ort], die übrigens drei Leute schon geschickt hatten und jetzt im Anpassungslehrgang sind wieder welche dabei, berichten, da hatte ich mit der Pflegedienstleitung beziehungsweise der einen Praxisanleitung gesprochen. Und auch nachdem die den Anpassungslehrgang fertig hatten und auch in der Einrichtung noch weitergearbeitet haben, hatte ich die eben auf der Fortbildung getroffen. Und die waren eigentlich sehr positiv, #00:26:18-9#

I: *Okay.* #00:26:18-6#

B: die haben sich sehr gut eben eingefunden auch vom Praktischen. Es war relativ schnell haben sie gesagt, dass sie die Sachen, wie es eben hier läuft, dann auch durchführen konnten. Also da gab es keine echten Probleme, von denen ich gehört habe. #00:26:40-9#

I: *Aber man musste auf jeden Fall noch mal in der Praxis zeigen, was da die Aufgaben sind?* #00:26:45-8#

B: Genau. #00:26:46-4#

I: Okay. #00:26:46-9#

B: Weil das halt ganz häufig, also ein Beispiel hat sie mir eben geschildert, Katheterwechsel, wo die in dem Heim eben so ein Katheterset haben. #00:26:57-2#

I: *Ja.* #00:26:57-6#

B: Und das war halt was, was sie eben auch von den Hygienestandards und so nicht kannten, aber sich da ruck, zuck eingearbeitet hatten. #00:27:05-4#

I: *Ah ja, okay.* #00:27:08-9#

B: Wo sie gesagt haben, es gab da keine Sachen. Man musste es halt denen zeigen, wo es dann auch klar war, okay, ha ha, das ist hier ein Unterschied, das habt ihr so nicht gehabt. Logisch, es ist auch hier, wenn ich in ein anderes Haus wechsle, da sind halt Dinge anders. Und das sage ich mal, wurde so empfunden, wie wenn es eben eine andere Pflegekraft, die halt neu hierherkommt und halt die Materialien oder so nicht kennt. Und manches halt theoretisch noch ein bisschen untermauert, dass sie wissen, warum ist es hier so. #00:27:34-4#

I: *Da würde ich jetzt direkt übergehen zum deutschen Pflegepersonal. Ich habe gelesen, dass deutsches Pflegepersonal manchmal etwas unverständlich auf die ausländischen Pflegekräfte blickt, weil eben solche Sachen wie die Körperpflege nicht beherrscht werden. Jedenfalls zu Beginn. Sind Ihnen da Rückmeldungen bekannt, dass es da irgendwie Probleme gab, zwischen deutschem Fachpersonal und den ausländischen Pflegekräften?* #00:28:03-3#

B: Also da haben wir keine Rückmeldung bekommen. #00:28:07-1#

I: *Okay*. #00:28:09-0#

B: Wie gesagt, diese eine Einrichtung die waren sehr, sehr positiv und haben sich gefreut. Und auch die zehn Philippinen die beim Roten Kreuz hier waren, da habe ich Rückmeldung bekommen. Die haben sich gefreut und es war ein schönes Miteinander, habe ich gehört. #00:28:23-7#

I: *Okay. Dann in welchen Bereichen würden Sie denn da noch mal konkret ausländisches Pflegepersonal als besser qualifiziert beschreiben als deutsches?* #00:28:34-3#

B: Da würde ich wirklich wieder diese arztnahen Tätigkeiten nennen. Gerade was das Medikationsmanagement anlangt, da haben sie wahrscheinlich wirklich mehr als wir. #00:28:50-9#

I: *Okay*. #00:28:52-9#

B: Also ich sage mal, als unsere Leute nach der Grundausbildung. #00:28:58-9#

I: *Sonst noch ein Bereich, wo Sie sagen würden, da sind sie uns voraus?* #00:29:06-6#

B: Also ist mir jetzt nichts #00:29:11-6#

I: *Okay.* #00:29:12-6#

B: spontan bewusst. Vielleicht das Berufsverständnis. #00:29:16-4#

I: *Was heißt das denn konkret?* #00:29:18-8#

B: Die Berufsidentität, so würde ich sagen. #00:29:20-9#

I: *Ja.* #00:29:21-7#

B: Das ist völlig klar. Ich bin Pflegekraft und ich bin stolz drauf. #00:29:25-6#

I: *Okay.* #00:29:27-4#

B: Was bei uns in Deutschland dann doch eher weniger ist. #00:29:30-3#

I: *Okay und in welchen Bereichen sehen Sie die ausländischen Pflegekräfte als schlechter qualifiziert? Sie haben ja schon einiges genannt. Wenn Ihnen was einfällt, können Sie es gerne noch nennen.* #00:29:46-8#

B: Also außer dem was ich genannt habe, also sprich klassisch so diese grundpflegerischen Sachen, fällt mir jetzt spontan nichts Weiteres ein. Weil die anderen Sachen sind halt einfach auch von den Ländern abhängig. #00:30:03-6#

I: *Ja.* #00:30:03-8#

B: Wenn ich die Materialien nicht habe, woher sollen sie es kennen? #00:30:06-4#

I: *Okay. Dann würde ich übergehen, ich habe schon erfahren eine Durchfallquote gibt es eigentlich nicht. Demnach gibt es auch keine Gründe für Nichtbestehen des Anpassungslehrgangs und es gab auch noch keine Abbrüche von den Lehrgangsteilnehmenden. Nur Eine* #00:30:26-7#

B: Ja. #00:30:26-7#

I: *ist irgendwie ist nicht mehr gekommen. Und irgendwer hat* #00:30:30-1#

B: Ja. #00:30:29-9#

I: *glaube ich, etwas entwendet.* #00:30:32-8#

B: Genau. Also es gab in der Weise Abbrüche, dass bei Einer das Visum nicht verlängert wurde. #00:30:40-8#

I: *Ja. Okay.* #00:30:41-7#

B: Und die musste dann eben wirklich Knall auf Fall ausreisen. Ein Anderer ist nicht zur Prüfung angetreten. Nein, es waren eigentlich zwei. Einer, genau, da gab es irgendeinen Vorfall in der Einrichtung, wo er da eben dann entfernt wurde und #00:30:58-8#

I: *Ja.* #00:30:58-9#

B: es dann nicht mehr weiterging. Und Eine ist nicht zur Prüfung angetreten, wo wir auch nie mehr was von ihr gehört haben. Wir haben versucht, zu telefonieren, angeschrieben. Durchfallquote. Eine ist durchgefallen #00:31:10-4#

I: *Ah okay.* #00:31:11-1#

B: bei dem ersten Anpassungslehrgang. #00:31:13-1#

I: *Und was waren da die Gründe?* #00:31:14-7#

B: Das waren wirklich beide Sachen. Es war einerseits sprachlich und andererseits vom Wissen. #00:31:21-2#

I: *Vom Wissen? Hatte es dann einfach nicht zum deutschen Berufsbild gepasst das Wissen oder war es insgesamt einfach zu wenig?* #00:31:30-7#

B: Wirklich, die hat sich mangelhaft vorbereitet. #00:31:33-6#

I: *Okay.* #00:31:34-1#

B: Also da war es nicht wirklich eine Frage vom Berufsbild, sondern wirklich, sie hat nicht gelernt. #00:31:40-2#

I: *Okay. Aber jetzt aufgrund eines unterschiedlichen Berufsbildes in Deutschland und im Ausland hat keiner irgendwie Probleme gehabt?* #00:31:48-7#

B: Also nicht, dass ich wüsste. #00:31:51-5#

I: *Okay. Die zukünftigen Arbeitgeber der anerkannten Pflegekräfte hatten Sie auch schon kurz*

angesprochen, sind das dann vor allem Pflegeeinrichtungen und weniger Krankenhäuser? #00:32:05-4#

B: Genau. Also von den beiden Kursen die wir hatten, da waren es wirklich überwiegend Pflegeeinrichtungen oder Sozialstationen. In der Klasse jetzt die eben mit zwanzig Leuten jetzt begonnen haben am Montag, da sind es, denke ich, sechs Leute, wenn ich es richtig in Erinnerung habe, die eine Klinik als Hintergrund haben. #00:32:30-6#

I: *Okay.* #00:32:32-9#

B: Die anderen eben auch wieder Pflegeheime und Sozialstationen. #00:32:34-9#

I: *Gut. Sind die zukünftigen Einrichtungen dann so zufrieden mit den Pflegekräften? Also Sie meinten vorhin schon, die Zusammenarbeit, die war auch während dem Anpassungslehrgang schon immer gut und die haben sich gefreut, dass es so schön klappt. War das dann nach dem Anpassungslehrgang auch weiterhin der Fall oder haben Sie da Informationen, dass es doch noch Probleme gab?* #00:32:58-3#

B: Also jetzt von diesen Leuten die beim Roten Kreuz dann waren, habe ich nichts Negatives gehört. Dieses Pflegeheim was ich vorhin genannt habe, habe ich Positives gehört. Es hatte gestern jemand angerufen, die jemanden schon bei uns hatten und wollten wieder jemanden schicken. Also das habe ich dann auch als positiv gewertet. Aber also definitiv negativ habe ich nichts gehört. #00:33:25-9#

I: *Okay. Dann welche weiteren Aspekte hinsichtlich des Pflegeverständnisses in Deutschland sind denn Ihrer Meinung nach für eine erfolgreiche berufliche Integration besonders wichtig?* #00:33:39-9#

B: Gut, das würde ich nicht am Pflegeverständnis festmachen. #00:33:49-9#

I: *Okay, an was würden Sie es fest* #00:33:51-5#

B: Das Pflegeverständnis ist da nicht das Problem, wenn es um die Integration geht, sondern das größte Problem sehe ich wirklich an Sprache. Was uns eben auch im Anpassungslehrgang was ganz wichtig ist, dass wir immer wieder sagen, sie müssen reden, sie müssen reden, sie müssen reden. Und was schon auch war, war eben einfach so diese Kulturunterschiedlichkeiten. #00:34:22-4#

I: *Was heißt das denn genau?* #00:34:25-1#

B: Ja, dass in Deutschland oder in manchen Regionen, auch bei uns in [Ort] ist es oft ein bisschen kühler. #00:34:33-4#

I: *Okay.* #00:34:35-1#

B: Also so vom aufeinander zugehen, wenn man merkt: „Okay, da ist ein Ausländer. Das ist halt ein Ausländer.“ Solche Sachen. Oder auch von der Kultur, dass es hier sehr klar ist, wenn

ein Termin auf 08:00 Uhr gesetzt ist, dann ist es 08:00 Uhr und nicht 08:01 Uhr. #00:34:50-7#

I: *Okay.* #00:34:52-4#

B: Auch solche Dinge, #00:34:54-1#

I: *Ja.* #00:34:55-1#

B: die gerade Leute die aus dem asiatischen Raum kommen halt großzügiger sehen. #00:35:01-5#

I: *Und jetzt meinten Sie, das Pflegeverständnis ist jetzt nicht der ausschlaggebende Punkt für eine erfolgreiche berufliche Integration, eher so was wie die Sprache. Ist es darauf zurückzuführen, dass sich Dinge hinsichtlich des Pflegeverständnisses einfach schneller anlernen lassen oder erwerben lassen, die Kompetenzen, als jetzt die Sprache?* #00:35:22-6#

B: Denke ich. Ja. #00:35:25-9#

I: *Okay.* #00:35:26-8#

B: Denke ich. #00:35:28-8#

I: *Ja.* #00:35:29-1#

B: Also würde ich so einschätzen, ja. #00:35:32-9#

I: *Okay.* #00:35:34-9#

B: Moment. Ja. Genau, würde ich so einschätzen. #00:35:40-1#

I: *Wir sind fast am Ende, wenn Sie weitermachen müssen. (lacht)* #00:35:43-1#

B: Ja ja, nein. Nein, es ist nur gerade jemand gekommen. #00:35:46-3#

I: *Okay.* #00:35:46-6#

B: Dem muss ich nur kurz sagen, er soll ruhig warten. Kein Problem. #00:35:50-5#

I: *Okay. Gut, dann [Person] meinte schon, dass die ausländischen Pflegekräfte die nach Deutschland kommen, eigentlich durchgehend einen Bachelorabschluss haben. Also kann man das so sagen, dass die berufliche Qualifikation eigentlich immer akademisch abläuft dann im Ausland hinsichtlich der Pflege?* #00:36:10-0#

B: Also was wir mitbekommen haben, ist es doch öfters der Fall. #00:36:17-1#

I: *Gibt es da auch Ausnahmen?* #00:36:20-4#

B: Ich würde nicht sagen, dass es durchgehend ist. Bei den Philippinen war es eigentlich durchgehend. Bei den Bosniern, denke ich, ist es nicht durchgehend gewesen. Bei den Syrern wüsste ich jetzt auch nicht. Also ich würde nicht sagen, es ist durchgehend. #00:36:44-4#

I: *Okay. Dann wären wir eigentlich auch schon bei der letzten Frage: Gibt es Dinge, die aus Ihrer Sicht hier jetzt noch nicht angesprochen wurden, aber von Bedeutung sind?* #00:36:54-1#

B: Ja, vielleicht das, was wir im Vergleich zu, sage ich mal, zu unseren deutschen Klassen haben, ist, dass die im Anpassungslehrgang die Leute erheblich motivierter sind. #00:37:25-4#

I: *Ah ja, okay.* #00:37:27-6#

B: Also das würde ich sagen. Also es macht wirklich ganz viel Spaß bei denen in den Unterricht hinein zu gehen, weil man merkt, die hängen einem an den Lippen. Die saugen auf, die wollen, weil sie wissen, sie wollen und brauchen diesen Abschluss, um eben hier auch als Fachkraft arbeiten zu können. Und diese Motivation zieht sich eben wirklich diese ganzen sechs Wochen oder später auf sechs Monate verteilt, zieht sich durch. #00:37:54-1#

I: *Okay. Also ist die Motivation deshalb begründet, weil es einfach daran hängt, dass sie ohne diesen Abschluss dann hier nicht beruflich tätig werden können? Oder gibt es da noch andere Motivationsgründe?* #00:38:07-5#

B: Also ich denke, das ist ein ganz starker Motivationsgrund. Gut, was vielleicht auch noch der Fall ist, ist, dass die in der Regel ja schon ein paar Jährchen älter sind. Gut, wir haben zwar auch manchmal relativ Junge dabei, die eben so Mitte zwanzig sind, aber es sind auch doch eben der größere Anteil ist, sage ich mal, Mitte vierzig, #00:38:30-8#

I: *Okay.* #00:38:31-8#

B: teilweise sogar aufwärts. #00:38:33-6#

I: *Ah, okay.* #00:38:33-7#

B: Und die Leute stehen halt einfach schon im Leben und wissen, was sie wollen und sind eben oft nach hier gekommen, um eben als Fachkraft arbeiten zu können. Und das merkt man von der Motivation. #00:38:48-1#

I: *Okay. Alles klar, das wäre dann schon die letzte Frage gewesen. Was heißt schon? Also ich danke Ihnen, dass Sie sich jetzt da doch lange Zeit genommen haben, um mir da die Fragen zu beantworten. #00:39:01-1#*

B: Bitteschön! #00:39:01-3#

I: *Die werde ich dann, also die Antworten werde ich für meine Bachelorarbeit dann heranziehen und ja, ich danke Ihnen. Also es hat mich gut weitergebracht jetzt noch mal.*

#00:39:12-3#

B: Das ist doch schön. #00:39:12-3#

I: *Vielen Dank!* #00:39:15-1#

Erklärung

1. Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst habe, nicht anderweitig für Prüfungszwecke vorgelegt habe und sie an keiner anderen Stelle veröffentlicht wurde.
2. Ich versichere, keine weiteren Hilfsmittel außer den angeführten verwendet zu haben.
3. Soweit ich Inhalte aus Werken anderer AutorInnen dem Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen habe, sind diese unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht. Dies bezieht sich auch auf Tabellen und Abbildungen.
4. Die gesetzlichen Vorschriften zum Datenschutz und zum Schutz der Urheberrechte wurden beachtet, dies gilt auch für Bilder, Grafiken, Kopien oder Ähnliches.
5. ~~Im Falle empirischer Erhebungen: Für die Veröffentlichung von Daten, Fakten und Zahlen aus Einrichtungen oder über Personen, auch in Interviews, die nicht öffentlich zugänglich sind, liegt mir eine Einverständniserklärung vor. Die Rechteinhaber/innen haben der Verwertung der Daten im Rahmen der BA-Arbeit schriftlich zugestimmt.~~
6. Ich bin damit einverstanden / ~~nicht einverstanden~~*, dass meine Abschlussarbeit in die Bibliothek der Evangelischen Hochschule aufgenommen wird.
7. Ich bin damit einverstanden / ~~nicht einverstanden~~*, dass meine Abschlussarbeit in digitaler Form öffentlich zugänglich gemacht wird.

Nürnberg, den……..

Unterschrift der Verfasserin/des Verfassers

* Nichtzutreffendes streichen!