

## Ergebnisbericht (gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

<b>Konsortialführung:</b>	Charité - Universitätsmedizin Berlin
<b>Förderkennzeichen:</b>	01VSF20001
<b>Akronym:</b>	CareTrans
<b>Projekttitle:</b>	CareTrans - Care in Transition – Pflorgeteams im Spannungsfeld von Migration und Akademisierung am Beispiel von Krankenhaus und Pflegeheim
<b>Autorinnen und Autoren:</b>	Lisa Peppler, Martin Feißt, Anna Schneider, Maja Apelt, Liane Schenk
<b>Förderzeitraum:</b>	1. September 2021 bis 31. Dezember 2024
<b>Ansprechpartner:</b>	Prof. Dr. phil. Liane Schenk, Charité - Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, Charitéplatz 1, 10117 Berlin, Tel.: +49 (0) 30 450 529 174, E-Mail: liane.schenk@charite.de

Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt CareTrans wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF20001 gefördert.

## Zusammenfassung

**Hintergrund:** Die Pflege in Deutschland befindet sich in einem rasanten Veränderungsprozess, der vor dem Hintergrund des eklatanten Fachkräftemangels einen hohen Anpassungsdruck bei allen Beteiligten erzeugt. Hierzu zählen vornehmlich die Zuwanderung internationaler (zumeist akademisierter) Pflegefachpersonen, die veränderten Ausbildungsstrukturen und die (Teil-) Akademisierung sowie der generationelle Wandel. All dies führt zu einer zunehmenden Diversität von professionell Pflegenden. Es sind die stationären Pflgeteams der Akut- und Langzeitpflege, die diese sozialisatorischen und pflegekulturellen Unterschiede in ihrem Arbeitsalltag bewältigen (müssen) und dafür entsprechende Unterstützung der Einrichtungen benötigen, die für eine diversitätssensible Teamentwicklung auch Strukturen und Ressourcen bereitstellen müssen. Welche Dynamiken forciert die Zuwanderung ausländischer Pflegefachpersonen und die damit verknüpfte (Teil-) Akademisierung auf organisationaler und individueller Akteurs-Ebene in der stationären Versorgung? Und wie lassen sich die daraus erwachsenden Chancen in der Versorgung bestmöglich nutzen? Diesen Fragen geht CareTrans nach und untersucht sich im Zuge zunehmender Diversität wandelnde Prozesse, Strukturen und Organisationskulturen. Übergreifendes Ziel ist es, (Selbst-) Lernprozesse von versorgenden Organisationen im Umgang mit Diversität zu optimieren und zu steuern.

**Methodik:** CareTrans ist eine Mixed-Methods-Studie, die qualitative und quantitative Forschungsinstrumente kombiniert. Kernstück der Studie ist der Vergleich von sechs stationären Pflgeteams (komparative Fallanalysen), davon vier in Krankenhäusern und zwei in Pflegeheimen. Die sechs Pflgeteams sind durch einen hohen Grad an Diversität hinsichtlich Herkunftsländer, Qualifikationen, Generationenzugehörigkeit (Altersstruktur) und Gender charakterisiert. Die sechs Pflgeteams wurden von zwei Forschenden in ihrem Arbeitsalltag begleitet, um mittels Teilnehmender Beobachtung, Themenzentrierten Leitfadenterviews und Gruppendiskussionen qualitative Primärdaten zu erheben. Diese sog. Fallstudien wurden mit einem quantitativen faktoriellen Survey verzahnt, der im Rahmen einer Online-Befragung in zwei Organisationen des Gesundheitswesens durchgeführt wurde. In einer Methoden- und Ergebnistriangulation wurden die verschiedenen Perspektiven aus den Fallstudien und der Online-Befragung zusammengeführt.

Darüber hinaus wurden mittels Partizipativer Workshops mit Pflgeteams und Leitungspersonen auf unterschiedlichen Hierarchieebenen der beteiligten Krankenhäuser und Pflegeheime Instrumente entwickelt und ein Prozess zur Personal- und Organisationsentwicklung durchgeführt, der die inhaltsanalytischen Erkenntnisse der qualitativen Erhebungen an die Teilnehmenden zurück spiegelte und kritisch diskutieren ließ.

**Ergebnisse:** Die tiefgreifenden Veränderungsprozesse im pflegerischen Arbeitsalltag durch Migration, (Teil-)Akademisierung und generationalen Wandel führen zu Irritationen in den konjunktiven Erfahrungsräumen der Pflgeteams und erzeugen Erwartungsunsicherheit. Die zunehmende Diversifizierung pflegerischer Sozialisationsprozesse erfordert eine explizite Verbalisierung und Weitergabe bisher impliziten Wissens und habitualisierter Praktiken, was die Einarbeitung internationaler Pflegefachpersonen und die intergenerationelle Wissensvermittlung aufwendiger gestaltet. In einem stark prozessorientierten Arbeitsalltag führt die Integration notwendiger Maßnahmen zur Bewältigung von Diversität ohne entsprechende strukturelle Anpassungen zu einer Mehrbelastung der Pflgeteams und kann

sich negativ auf deren Arbeitseinstellung sowie psychische und physische Gesundheit auswirken.

Unsere intersektionale und komparative Analyse stationärer Pflegeteams zeigt, dass die Herausforderungen und Konflikte im Umgang mit Diversität nicht isoliert, sondern in direkter Wechselwirkung zwischen den Dimensionen Migration, Qualifikation und Generation entstehen. Dies erschwert die praktische Adressierung, da öffentliche und politische Diskurse diese Aspekte meist getrennt verhandeln und somit keine integrierten Deutungsangebote bieten. In der Folge dominieren in der Praxis oft kulturelle Differenzen und Sprachbarrieren die Wahrnehmung, was zu Projektionen auf spezifische Mitarbeitergruppen führen kann. Eine proaktive Bewältigung dieser Herausforderungen erfordert alternative Deutungsmuster, die die Gesamtheit und gegenseitige Bedingtheit der Veränderungsprozesse berücksichtigen. Die Teamperspektive bietet hier einen Zugang zur Veränderung der konjunkativen Erfahrungsräume, wobei Leitungspersonen eine Schlüsselrolle in der Initiierung und Moderation dieser Prozesse einnehmen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Auswirkungen von Diversität (Migration, Qualifikation, Generation) auf Zusammenarbeit und Versorgung maßgeblich von den zugrundeliegenden Organisationsstrukturen abhängen. Nur angemessene und sinnvolle Organisationsstrukturen ermöglichen positive Effekte. Dies unterstreicht die Notwendigkeit gezielter Organisations- und Personalentwicklungsmaßnahmen. Eine zentrale Erkenntnis unseres Projekts CareTrans ist, dass OE-Instrumente stets Teil umfassender OE-Prozesse sind und ihre Wirksamkeit kontext- und anwenderabhängig ist. Die gängige Literatur fokussiert primär auf Instrumente, während CareTrans den Prozesscharakter betont. Nachhaltige Organisationsentwicklung im Umgang mit Diversität erfordert insbesondere eine Auseinandersetzung mit den Organisationsstrukturen, über kurzfristige Einzelmaßnahmen hinaus.

**Diskussion:** Das entwickelte partizipative Bottom-up-Verfahren zur Teamentwicklung sowie das Instrumentarium zur Organisations- und Personalentwicklung initiierte Selbstlernprozesse in den teilnehmenden Einrichtungen, indem es die Expertise der Mitarbeitenden nutzte, das Bewusstsein für Diversitätsprobleme schärfte, die Identifikation mit Lösungen förderte und auf nachhaltige Veränderungen der Organisationsstrukturen abzielte. Die aktive Einbeziehung der Pflegeteams ermöglichte die Entwicklung einrichtungsspezifischer Lösungen. Die vorgestellten Instrumente – ein Diskussionsimpuls und ein Poster mit Einflussfaktoren – dienen als Gesprächsgrundlage und Analysewerkzeug im moderierten Prozess. Die Übertragbarkeit des OE/PE-Prozesses auf andere Einrichtungen wird diskutiert, wobei die Anerkennung durch die Leitung und die Bereitstellung von Ressourcen als zentral für den Erfolg identifiziert werden. Die Trägerschaft (öffentlich-rechtlich, freigemeinnützig, privat), die Personalstruktur und die Ressourcenverfügbarkeit beeinflussen die Gestaltung und Durchführbarkeit des Prozesses. Der Bottom-up-Ansatz erweist sich potenziell in allen Trägerschaften als wirksam, erfordert aber Anpassungen an die spezifischen Rahmenbedingungen. Bei knappen Ressourcen werden Möglichkeiten zur Verschlinkung des Prozesses diskutiert, wobei die Bedeutung der Mitarbeiterpartizipation betont wird. Kooperationen und interne Lösungen werden als Optionen zur ressourcenschonenden Umsetzung vorgeschlagen. Abschließend wird festgehalten, dass das entwickelte Instrumentarium und der partizipative Prozess grundsätzlich auf andere Einrichtungen übertragbar sind, jedoch eine flexible Anpassung an die jeweiligen Gegebenheiten erfordern.

CareTrans (01VSF20001)

**Schlagworte:** Pflgeteams, stationäre Pflege, Akutpflege, Langzeitpflege, Diversität, Organisationsentwicklung, Migration, Akademisierung, Generation, Partizipation

## Inhaltsverzeichnis

I	Abkürzungsverzeichnis .....	7
II	Abbildungsverzeichnis .....	7
III	Tabellenverzeichnis .....	7
1	Projektziele .....	8
2	Projektdurchführung .....	10
2.1	Projektbeteiligte .....	10
2.2	Beschreibung/ Darstellung des Projekts .....	10
2.3	Beschreibung Ablauf des Projekts .....	10
2.3.1	Anpassung des Vorgehens bzgl. der komparativen Fallstudien .....	11
2.3.2	Anpassung des Vorgehens bzgl. der Online-Befragung mit faktoriellem Survey .....	11
2.3.3	Durchführung von sechs Fallstudien in Krankenhäusern und Pflegeheimen ..	12
2.3.4	Online-Befragung mit faktoriellem Survey .....	12
2.3.5	Methoden- und Ergebnistriangulation .....	12
2.3.6	Erstellung eines Instruments zur Personal- und Organisationsentwicklung ....	12
3	Methodik .....	13
3.1	Studiendesign .....	13
3.2	Fallzahlen .....	14
3.3	Komparative Fallanalysen: qualitative Studien in sechs stationären Pflgeteams .....	14
3.3.1	Sampling und Rekrutierung .....	14
3.3.2	Datenerhebung .....	15
3.3.3	Partizipative Workshops .....	16
3.3.4	Datenanalyse .....	17
3.4	Online-Befragung mit faktoriellem Survey .....	18
3.4.1	Sampling .....	19
3.4.2	Rekrutierung .....	19
3.4.3	Methoden .....	20
3.4.4	Datenanalyse .....	22
3.5	Ethik und Datenschutz .....	23
4	Projektergebnisse .....	24
4.1	Die Teilnehmer*innen der Studie .....	24
4.1.1	Qualitative Fallstudien: Das Sample .....	24
4.1.2	Online-Umfrage: Deskription der Stichprobe .....	24
4.2	Theoretische Vorüberlegungen .....	25
4.3	Projektziel 1: Kommunikations- und Kooperationsstrukturen (Mikroebene) .....	28

4.3.1	Veränderungen des pflegerischen Arbeitsalltags durch Migration, Akademisierung und generationellen Wandel.....	29
4.3.2	Herausforderungen, Chancen und Konflikte durch Aushandlungsprozesse....	42
4.3.3	Versorgung von Pflegebedürftigen und interprofessionelle Zusammenarbeit mit Ärzt*innen .....	58
4.4	Projektziel 2: Organisationale Bedingungen unter Aushandlungsdruck (Mesoebene).....	64
4.5	Projektziel 3: Instrumentarium zur Organisations- und Personalentwicklung.....	71
4.5.1	Verhältnis von Prozessen und Instrumenten .....	71
4.5.2	Organisationsstrukturen als Ansatzpunkt .....	72
4.5.3	Konkrete Vorschläge für diversitätssensible Organisationsentwicklungsprozesse .....	72
5	Diskussion der Projektergebnisse .....	77
5.1	Prozesscharakter der Organisations- und Personalentwicklung.....	81
5.1.1	Diskussionsimpuls für gemeinsamen Austausch der Pflegeteams .....	81
5.1.2	Poster mit Einflussfaktoren auf den Umgang mit Diversität auf Teamebene .	81
5.2	Trägerschaft .....	82
5.3	Personalstruktur .....	84
5.4	Ressourcenverfügbarkeit.....	84
5.5	Diskussion der Ergebnisse der Online-Befragung.....	86
5.6	Limitationen.....	89
6	Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung.....	90
7	Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen .....	91
7.1	Erfolgte Veröffentlichungen .....	91
7.2	Geplante Veröffentlichungen .....	92
IV	Literaturverzeichnis.....	92
V	Anlagen.....	95

## I Abkürzungsverzeichnis

Aw-Ew	Pseudonymisierte Bezeichnung für weibliche Gruppendiskussionsteilnehmerinnen
COPSOQ	Copenhagen Psychosocial Questionnaire
FS	Faktorieller Survey
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GD	Gruppendiskussion(en)
GEDA	Gesundheit in Deutschland aktuell
IA	Innovationsausschuss
IPFP	Internationale Pflegefachperson(en)
IPK	Internationale Pflegefachkräfte
KH-(1/2)	Krankenhaus/ Krankenhäuser (1/2, anonymisierte Spezifikation)
NaDiRa	Nationaler Diskriminierungs- und Rassismusmonitor
PDL	Pflegedienstleitung
PES-NWI-R	Practice Environment Scale of the Nurse Work Environment Index revised
PFP	Pflegefachperson(en)PH-(1/2) Pflegeheim(e) (1/2, anonymisierte Spezifikation)
PHP	Pflegehilfsperson(en)
PS-C	PsySafety-Check
PT-(A-F)	Pflegeteam (A-F, anonymisierte Spezifikation)
TB	Teilnehmende Beobachtung
TL	Themenzentrierte(s) Leitfadeninterview(s)
TN	Teilnehmer(in)
WS	Partizipative(r) Workshop(s)

## II Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Diversität in der Pflege – Statistische Darstellung .....	8
Abbildung 2: Studiendesign CareTrans .....	13
Abbildung 3: Partizipative Workshops.....	17
Abbildung 4: Qualitative Methoden- und Datentriangulation .....	18
Abbildung 5: Dimensionen von Diversität in Pflegeteams.....	25
Abbildung 6: Dominante Dimension(en) von Diversität in den Fallbeispielen.....	28
Abbildung 7: Problemebenen (eigene Darstellung).....	65
Abbildung 8: Einflussfaktoren auf den Umgang mit Diversität auf Teamebene .....	66
Abbildung 9: Rollengefüge im Vergleich (stark vereinfacht, eigene Darstellung) .....	69
Abbildung 10: Beispielprozess .....	76

## III Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Konsortial- und Kooperationspartner im Projekt CareTrans .....	10
Tabelle 2: Fallzahlen CareTrans .....	14
Tabelle 3: Qualitative Fallstudien: Samplecharakteristika .....	24

## 1 Projektziele

Die professionelle Pflege in Deutschland befindet sich derzeit in einem rasanten Veränderungsprozess: Die Zuwanderung internationaler Pflegefachpersonen, neue Ausbildungsstrukturen und die Altersstruktur der Pflegenden sind zentrale Aspekte der rapiden Veränderungen (Abb. 1). Der Fachkräftemangel wirkt dabei wie eine Art Katalysator, der einen hohen Anpassungsdruck bei allen Beteiligten erzeugt. Es sind insbesondere die Pflegeteams in der stationären Akut- und Langzeitpflege, die diese Umwälzungen in ihrem Arbeitsalltag bewältigen müssen, um eine adäquate Versorgung gewährleisten zu können.

### Pflegerische Qualifikationen (in Deutschland)

Fachkräfte: 74,0 % (Krankenpflege) | 48,7 % (Altenpflege) (Stand 2023)

Hilfskräfte: 18,9 % (Krankenpflege) | 50,6 % (Altenpflege) (Stand 2023)

Akademisierungsquote: 0,97 % (primärqualifizierende Studiengänge) (Stand 2022)

### Anteil Internationaler Pflegefachkräfte (IPK) in der deutschen Pflege (Stand 2023)

Anteil IPK: 14,5 % (Krankenpflege) | 18,9 % (Altenpflege)

Zunahme seit 2013: 256 % (Krankenpflege) | 273 % (Altenpflege)

### Entwicklung der Altersstruktur von Pflegefachkräften (PFK) zwischen 2013 und 2023

Deutsche Staatsangehörige (20-34 Jahre): 35,9 % (2013) → 33,9 % (2023)

Ausländische Staatsangehörige (20-34 Jahre): 13,2 % (2013) → 21,5 % (2023)

Deutsche Staatsangehörige (55-64 Jahre): 13,2 % (2013) → 21,5 % (2023)

Ausländische Staatsangehörige (55-64 Jahre): 9,8 % (2013) → 6,8 % (2023)

Quellen: Carstensen et al. 2024, [Hofrath et al. 2024](#)

Abbildung 1: Diversität in der Pflege – Statistische Darstellung

Welche Dynamiken forciert die Zuwanderung ausländischer Pflegefachkräfte und die damit verknüpfte (Teil-) Akademisierung auf organisationaler und individueller Akteurs-Ebene in der stationären Versorgung? Und wie lassen sich die daraus erwachsenden Chancen in der Versorgung bestmöglich nutzen? Diesen Fragen geht CareTrans nach und untersucht sich im Zuge zunehmender Diversität wandelnde Prozesse, Strukturen und Organisationskulturen. Übergreifendes Ziel ist es, (Selbst-) Lernprozesse von versorgenden Organisationen im Umgang mit Diversität zu optimieren und zu steuern.

- Projektziel 1 befasst sich mit Strukturen und Prozessen auf der Mikroebene und nimmt Kommunikations- und Kooperationsmuster von in stationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern tätigen Pflegeteams in den Blick, die in Zusammenhang mit den

lebensweltlichen Kontexten der einzelnen Pflegekräfte – ihren beruflichen und organisationalen Erfahrungen sowie ihrer kulturellen Herkunft – gesetzt werden.

- Projektziel 2 untersucht organisationale Bedingungen in den stationären Versorgungseinrichtungen auf der Mesoebene, die durch veränderte Praktiken zugewanderter (akademisierter) Pflegefachkräfte einem neuen Aushandlungsdruck unterliegen können. Dieser kann Entscheidungsprozesse, Hierarchieverständnis, Kommunikationsstile, Regelungen von Kompetenzzuständigkeiten sowie die Organisationskultur betreffen.
- Projektziel 3 ist es schließlich, unter Zusammenführung der empirischen Ergebnisse beider vorangehenden Projektziele, in einem partizipativen Prozess ein Instrumentarium zur Organisations- und Personalentwicklung zu erarbeiten.

Die Projektziele wurden anhand folgender forschungsleitender Fragestellungen operationalisiert:

- Inwiefern verändert sich der pflegerische Arbeitsalltag durch Migration und Akademisierung sowie die daraus resultierende zunehmende Diversität in Pflegeteams?
- Welche Herausforderungen, Chancen und Konflikte ergeben sich aus Aushandlungsprozessen zwischen den Teammitgliedern, die sich hinsichtlich Qualifikationsprofil, Herkunftsland, generationeller Zugehörigkeit und Geschlecht unterscheiden? Welche Rolle spielen mitarbeiterbezogene und organisationale Faktoren bei der Kooperations- und Entscheidungspraxis im Alltag von Pflegeteams?
- Inwiefern wirkt sich diese Diversität bzw. der Umgang damit auf die Patientenversorgung und die intraprofessionelle Zusammenarbeit mit Ärzt\*innen in Krankenhäusern aus?
- Wie lassen sich die (neu) eingebrachten Ressourcen und Kompetenzen bestmöglich nutzen und wie können die Kommunikations- und Kooperationsstrukturen dafür verändert werden?

## 2 Projektdurchführung

### 2.1 Projektbeteiligte

Tabelle 1: Konsortial- und Kooperationspartner im Projekt CareTrans

Institution	Projektleitung	Projektmitarbeiter*innen	Funktion
Charité – Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft	Prof. Dr. Liane Schenk	Dr. Lisa Pepler Dr. Anna Schneider Fadi Houli Anna-Maria Khouri Maren Romstedt	Konsortialführung
Universität Potsdam, Professur für Organisations- und Verwaltungssoziologie	Prof. Dr. Maja Apelt	Dr. Martin Feißt Luisa Schulze Michelle Wagner	Konsortialpartner
Vivantes – Netzwerk für Gesundheit GmbH			Kooperationspartner

### 2.2 Beschreibung/ Darstellung des Projekts

CareTrans ist eine Mixed-Methods-Studie, die qualitative und quantitative Forschungsinstrumente kombiniert. Kernstück der Studie ist der Vergleich von sechs stationären Pflgeteams (komparative Fallanalysen), davon vier in Krankenhäusern und zwei in Pflegeheimen. Die sechs Pflgeteams sind durch einen hohen Grad an Diversität hinsichtlich Herkunftsländer, Qualifikationen, Generationenzugehörigkeit (Altersstruktur) und Gender charakterisiert. Die Teams wurden in ihrem jeweiligen institutionellen Kontext betrachtet: Mit Krankenhaus und Pflegeheim werden zwei Arbeitsbereiche stationärer Pflege einbezogen, die sich hinsichtlich Versorgungsalltag, institutioneller Rahmenbedingungen, Aufgabenprofile und Teamstrukturen, aber auch hinsichtlich ihrer Zusammenarbeit mit Ärzt\*innen und anderen Berufsgruppen sowie in ihrem pflegerischen Selbstverständnis unterscheiden. Zudem variieren die teilnehmenden Einrichtungen in Organisationsgröße und städtischen Strukturmerkmalen. Die sechs Pflgeteams wurden von zwei Forschenden in ihrem Arbeitsalltag begleitet, um mittels Beobachtungen und Befragungen qualitative Primärdaten zu erheben. Diese sog. Fallstudien wurden mit einem quantitativen faktoriellen Survey verzahnt, der im Rahmen einer Online-Befragung in zwei Organisationen des Gesundheitswesens durchgeführt wurde.

### 2.3 Beschreibung Ablauf des Projekts

Die Durchführung des Projekts CareTrans war durch regelmäßigen Austausch und überaus enger Kooperation zwischen allen Beteiligten gekennzeichnet. Bereits während der Vorbereitungsphase konnte dadurch adäquat auf Herausforderungen reagiert werden, die sich aus der angespannten Personalsituation in der stationären Pflege vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie ergaben und eine Anpassung des Vorgehens erforderlich machten.

### **2.3.1 Anpassung des Vorgehens bzgl. der komparativen Fallstudien**

Aufgrund der Überlastung der Langzeitpflegenden und der durch Corona bedingten Gefahrenlage verzögerte sich die Zustimmung des Betriebsrates für die beiden Fallstudien in den Pflegeheimen um ein Jahr, so dass das Forschungsteam sich in Absprache mit allen Beteiligten zu einer Anpassung des Vorgehens für die Durchführung der Fallstudien entschied: Unser Vorgehen hatte ursprünglich vorgesehen, die Pflegeteams parallel über die Projektlaufzeit hinweg zu begleiten und methodenorientiert zu operieren, also zunächst in allen Teams zu beobachten, anschließend in allen Teams die Gruppendiskussionen (GD) und die Themenzentrierten Leitfadenterviews (TL) umzusetzen, etc. Stattdessen realisierten wir ein fallbezogenes Vorgehen, bei dem wir die Pflegeteams nacheinander begleiteten und befragten.

Diese „kompaktere“ Datenerhebung, für die wir etwa drei Monate pro Pflegeteam anvisierten, stellte sich im weiteren Verlauf als überaus gewinnbringend heraus; vor allem, weil Ermüdungserscheinungen in den Pflegeteams ausblieben, die die Teilnahmebereitschaft im Laufe der Zeit erfahrungsgemäß verringern. Dass die Motivation höher war als antizipiert, resultierte schließlich in überschrittenen Fallzahlen (s. Kap. 3.2). Waren wir bei der Antragstellung davon ausgegangen, dass die Bereitschaft angesichts der angespannten Situation in der Pflege eher gering sein würde, so stellte sich im Verlauf heraus, dass die Teilnehmenden aus eben diesem Grund ihre Perspektive einbringen wollten. Durch die höheren Fallzahlen und damit die Erhebung von mehr Daten wird die Breite und Vielfalt des Datenkorpus erweitert und damit die empirische Sättigung – ein Gütekriterium qualitativer Forschung – erhöht.

### **2.3.2 Anpassung des Vorgehens bzgl. der Online-Befragung mit faktoriellem Survey**

Als Studienpopulation für die Online-Befragung wurden im initialen Förderantrag alle Pflegekräfte aus Krankenhäusern und stationären Pflegeeinrichtungen des Kooperationspartners benannt. Die Arbeitsplanänderung betraf die Ausweitung der Studienpopulation für die Online-Befragung auf alle pflegenden Mitarbeiter\*innen eines weiteren Akutkrankenhauses mit verschiedenen Standorten in einer deutschen Großstadt. Für die Pflegekräfte in beiden Gesundheitsorganisationen wurden die gleichen initial erarbeiteten Rekrutierungsunterlagen (E-Mail, Flyer, Intranet-Meldung) verwendet. Die Online-Befragung wurde somit einem erweiterten Kreis an Pflegekräften zugänglich gemacht.

Der Grund für die Ausweitung der Studienpopulation waren antizipierte niedrige Rücklaufquoten bei Online-Befragungen, die vor allem für Online-Befragungen von Gesundheitspersonal berichtet werden (Sammut, Gristi, & Norman, 2021). Die vorgenommene Arbeitsplanänderung hatte keine Auswirkungen auf die Beantwortung der Fragestellungen im Projekt, da die Umfragedaten auf Individualebene, d.h. auf Ebene der teilnehmenden Pflegekräfte, und nicht auf der Ebene des Krankenhausträgers, ausgewertet wurden. Zudem gab es durch die Änderung keine Auswirkungen auf andere Arbeitspakete oder die finanzielle und personelle Projektplanung.

### **2.3.3 Durchführung von sechs Fallstudien in Krankenhäusern und Pflegeheimen**

Der Feldzugang erfolgte "top down" über die obersten (pflegerischen) Leitungsebenen der teilnehmenden Einrichtungen. Das Forschungsteam stellte sich und das Projekt mehrfach auf den verschiedenen Leitungsebenen und schließlich den teilnehmenden Pflorgeteams vor.

Die Datenerhebung begann jeweils mit der Teilnehmenden Beobachtung (TB), an die sich die GD und die TL anschlossen. Auf Basis der daraus gewonnenen Erkenntnisse wurden partizipative Workshops (WS) entwickelt, die mit leitenden und nicht-leitenden Pflegenden der teilnehmenden Einrichtungen durchgeführt wurden. Auf diese Weise wurden die Studienergebnisse aggregiert zurückgespiegelt und mit den Teilnehmenden diskutiert.

### **2.3.4 Online-Befragung mit faktoriellem Survey**

Auf Basis erster Erkenntnisse aus den qualitativen Fallstudien und einer ergänzenden Literaturrecherche wurden vier fiktive Fallbeispiele aus dem pflegerischen Berufsalltag erarbeitet, die nachfolgend als sog. Vignetten in einem faktoriellen Survey (FS) implementiert wurden. Darüber hinaus wurde ein Fragebogen mit verschiedenen validierten Instrumenten zu ausgewählten psychosozialen Arbeitsbedingungen und Fragen zum soziodemografischen und berufsbiografischen Hintergrund der Pflegekräfte erstellt und mit dem FS in einer Online-Befragung umgesetzt. Sowohl die Vignetten als auch der ergänzende Fragebogen wurden qualitativen und quantitativen Pretests unterzogen. Schließlich wurde die Haupterhebung in zwei Gesundheitsorganisationen durchgeführt.

### **2.3.5 Methoden- und Ergebnistriangulation**

In einer Methoden- und Ergebnistriangulation wurden die verschiedenen Perspektiven aus den Fallstudien und der Online-Befragung zusammengeführt. Entscheidend dabei war, sich nicht von Vorstellungen idealer Organisationen leiten zu lassen, sondern ausgehend von den Gründen bestehender Kooperationsbeziehungen, lokaler Interessen und Rationalitäten sowohl die Stärken als auch die Schwächen der bestehenden Kooperationsmuster und Kommunikationsbeziehungen in den untersuchten Organisationseinheiten herauszuarbeiten und die in den Partizipativen Workshops entwickelten Lösungsansätze in ihren Gemeinsamkeiten und Unterschieden vergleichend und kritisch zu bewerten.

### **2.3.6 Erstellung eines Instruments zur Personal- und Organisationsentwicklung**

Als Grundlage der Erstellung eines Instruments zur Personal- und Organisationsentwicklung dienten insbesondere die 11 durchgeführten Partizipativen Workshops (WS) auf unterschiedlichen Hierarchieebenen der beteiligten Krankenhäuser und Pflegeheime. Dabei wurden im ersten Teil der WS inhaltsanalytische Erkenntnisse der qualitativen Erhebungen an die WS-Teilnehmenden zurückgespielt und kritisch diskutiert. Der zweite Teil der WS befasste sich jeweils mit der Frage: Wie kann man Strukturen schaffen, damit Diversität nicht zur Mehrbelastung im Arbeitsalltag führt?

In den einzelnen Einrichtungen wurden die WS jeweils zunächst auf Teamebene durchgeführt. Diese Ergebnisse wurden wiederum zusammengefasst, in den WS auf der nächsthöheren Hierarchieebene präsentiert und zur Diskussion gestellt. Für den Bereich der Krankenhäuser wurde anschließend ein zusätzlicher WS abgehalten, in dem nicht nur die Bereichs- und

Pflegedienstleitungen der beiden teilnehmenden Krankenhäuser vertreten waren, sondern auch die Leiterin und eine weitere Mitarbeiterin des Ressorts Personal- und Organisationsentwicklung des Trägers.

### 3 Methodik

Für die Fallstudien betrachten wir das Team methodologisch zunächst als formal geregelte Handlungseinheit, dann vor allem aber als gruppenbezogenen Erfahrungsraum (Bohnsack 2017). Dieser Erfahrungsraum erwächst aus einer gemeinsamen arbeitsweltlichen Praxis und einer (struktur-) identischen Erlebnisschichtung. Die sich damit verknüpfenden kollektiven Wissensbestände sind nicht immer explizierbar, häufig atheoretisch und implizit, gleichsam intuitiv, aber dennoch handlungsleitend. Aus dieser Perspektive bedarf es einer Methodik, die Zugang zu überindividuellen kollektiven und zugleich impliziten Wissensbeständen und Erfahrungsräumen eröffnet.

Die Auswahl der Erhebungsmethoden für die Fallstudien liegt zum einen in den geschilderten methodologischen Aspekten begründet, zum anderen berücksichtigten wir dabei die Angemessenheit und Machbarkeit in diesem speziellen Setting, welches aufgrund des Personalmangels durch eine zunehmende Arbeitsverdichtung und knappe zeitliche Ressourcen der Beteiligten bestimmt ist. Darüber hinaus beeinflusste die Corona-Pandemie die Datenerhebung insofern, als dass Infektionsfälle, Stationsschließungen und Zugangssperren (s. Kap. 2.3) die Planungen verzögerten.

#### 3.1 Studiendesign

CareTrans ist eine prospektive, nicht-interventionelle, multizentrische Mixed-Methods-Studie zur Erforschung von Kommunikations- und Handlungsstrukturen in diversen Pflegeteams. In einem iterativ-zirkulären Forschungsprozess waren Datenerhebung, Erstellung der Erhebungsinstrumente und Datenanalyse miteinander verschränkt (s. Abb. 2).

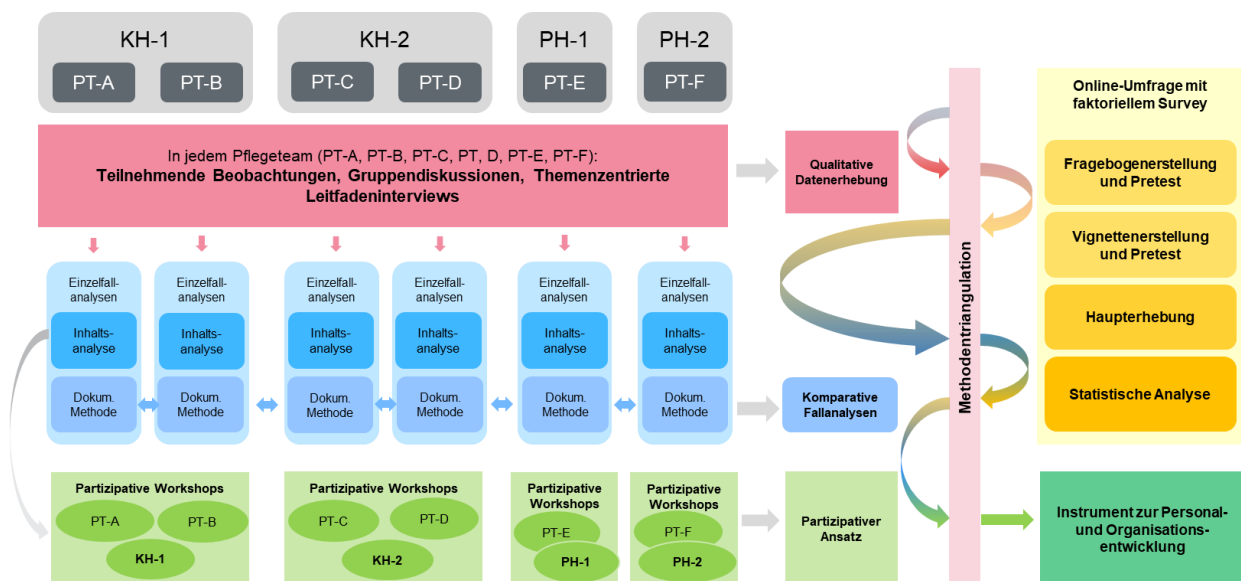


Abbildung 2: Studiendesign CareTrans

### 3.2 Fallzahlen

Die außergewöhnliche Motivation der teilnehmenden Einrichtungen und Pflegeteams führte dazu, dass die Fallzahlen sich in den meisten Fallstudien während des Forschungsprozesses erhöhten (s. Kap. 2.3; s. Tab. 2).

Tabelle 2: Fallzahlen CareTrans

	geplant	angepasst
Teilnehmende Beobachtung (Tage)	40	54
Gruppendiskussionen	6	8
Themenzentrierte Interviews	16	24
Partizipative Workshops	10	11
Online-Befragung	480	684

### 3.3 Komparative Fallanalysen: qualitative Studien in sechs stationären Pflegeteams

Die Fallstudien wurden von Martin Feißt (MF) und Lisa Pepler (LP) durchgeführt. MF ist Organisationssoziologe mit Forschungsschwerpunkt u.a. im Bereich Krankenhaussoziologie. LP ist Kulturwissenschaftlerin mit den Schwerpunkten Migration und Diversität von Gesundheitspersonal. Beide haben fundierte Erfahrungen mit qualitativen Studien in verschiedenen Settings des Gesundheitswesens. Zwei Forscher\*innen in demselben Forschungsfeld bieten einen vertieften Blick auf die Interaktionen der Pflegeteams. Die unterschiedlichen Perspektiven sowie die gemeinsamen methodologischen, methodischen und inhaltlichen Reflexionsprozesse erhöhen die Validität der Ergebnisse. Um die pflegerischen Abläufe jedoch nicht zu gefährden, zumal in Zeiten von Corona, hielten sich MF und LP stets einzeln in den Pflegeteams auf.

#### 3.3.1 Sampling und Rekrutierung

Die Auswahl der Fallstudien erfolgte kriteriengeleitet im Sinne des „selektiven Sampling“ (Kelle & Kluge 2010). Die Pflegeteams sollten eine hohe Diversität hinsichtlich der zu untersuchenden Diversitätsdimensionen Migration, Qualifikation, Generation und Geschlecht aufweisen. Der Zugang erfolgte "top down" über die Pflegedirektionen (Krankenhäuser) bzw. das Qualitätsmanagement (Pflegeheime) und die Leitungen der Pflegeteams.

Nach der Rekrutierung der sechs Pflegeteams durch die pflegerischen Leitungen, wurden die einzelnen Teilnehmenden während der Teilnehmenden Beobachtung (TB) persönlich von MF und LP für die Gruppendiskussionen (GD), die Themenzentrierten Leitfadenterviews (TL) und die Workshops (WS) rekrutiert. Hier waren die Leitungen allerdings in organisatorische Fragen involviert, um die Forschungs- mit der Schichtplanung abzugleichen. Eingeschlossen wurden Mitarbeiter\*innen, deren Aufgabe pflegerische Tätigkeiten umfassen. Ausgeschlossen wurden Mitarbeiter\*innen, die nicht in der Pflege tätig sind sowie Pflegenden unter 18 Jahren.

Die Stichprobe für die Gruppendiskussionen, Einzelinterviews und Workshops basierte auf einem kombinierten Sampling-Verfahren. Um die maximale Partizipation im herausfordernden Setting der pflegerischen Praxis und angesichts der zeitlichen Restriktionen des Pflegepersonals zu gewährleisten, wurde primär ein Gelegenheits-Sampling (Convenience Sampling) in Kombination mit Elementen des Quoten-Samplings angewendet.

Die Rekrutierung erfolgte persönlich durch MF und LP sowie durch die Teamleitungen, wobei alle interessierten Pflegenden die Möglichkeit zur Teilnahme erhielten. Trotz dieser offenen Einladung wurde während des Rekrutierungsprozesses aktiv auf eine maximale Heterogenität der Teilnehmenden geachtet. Dies geschah insbesondere im Hinblick auf forschungsrelevante Merkmale wie Geschlecht, berufliche Qualifikation, Migrationserfahrung sowie Alter bzw. Generationenzugehörigkeit. Ziel dieses Vorgehens war es, eine möglichst breite und realistische Abbildung der vielfältigen Perspektiven innerhalb der Pflgeteams zu erzielen und die kontextuelle Validität der Ergebnisse zu erhöhen.

Das finale Sample der Fallstudien wird zusammen mit dem Sample der Online-Umfrage in Kapitel 4 vorgestellt, Aushänge und Studieninformationen finden sich in den Anlagen 1a-1d.

### **3.3.2 Datenerhebung**

#### **3.3.2.1 Teilnehmende Beobachtung**

Die Teilnehmende Beobachtung (TB) wurde zu Beginn jeder Fallstudie durchgeführt, um einen vertieften Einblick in die alltägliche Handlungspraxis und Kooperations- und Kommunikationspraktiken in den Pflgeteams sowie Interaktionen mit anderen Berufsgruppen zu bekommen. Von Interesse waren scheinbar unspektakuläre verbale und non-verbale Handlungspraktiken, welche in Gruppendiskussionen und Einzelinterviews in der Regel nicht zur Sprache gebracht werden.

Angelehnt an die internationale Hospital Ethnography (Chartrand 2022) führten MF und LP insgesamt 202 Stunden TB an 53 Tagen durch (s. Anlage 2). Beobachtet wurden die alltäglichen Arbeitsabläufe, Interaktionen zwischen Pflegenden untereinander sowie mit Kolleg\*innen anderer Berufsgruppen; dies waren in den Krankenhäusern insbesondere Ärzt\*innen, in Pflegeheimen vor allem hauswirtschaftliche Mitarbeiter\*innen. Die Beobachtungszeiten umfassten die Früh- und Spätschichten sowie Übergaben und Teamsitzungen. Aus datenschutzrechtlichen Gründen schlossen wir Patienten- bzw. Bewohnerzimmer aus den Beobachtungen aus.

Die Beobachtungen, die das gesprochene Wort einschließen, wurden zunächst handschriftlich in einer Kladde festgehalten und direkt im Anschluss in systematische Beobachtungsprotokolle überführt. Sämtliche Aufzeichnungen erfolgten anonymisiert.

#### **3.3.2.2 Gruppendiskussionen**

Ziel der Gruppendiskussionen (GD) war es, handlungsleitende kollektive Orientierungs- und Legitimitätsmuster hinsichtlich des Umgangs mit Diversität im Team zu rekonstruieren. So sollte der gemeinsame Erfahrungshintergrund der Gruppe abgesichert und im Diskussionsverlauf die gemeinsame Kooperations- und Kommunikationsgeschichte der Teams reproduziert werden. Dies bedeutet, einen Diskurs zu initiieren und in Gang zu halten, in dem sich die Gruppe quasi im Selbstlauf auf ihre zentralen Themen einzupendeln vermag.

Als Ausgangspunkt der Diskussion erstellte das Forschungsteam basierend auf Erkenntnissen aus der TB und einem publizierten Fallbeispiel (Kirchner 2000) einen Diskussionsimpuls in Form einer fiktiven Szene aus dem pflegerischen Alltag. Aufgrund der unterschiedlichen Arbeitskontexte in den beiden Settings wurden kleine Details jeweils für die Krankenhäuser

und die Pflegeheime angepasst. Ein exmanenter Fragenteil zielte darauf ab, die Diskussion wieder aufzugreifen, sollte diese ins Stocken kommen (s. Anlage 3).

LP führte acht GD mit insgesamt 36 Pflegenden zwischen Mai 2022 und August 2023 durch (s. Anlage 2). Diese fanden in den Einrichtungen außerhalb der Arbeitszeit statt, zumeist vor oder nach der Übergabe von Früh- zu Spätdienst. Diskussionssprache war Deutsch, da dies die einzige Sprache war, die alle Teilnehmer\*innen sprechen konnten – wenngleich auf verschiedenen Niveaus. Sie wurden mit dem Einverständnis der Teilnehmer\*innen tonbandprotokolliert und anschließend von einem professionellen Dienstleister transkribiert. Die Transkripte wurden von LP korrigiert und pseudonymisiert, im Anschluss daran wurden die Audio-Dateien gelöscht. Zu jeder GD wurde ein Postskriptum angefertigt, in dem soziodemografische Daten, die Sitzanordnung sowie weitere Bemerkungen festgehalten wurden (s. Anlage 4).

### **3.3.2.3 Themenzentrierte Leitfadeninterviews**

Die Themenzentrierten Leitfadeninterviews (TL) mit leitenden und nicht-leitenden Pflegekräften hatten das Ziel, die individuellen Perspektiven der Leitungen und Teammitglieder auf die alltägliche Zusammenarbeit in einem diversen Pflgeteam zu erheben. Damit sollten die konkreten formalen wie informalen Arbeitsabläufe, Kooperationen und Schnittstellen zu den anderen Berufsgruppen, die jeweiligen lokalen Rationalitäten und die daraus entstehenden Konflikte rekonstruiert werden.

Ausgehend von den Erkenntnissen der Teilnehmenden Beobachtung entwickelte das Forschungsteam zunächst einen Leitfaden für nicht-leitende Pflegekräfte, der im Februar 2022 einem Pretest (n=1) unterzogen und daraufhin nur leicht modifiziert wurde. Im Anschluss erstellte das Forschungsteam einen leicht erweiterten Leitfaden für die Interviews mit leitenden Pflegekräften (s. Anlage 5).

MF führte Interviews mit 25 leitenden und nicht-leitenden Pflegenden zwischen Mai 2022 und September 2023 durch (s. Anlage 2). Die TL fanden außerhalb der Arbeitszeit statt, zumeist vor oder nach der Übergabe von Früh- zu Spätdienst in der jeweiligen Einrichtung. Sie wurden – je nach Wunsch – in deutscher oder englischer Sprache durchgeführt. Mit dem Einverständnis der Teilnehmer\*innen wurden sie tonbandprotokolliert und anschließend von einem professionellen Dienstleister transkribiert. Die Transkripte wurden von MF geprüft und pseudonymisiert, im Anschluss daran wurden die Audio-Dateien gelöscht. In einem Fall war die Aufnahme nicht gewünscht, von dem betreffenden Interview liegt eine Mitschrift vor.

### **3.3.3 Partizipative Workshops**

Auf Basis der inhaltsanalytischen Ergebnisse der qualitativen Daten wurden Poster für die Partizipativen Workshops (WS) entwickelt (s. Anlage 6 a, b). Diese Visualisierung sollte auch der kommunikativen Validierung der qualitativen Ergebnisse dienen. Die Ergebnisse wurden – angepasst an die Interessen und Erfahrungshorizonte der Teilnehmenden – mit organisationssoziologischem Basiswissen verknüpft, um so ein tiefergehendes Verständnis für die bestehenden Prozesse, lokalen Rationalitäten und Widersprüche zu erzeugen. Somit sollten Lösungsansätze zum Umgang mit Diversität erarbeitet werden, die die Pflgeteams und die Leitungen in ihren Arbeitsalltag integrieren können. Der gesamte Prozess wurde während der WS moderiert und simultan – wiederum auf den Postern – visualisiert. So

konnten die Teilnehmenden den Entwicklungsprozess genau verfolgen und überprüfen, ob ihre Perspektive korrekt aufgenommen wurde. Die Ergebnisse der Diskussionen lagen somit schriftlich vor, waren bereits vergemeinschaftet und wurden in die Gesamtanalyse einbezogen.

MF und Maja Apelt (MA) führten in jeder Fallstudie einen WS durch. Darüber hinaus wurde ein weiterer WS pro Einrichtung durchgeführt, an dem leitende Pflegefachpersonen teilnahmen. Am Ende wurde noch ein zusätzlicher, krankenhausesübergreifender WS durchgeführt, an dem aus beiden Krankenhäusern die Pflegedienstleitungen, weitere Bereichs- und Stationsleitungen sowie die Leiterin des Ressorts Organisations- und Personalentwicklung des Trägers mit einer Mitarbeiterin teilnahmen (s. Anlage 6 c). Es wurden somit 11 Partizipative Workshops mit insgesamt 69 Teilnehmer\*innen auf Team- und Leitungsebene realisiert (Abb. 3).

Die WS wurden durchgehend als positiv und lehrreich wahrgenommen. Sowohl in der Durchführung als auch in der Analyse der WS zeigte sich, dass die von uns aus dem Datenmaterial erarbeiteten Ergebnisse von Seiten der Teilnehmer\*innen validiert wurden.

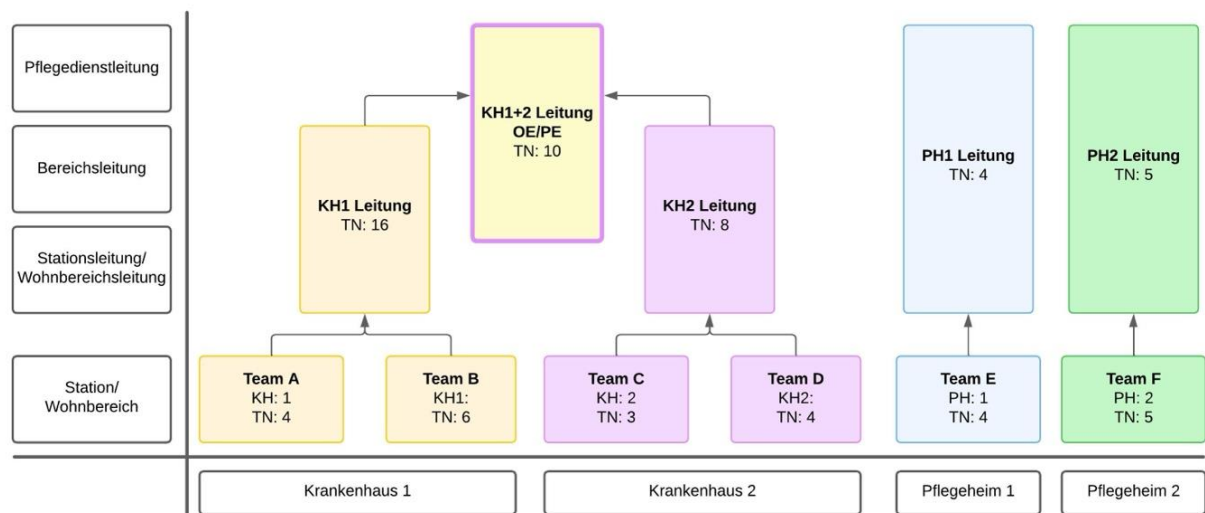


Abbildung 3: Partizipative Workshops

### 3.3.4 Datenanalyse

In einem iterativ-zirkulären Forschungsprozess wurden die qualitativen Daten (TB, GD, TL) parallel zur Erhebung ausgewertet. Die Analysen wurden von MF und LP durchgeführt und fortlaufend im Forschungsteam diskutiert. Darüber hinaus wurden die Ergebnisse in Interpretationszirkeln und Forschungswerkstätten der beteiligten Konsortialpartner intersubjektiv validiert.

Die qualitativen Daten wurden für die komparative Fallanalyse mittels Dokumentarischer Methode (Bohnsack 2014) analysiert, um auch implizite Orientierungsmuster zu rekonstruieren – um also vorbewusste, aber dennoch handlungsleitende Mechanismen des alltäglichen Teamgeschehens herauszuarbeiten. Das Vorgehen war hierbei strikt induktiv: Die relevanten Muster und Typen wurden aus dem Datenmaterial **abgeleitet**. Bei der *formulierenden Interpretation* wurden die Transkripte und Protokolle zunächst

zusammengefasst, um einen ersten Überblick zu gewinnen. Diese Auswertung auf der inhaltsanalytischen Ebene erfolgte, um zentrale Gruppenthemen herauszuarbeiten und typische Konfliktkonstellationen sowie positive Kommunikations- und Kooperationsmuster zu identifizieren und für die Partizipativen Workshops mit den Pflegeteams aufzubereiten.

Daran anschließend wurden relevante Passagen für die weitere Analyse ausgewählt, die der *reflektierenden Interpretation* unterzogen wurden, um handlungsleitende Orientierungen zu rekonstruieren. Dabei wurden die Daten der einzelnen Erhebungsmethoden als unterschiedliche Ebenen, auf denen sich homologe Orientierungsmuster wiederfinden, systematisch aufeinander bezogen (Methodentriangulation, s. Abb. 4). Durch den permanenten Vergleich zwischen den einzelnen Transkripten und Protokollen innerhalb der Fallstudien sowie zwischen den Fallstudien lassen sich Zusammenhänge darstellen, die schließlich zu einer kohärenten Beschreibung des untersuchten Phänomens zusammengefügt und in den größeren sozialen Kontext eingeordnet werden (Datentriangulation, s. Abb. 4). Letztlich lassen sich typische Muster und Orientierungen identifizieren, die für die Pflegeteams charakteristisch sind. Diese werden mit bestehenden theoretischen Konzepten in Beziehung gesetzt (s. Kap. 4.2).

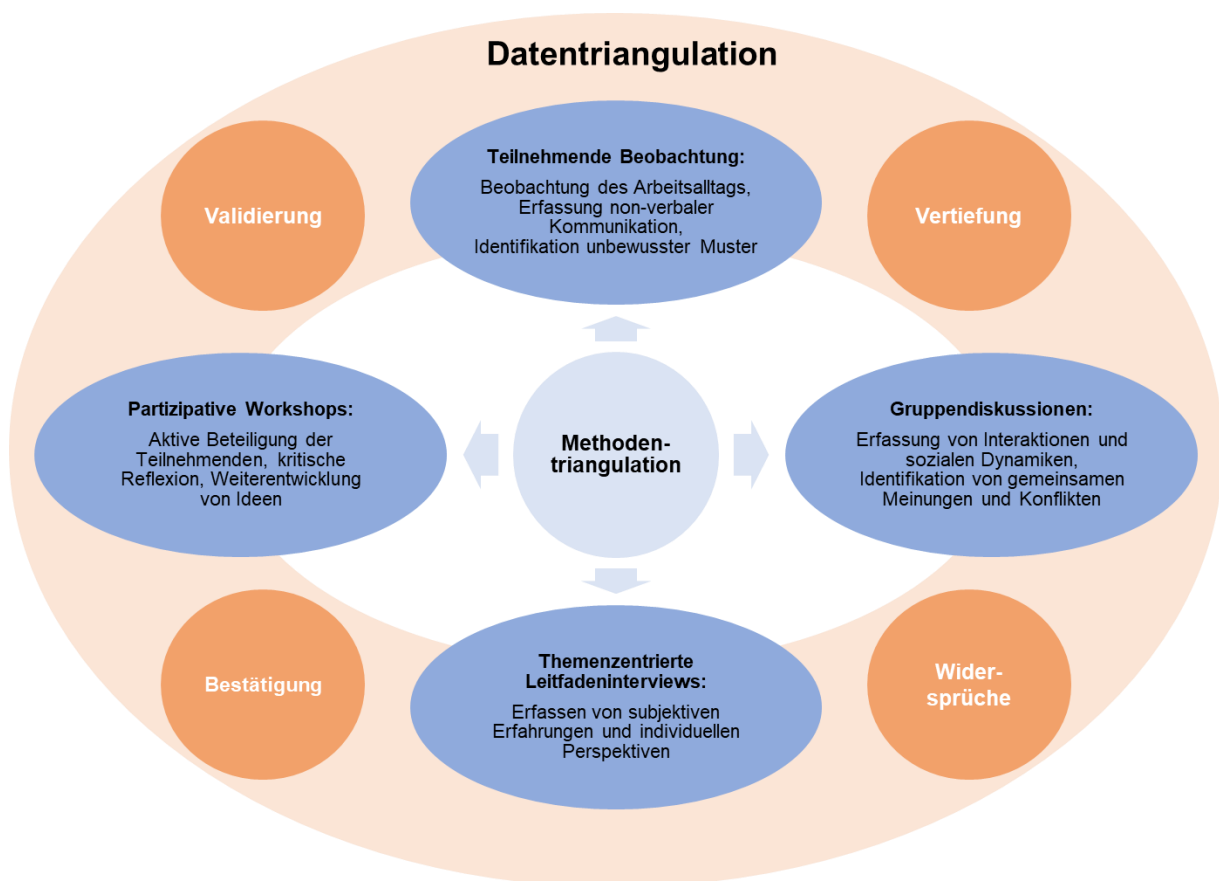


Abbildung 4: Qualitative Methoden- und Datentriangulation

### 3.4 Online-Befragung mit faktoriellem Survey

Die vorangehend beschriebenen qualitativen Methoden wurden mit einer Online-Befragung mit Fokus auf einen faktoriellen Survey kombiniert, um quantitativ messbare Differenzen in der individuellen Wahrnehmung und Bewertung von Teamsituationen sowie den

Handlungspraktiken zugrundeliegende Kooperationsnormen und den Einfluss individueller und organisationaler Merkmale darauf zu analysieren.

### 3.4.1 Sampling

Die Studienpopulation bestand aus allen volljährigen Pflegekräften jeglicher Qualifikation, die an einem Akutkrankenhaus oder einem Pflegeheim beschäftigt waren, welches von einem der zwei kooperierenden Krankenhausträger einer Großstadt betrieben wurde. Die gesamte Studienpopulation umfasste demnach ca. 11.400 Pflegekräfte, die laut öffentlich zugänglicher Statistiken der beteiligten Krankenhausträger zum Zeitpunkt der Datenerhebung in insgesamt 12 Akutkrankenhäusern und 18 Pflegeheimen beschäftigt waren. Die Teilnahme an der Befragung war freiwillig. Die mit der Online-Befragung und dem faktoriellen Survey erhobenen Daten beantworteten explorative Fragestellungen. Für die Fallzahlplanung und Poweranalyse in faktoriellen Surveys sind bislang keine etablierten standardisierten Verfahren beschrieben worden (Auspurg & Hinz 2015; Frings 2010). Aufgrund der hierarchischen Datenstruktur des Vignettendesigns ist jedoch bei entsprechender Gestaltung der Vignettensets mit einer Fallzahl auf Vignettenebene zu rechnen, die bei Anwendung von Mehrebenenanalysen robuste Aussagen bezüglich der zu schätzenden Parameter erlaubt (Frings 2010; Pötschke 2019). Da demzufolge keine zuverlässige Methode zur Vorabschätzung einer Fallzahl aufgrund des experimentellen Charakters des faktoriellen Surveys verfügbar war, wurde stattdessen eine ungefähre Schätzung der Rücklaufquote anhand der Erfahrungen aus einer vorangegangenen Studie mit einer Online-Befragung von Gesundheitspersonal vorgenommen ( $\approx$  480 Personen).

### 3.4.2 Rekrutierung

In Rücksprache mit den verantwortlichen Leitungspersonen der einzelnen Häuser wurde ein Vorgehen für die Gewinnung von Pflegekräften entwickelt. Insgesamt wurden drei Wege genutzt, um Pflegekräfte über die Online-Befragung zu informieren und den Link bzw. QR-Code (zur mobilen Teilnahme) zur Online-Befragung zu teilen:

- E-Mail: Eine E-Mail mit einer kurzen Beschreibung der Studie sowie Datenschutzhinweisen (in deutscher und englischer Sprache) und dem Link sowie QR-Code für die Teilnahme wurde nach Rücksprache mit den Pflegedirektionen der beteiligten Institutionen über bereits bestehende hausinterne Verteiler an alle Pflegekräfte versandt (Anlage 7a).
- Intranetmeldung: In den Intranet-Auftritten beider Institutionen wurden Meldungen (in deutscher und englischer Sprache) mit einer kurzen Studienbeschreibung sowie Link und QR-Code für die Teilnahme veröffentlicht (Anlage 7b, 7c).
- Flyer: Es wurden beidseitig bedruckte DIN A5-Flyer mit einer kurzen Studieninformation sowie QR-Code für die Teilnahme gedruckt. Die Verteilung fand in Rücksprache mit den Pflegedirektionen der einzelnen Häuser meist über die Stationsleitungen statt. Zudem wurde eine digitale Version des Flyers bei den o.g. Verbreitungswegen über E-Mail bzw. an die Intranetmeldung angefügt (Anlage 7d).

Vor dem Start der Online-Befragung wurde den Pflegedirektionen der beteiligten Häuser angeboten, (leitende) Mitarbeitende in kurzen Informationsveranstaltungen vor Ort bzw. digital in Online-Meetings über die Befragung und die Studie allgemein zu informieren und damit den Raum für Rückfragen und den persönlichen Austausch zu eröffnen. Insgesamt

wurden 11 solcher Informationsveranstaltungen (meist im Rahmen bestehender Termine der Pflegeleitungen in den jeweiligen Häusern) durchgeführt. Nach Abschluss dieser Informationsveranstaltungen wurde die Online-Befragung geöffnet. Die Teilnahme an der Befragung war Pflegekräften zwischen März und Anfang August 2023 möglich. Um den Rücklauf zu erhöhen, wurde die o.g. Einladungs-E-Mail insgesamt drei Mal über die hausinternen Verteiler für Pflegekräfte versendet sowie die Intranetmeldung drei Mal im Abstand von ca. zwei Wochen bzw. einem Monat veröffentlicht (Anlage 7e).

### **3.4.3 Methoden**

Die Administration der Befragung erfolgte mittels der webbasierten EFS-Software Unipark. Die erhobenen Daten werden dabei in einem in Deutschland befindlichen Rechenzentrum hinterlegt, deren Schutz durch den Unipark-Anbieter Tivian XI GmbH gewährleistet wird. Alle Bestandteile der Online-Befragung (Studieninformation, Datenschutzhinweis, einzelne Fragebogenitems, Vignetten) wurden von einer beauftragten professionellen Dolmetscherin in die englische Sprache übersetzt, sodass die Online-Befragung in deutscher und englischer Sprache implementiert werden konnte. Wenn für standardisierte Fragebogeninstrumente bereits englischsprachige Versionen verfügbar waren, wurden diese genutzt.

#### **3.4.3.1 Faktorieller Survey**

Faktorielle Surveys sind eine quasi-experimentelle Datenerhebungsmethode, die sich zur Erforschung komplexer sozialer Situationen eignet (Auspurg & Hinz 2015). Die Studienteilnehmenden werden in der Befragung mit hypothetischen Fallbeispielen, den so genannten Vignetten, konfrontiert. Jede Vignette variiert experimentell verschiedene vorab festgelegte Faktoren. Der\*die Befragte wird aufgefordert, sich in die entsprechende Situation hineinzusetzen und bewertet mithilfe einer Skala den interessierenden Endpunkt (Frings 2010). Ziel war es, die Kooperations- und Entscheidungspraxis der Studienteilnehmer\*innen in den Fallbeispielen auf einer numerischen Skala abzubilden. Durch ein solches Design ist es möglich, den simultanen Einfluss variierender Faktoren, d.h. unabhängiger Variablen, auf einen Endpunkt zu ermitteln (Wallander 2009).

Im vorliegenden Projekt basierte die Operationalisierung der Fallbeispiele, d.h. die Beschreibung von Situationen des Pflegealltags und der untersuchten Endpunkte, auf den ersten Ergebnissen der qualitativen Datenerhebung, insbesondere den zu diesem Zeitpunkt bereits durchgeführten teilnehmenden Beobachtungen, Interviews und GD, sowie auf den Ergebnissen einer Literaturrecherche zu Konfliktsituationen in Pflegeteams. Insgesamt wurden vier verschiedene, d.h. eigenständige, fiktive Szenarien als Basis für die Vignetten erstellt sowie die zu variierenden Dimensionen in den einzelnen Szenarien und ihre Ausprägungen festgelegt (s. Anlage 8). Zur Überprüfung und Optimierung hinsichtlich der Kohärenz und Plausibilität der in den Vignetten verwendeten Fallbeispiele wurde ein qualitativer kognitiver Pretest, angelehnt an die Think Aloud-Methode, durchgeführt. Die aus dem qualitativen empirischen Material erstellten vier Szenarien wurden dabei in strukturierten Interviews mit neun Teilnehmenden mit professionellem Hintergrund in der Pflege, Soziologie und den Gesundheitswissenschaften diskutiert und entsprechend der Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge der Teilnehmenden überarbeitet. Vorläufige Versionen der Vignetten wurden mithilfe eines iterativen Verfahrens in verschiedenen Konstellationen (Forschungswerkstätten) diskutiert und entsprechend angepasst. Zudem

wurden die Lesbarkeit und Verständlichkeit der Fallbeispiele mithilfe des Lesbarkeitsindex nach Björnsson 1968 (Lenhard & Lenhard 2014-2022) und dem AMSTAD-Test nach Flesch (Amstad 1978) überprüft, um eine größtmögliche Allgemeinverständlichkeit zu erreichen.

Bei faktoriellen Surveys liegen Stichproben hierarchisch strukturiert auf zwei Ebenen vor, d.h. auf der Befragten- und der Vignetten-Ebene. Der Endpunkt wird dabei auf der Vignettenebene gemessen. Die Gesamtzahl der Vignetten entspricht der Anzahl aller möglichen logischen Kombinationen der Ausprägungen der zu variierenden Faktoren. Dadurch steigt die Vignettenanzahl exponentiell an, sodass bereits bei einer geringen Anzahl an Faktoren und Ausprägungen die Gesamtzahl an Vignetten den Befragten nicht mehr zur Bewertung vorgelegt werden kann. Zuerst wurden die zu erwartenden Haupteffekte für die Regressionsgleichungen in den einzelnen Szenarien festgelegt, anschließend erfolgte die Berechnung des gesamten Vignettenuniversums pro eingesetztes Szenario. Der Begriff „Vignettenuniversum“ beschreibt dabei die Gesamtheit aller möglichen Merkmalskombinationen (pro Szenario), die sich aus den einzelnen Dimensionen und ihren Ausprägungen ergeben. Aus dem Vignettenuniversum wird eine Stichprobe von Vignetten gezogen, die dann in sogenannten Sets organisiert wird. Jedes Set enthält also mehrere Vignetten, die eine befragte Person nacheinander beurteilt. Demnach wurden mithilfe eines Makros in der Statistik-Software SAS wurden Sets aus den gesamten Vignettenuniversen (pro Fallbeispiel) gebildet sowie die sog. d efficiency pro Szenario berechnet. Es wurde festgelegt, dass jedem\*r Befragten während der Befragung randomisiert ein Set zugeordnet werden sollte. Die Reihenfolge der Vignetten innerhalb der einzelnen Sets wurde zudem zufällig angeordnet, um potenzielle Reihenfolgeeffekte zu vermeiden. Dieses Vorgehen wurde vor und während der Festlegung des Vignettendesigns mehrfach mit methodischen Expert\*innen diskutiert und bei Bedarf angepasst.

Für die Online-Befragung wurden aus den vier verfügbaren Fallbeispielen final drei Fallbeispiele ausgewählt, um die zeitliche Belastung durch die Teilnahme für die Pflegekräfte zu verringern und vorzeitigen Abbrüchen während der Befragung entgegenzukommen. Die Szenarien waren die folgenden, für den Pflegealltag relevanten Situationen: Körperpflege einer Patientin, Anlegen einer Infusion sowie Dienstaustausch mit einem\*r Kolleg\*in. In allen Fallbeispielen wurden die Befragten aufgefordert, sich in eine Situation zu versetzen, in der es um die Übernahme von grund- (Körperpflege) bzw. behandlungspflegerischen (Infusion) Tätigkeiten in der Zusammenarbeit mit einem Kollegen bzw. einer Kollegin bzw. um einen Dienstaustausch ging. In allen Fallbeispielen wurden neben dem Geschlecht des fiktiven Kollegen bzw. der fiktiven Kollegin auch das Alter (drei Varianten), das Herkunftsland (drei Varianten), die Qualifikation (zwei Varianten) sowie teilweise die Länge der Zusammenarbeit (zwei Varianten) variiert. Für das Fallbeispiel „Körperpflege“ ergaben sich somit insgesamt 36 verschiedene Vignetten mit variierenden Merkmalen und für das Fallbeispiel „Infusion“ sowie das Fallbeispiel „Dienstaustausch“ wurden jeweils 72 verschiedene Vignetten erstellt. Das Fallbeispiel „Körperpflege“ enthielt 12 verschiedene Sets (jeweils bestehend aus drei Vignetten), die Fallbeispiele „Infusion“ und „Dienstaustausch“ jeweils 24 verschiedene Sets. Jede befragte Person erhielt in der Befragung pro Fallbeispiel ein Set, d.h. insgesamt 9 Vignetten aus drei Fallbeispielen. Die Endpunkte wurden als das jeweils in den beschriebenen Situationen empfundene Zutrauen der Teilnehmenden in die Fähigkeiten der fiktiven Kolleg\*innen bei der Körperpflege (Fallbeispiel 1) und der Infusionsanlage (Fallbeispiel 2) sowie ihre Bereitschaft zum Dienstaustausch (Fallbeispiel 3) operationalisiert. Der Endpunkt wurde nach der Beantwortung jeder einzelnen Vignette auf einer sechs-stufigen Likert-Skala

mit einem Item aus der Ich-Perspektive (self-rating) und einem Item aus der Kolleg\*innen-Perspektive (colleague-rating), d.h. den tatsächlichen Kolleg\*innen der Teilnehmenden, gemessen.

### **3.4.3.2 Weitere Fragebogeninstrumente**

Ergänzend zum faktoriellen Survey wurden in der Online-Befragung verschiedene soziodemografische (wie z.B. Alter, Geschlecht, Migrationserfahrung) sowie berufsbiografische Merkmale der Teilnehmenden erfragt (wie z.B. höchste Qualifikation in der Pflege, Ausbildung bzw. Studium, Berufserfahrung, ggf. Anerkennung einer internationalen Ausbildung bzw. eines Studiums). Weiterhin wurden validierte Instrumente zur Messung des psychischen Wohlbefindens, des Arbeitsengagements, der Führungsqualität (alle Copenhagen Psychosocial Questionnaire; COPSOQ; Nübling, Stöbel, Hasselhorn et al. 2005), der Zusammenarbeit und psychologischen Sicherheit im Pflorgeteam (PsySafety-Check; PS-C; Fischer & Hüttermann 2020), der Zusammenarbeit mit Ärzt\*innen sowie ausgewählten Parametern der Arbeitsorganisation (Practice Environment Scale of the Nurse Work Environment Index revised; PES-NWI-R; Zander, Dobler, Bäuml, Busse 2014) eingesetzt. Der gesamte Fragebogen ist in Anlage 9a,b in deutscher und englischer Sprache hinterlegt. Erläuterungen zu den verwendeten Fragebogeninstrumenten mit mehr als einem Item finden sich in Anlage 10. Während des Auswahlprozesses der entsprechenden Items und Skalen wurde geprüft, ob die untersuchten Konstrukte und spezifischen Skalen für die Arbeitssituation von Pflegekräften relevant als auch in empirischen Studien in Stichproben mit Pflegekräften validiert worden waren. Bei der Auswahl von Fragen zur Messung soziodemografischer Variablen wurde auf Formulierungen aus deutschsprachigen bevölkerungsrepräsentativen Umfragen zurückgegriffen, die entsprechende Informationen diversitätssensibel erfassen, wie z.B. der Gesundheit in Deutschland aktuell Studie (GEDA 2019/2020-EHIS) und der Befragung des Nationalen Diskriminierungs- und Rassismussensors (NaDiRa). Alle Frageformulierungen, die nicht aus validierten Instrumenten stammten, wurden im Projektteam geprüft und bei Bedarf angepasst, um ihre Relevanz im Pflegekontext zu stärken. Im Rahmen eines quantitativen Pre-Tests wurden anschließend zwei Pflorgeteams der qualitativen Fallstudien gebeten, den gesamten Fragebogen, d.h. inklusive aller Vignetten und sonstiger Fragebogeninstrumente, in einer ersten Online-Version auszufüllen.

### **3.4.4 Datenanalyse**

Nach Export des finalen Datensatzes aus der Software Unipark in die Statistiksoftware SPSS, wurden die Daten umfangreich bereinigt, d.h. auf Plausibilität und Vollständigkeit überprüft. Alle Datensätze von Teilnehmenden, die die Befragung bereits nach Beantwortung der beiden ersten Filterfragen nach dem Alter und der Pflagetätigkeit abgebrochen haben, wurden entfernt. Von den initial vorhandenen 867 Datensätzen in den Rohdaten, blieben nach Anwendung dieser Bereinigung N=684 Datensätze von Teilnehmenden übrig, die mindestens eine Frage in der nachfolgenden Befragung beantwortet haben. Anschließend wurden alle Variablen gelabelt, einem Messniveau zugeordnet und fehlende Variablen, wo möglich, entsprechend eines vorab festgelegten Systems nachträglich in durch die Filterführung verursachte systembedingte Missings und durch Auslassen der Teilnehmenden bedingte tatsächliche Missings codiert. In weiteren Schritten wurden Skalen aus mehreren Items gemäß den Vorgaben der entsprechenden Fragebogeninstrumente gebildet. Die Datenauswertung

für die Darstellung in diesem Bericht erfolgte auf Basis der Analyse verfügbarer Fälle (Available Case Analysis).

Alle Variablen wurden deskriptiv ausgewertet, d.h. entsprechend des Messniveaus wurden z.B. Häufigkeiten und Mittelwerte als Lagemaße und Standardabweichungen als Streuungsmaße berechnet. In einem zweiten Schritt wurden bivariate Auswertungen entsprechend der Messniveaus der analysierten Variablen berechnet, z.B. mithilfe von t-Tests für unabhängige Stichproben, einfaktorierter Varianzanalyse oder Chi-Quadrat-Tests. Das gewählte Signifikanzniveau für alle Analysen war  $p = 0,05$  und alle statistischen Tests entsprachen zweiseitigen Hypothesentests. Zur Auswertung der Daten des faktoriellen Surveys wurden entsprechend des erforderlichen Datenformats drei separate Datensätze pro Fallbeispiel im Longformat gebildet. Die hierarchische Datenstruktur, d.h. die Beantwortung mehrerer Vignetten durch die Teilnehmenden, wurde unter Verwendung von Fixed- und Random-Effects-Modellen unter Berücksichtigung relevanter Cluster in Mehrebenenmodellen analysiert. Für die finalen Modelle wurden als Makroregressoren die Diversitätsmerkmale der teilnehmenden Pflegekräfte (Alter, Geschlecht, Migrationserfahrung, Qualifikation), und als Mikroregressoren die variierenden Diversitätsmerkmale der fiktiven Kolleg\*innen in den Fallbeispielen, eingesetzt. Ein hierarchisches lineares Modell wurde separat für jedes Fallbeispiel sowie für jedes gemessene Outcome innerhalb des Fallbeispiels, d.h. Bewertung aus der eigenen sowie aus der Perspektive von Kolleg\*innen, durchgeführt. Somit ergaben sich sechs verschiedene hierarchische Regressionsmodelle (drei Fallbeispiele mit je zwei Outcomes) für die Auswertung der Daten aus dem faktoriellen Survey. Als Analysepopulation für die Fallbeispiele "Körperpflege" und "Diensttausch" dienten alle Teilnehmenden, die mindestens eine der respektiven Vignetten beantwortet haben. Das Fallbeispiel "Infusion" wurde lediglich Teilnehmenden mit mindestens dreijähriger Berufsausbildung angezeigt, da geringer qualifizierte Pflegekräfte nicht befugt sind, diese Tätigkeit in der Praxis selbständig durchzuführen.

Als Zusatzanalysen wurden Auswertungen zum querschnittlichen Zusammenhang von Diversitätsfaktoren und psychosozialen Arbeitsbedingungen mit Burnout bzw. Arbeitszufriedenheit der beteiligten Pflegekräfte durchgeführt. Für diese Auswertungen wurden entsprechend der Operationalisierung der Outcomes, nach Prüfung der nötigen Anwendungsvoraussetzungen, blockweise multiple lineare Regressionsanalysen (Burnout) und binäre logistische Regressionsanalysen (Arbeitszufriedenheit) berechnet. Die Ergebnisse der Analysen für das Outcome Arbeitszufriedenheit finden sich in Anlage 11. Die Ergebnisse der Analysen für das Outcome Burnout werden in eine Publikation im Rahmen der Erstellung einer Promotion zur Doktorin der Medizin an der Charité – Universitätsmedizin Berlin einfließen (Khouri, Zöllick, Pepler et al., siehe: Geplante Veröffentlichungen).

### **3.5 Ethik und Datenschutz**

Die Studie CareTrans erhielt ein positives Ethikvotum der Ethikkommission der Charité – Universitätsmedizin Berlin (EA1/260/21) am 22.10.2021. Das Datenschutzkonzept wurde von der Datenschutzbeauftragten der Charité – Universitätsmedizin Berlin positiv geprüft. Die Feldforscher\*innen unterschrieben außerdem vor Beginn der Fallstudien Hospitationsverträge und Schweigepflichtserklärungen der teilnehmenden Einrichtungen.

Die Teilnahme an der Studie war freiwillig und geschah auf der Basis umfangreicher (mündlicher wie schriftlicher) Informationen vorab. Die Daten der TB wurden anonymisiert

erhoben, so dass die Einwilligung der Anwesenden lediglich mündlich eingeholt wurde. Die Teilnehmer\*innen der GD und der TL gaben ihre Einwilligung schriftlich. Nach Löschung der Pseudonymisierungsliste am Ende der Projektlaufzeit liegen auch diese qualitativen Daten anonymisiert vor. Die Online-Befragung mit dem faktoriellen Survey wurde ebenso anonymisiert durchgeführt.

## 4 Projektergebnisse

### 4.1 Die Teilnehmer\*innen der Studie

#### 4.1.1 Qualitative Fallstudien: Das Sample

Nachstehende Übersicht gibt einen Überblick über die in die GD und TL einbezogenen Pflegefachpersonen hinsichtlich relevanter Diversitätsmerkmale.

Tabelle 3: Qualitative Fallstudien: Samplecharakteristika – Teilnehmende nach Pflegeteam (A - F) und Erhebungsform

Diversitätsdimension	Gruppendiskussionen (nach Fallstudien)							Themenzentrierte Leitfadenterviews (nach Fallstudien)						
	A	B	C	D	E	F	gesamt	A	B	C	D	E	F	gesamt
<b>Migration</b>														
eigene Migrations- erfahrung (als IPK)	-	-	1	2	1	5	9	1	1	1	-	1	3	7
keine oder familiäre Migrationserfahrung	8	4	3	5	4	3	27	4	4	3	3	2	2	18
<b>Qualifikation</b>														
Studium im Ausland (anerkannt)	-	-	1	-	1	2	4	-	1	-	-	-	-	1
Studium im Ausland (in Anerkennung)	-	-	-	-	-	3	3	-	-	1	-	-	3	4
Studium im Inland	1	-	-	1	-	-	2	2	1	1	1	-	1	6
Ausbildung zur PFK im Inland	7	4	3	4	2	2	22	3	3	2	-	3	1	12
Ausbildung zur PHK im Inland	-	-	-	2	2	1	5	-	-	-	2	-	-	2
<b>Alter (Generation)</b>														
18-29 Jahre	-	-	2	1	-	2	5	2	2	1	-	1	1	7
30-39 Jahre	3	2	1	2	1	3	12	1	2	-	2	-	2	7
40-49 Jahre	1	1	1	4	1	-	9	1	1	1	-	1	1	5
50-59 Jahre	2	-	-	-	3	3	7	1	-	1	1	1	1	5
Ab 60 Jahre	2	1	-	-	-	-	3	-	-	1	-	-	-	1
<b>Geschlecht</b>														
weiblich	7	4	2	6	5	8	32	2	4	4	3	2	3	18
männlich	1	-	2	1	-	-	4	3	1	-	-	1	2	7
divers	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	0

#### 4.1.2 Online-Umfrage: Deskription der Stichprobe

Insgesamt nahmen 684 Personen an der Onlinebefragung teil. Der Großteil der Teilnehmenden war weiblich (75,6%), im Durchschnitt 44 Jahre alt und berichtete eine durchschnittliche Arbeitserfahrung von 20 Jahren in der Pflege (s. Anlage 12). Die bei der Organisation mit mehreren Gesundheitsinstitutionen (Krankenhäuser, Pflegeheime) beschäftigten Teilnehmenden arbeiteten überwiegend in einem Krankenhaus (82,2%). Die Teilnehmenden verteilten sich gleichmäßig auf Voll- (54,5%) und Teilzeitbeschäftigte. Der überwiegende Anteil der Befragten verfügte über einen unbefristeten Arbeitsvertrag (94,6%). Die meisten Befragten haben eine dreijährige Berufsausbildung absolviert, teilweise mit

Fachweiterbildung (75,2%). Die Art der Pflegeausbildung klassifizierten die Befragten größtenteils als Ausbildung zur bzw. zum (Kinder-)Gesundheits- und Krankenpfleger\*in oder examinierten Altenpfleger\*in (81,2%). Etwas mehr als der Hälfte der Pflegekräfte, die ihre Ausbildung außerhalb Deutschlands absolviert haben, wurde der Berufsabschluss anerkannt (58,3%). In leitender Position, z.B. als Stations- oder Bereichsleitung, befanden sich ein Viertel der Befragungsteilnehmenden (23,2%). Das häufigste Geburtsland war mit 88,2% Deutschland, mit 88,8% Deutsch die häufigste Muttersprache. Mehr als die Hälfte derjenigen mit nichtdeutscher Muttersprache beurteilte ihre Kenntnisse als "sehr gut" (64,2%). Keine:r der Teilnehmenden gab schlechte oder sehr schlechte Deutschkenntnisse an.

## 4.2 Theoretische Vorüberlegungen

Der eklatante Wandel, den die Pflege als Berufsgruppe derzeit durchlebt, macht sich insbesondere im Arbeitsalltag der Pflgeteams bemerkbar. In allen sechs Pflgeteams ist festzustellen, dass bisher gewohnte Strukturen der Zusammenarbeit ihre Selbstverständlichkeit verloren haben. Durch Zuwanderung von internationalen Pflegefachpersonen (IPFP), veränderte Ausbildungsstrukturen und generationelle Verschiebungen innerhalb der Berufsgruppe variieren die pflegerischen Sozialisationen derart (Abb. 5), dass kaum ein geteilter Wissensvorrat vorausgesetzt werden kann und die Erwartungen an Teamkolleg\*innen wiederholt irritiert werden.

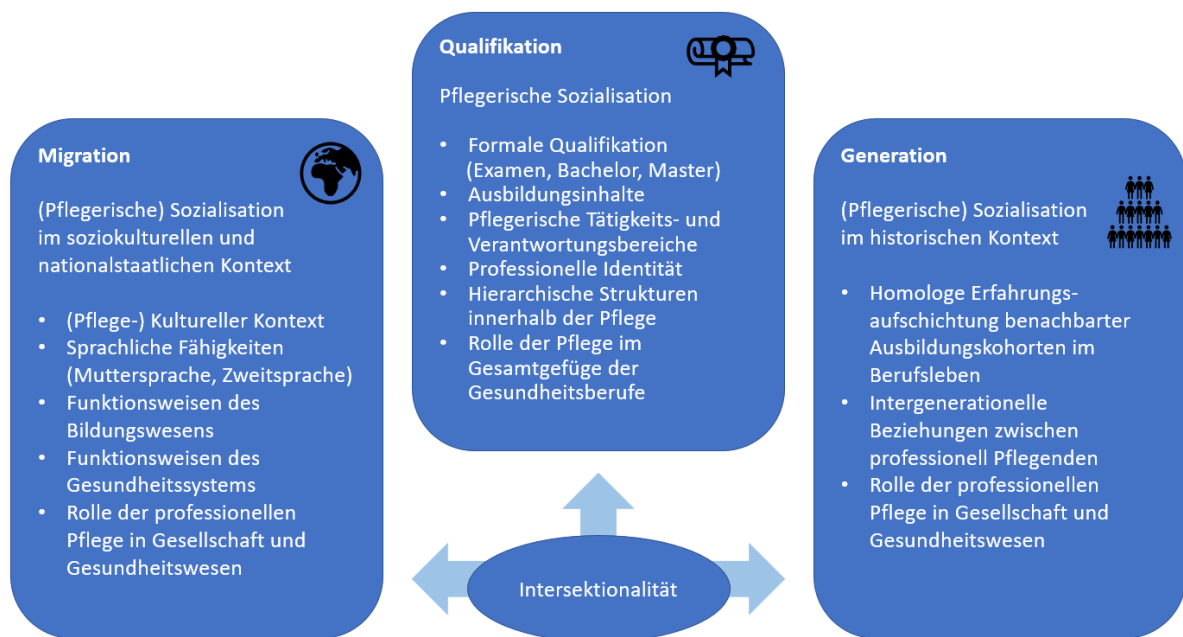


Abbildung 5: Dimensionen von Diversität in Pflgeteams

Denn aus wissenssoziologischer Perspektive (Knoblauch 2014, Bohnsack 2017) ist (pflegerisches) Wissen – und damit Kenntnisse und Fähigkeiten – stets durch den sozialen Kontext bestimmt, in dem es erworben, weitergegeben oder angewendet wird. Diese Art von Wissen wird *konjunktives Wissen* genannt. Es handelt sich um ein implizites, nicht explizit formulierbares Wissen, das in geteilten Erfahrungen gründet. Es ist das selbstverständliche "Wissen, das man hat, ohne es zu wissen" und zeigt sich in Routinen, Handlungsweisen und Einstellungen. Dieses Erfahrungswissen ist stark an den konkreten Kontext gebunden und wird oft durch Beobachtung und Imitation in Sozialisationsprozessen erworben. Menschen, die im

selben Beruf arbeiten, haben zumeist ähnliche Ausbildungen, Arbeitsbedingungen und Herausforderungen erlebt und teilen somit ein berufsbezogenes implizites Wissen. In Pflgeteams ist konjunktives Wissen von großer Bedeutung, um komplexe Situationen schnell und angemessen zu beurteilen und sicher zu handeln. In einem stark ablauforientierten Arbeitsalltag stellt es den "Modus Operandi der Handlungspraxis" (Bohnsack 2017: 103) dar. Dieser entwickelt sich in der täglichen Arbeit, durch den sich ständig auf eine bestimmte Art und Weise wiederholenden Umgang mit Pflegebedürftigen, Kolleg\*innen und schwierigen Situationen. Er ist oft schwer auf theoretische Weise zu vermitteln und variiert aufgrund von unterschiedlichen pflegerischen Sozialisationen bisweilen erheblich zwischen den Teammitgliedern.

Der generationelle Wandel und die Zuwanderung von IPFP in der Pflege stellen eine Art Katalysator für Veränderungsprozesse dar. Denn jede Generation bringt nach Mannheim (1970) mit neuen "Kulturträgern" neue Werte, Normen und Handlungsmuster in bestehende Systeme ein. Bezogen auf die Pflege lässt sich mit Lüscher (1968) – anknüpfend an Mannheim – sagen, dass neue "Professionsträger" nicht nur neue fachliche Kenntnisse, sondern auch veränderte Erwartungen an die Arbeit und die Zusammenarbeit mitbringen. Selbiges gilt für IPFP, die aufgrund ihrer bisherigen Erfahrungen in ihrem Herkunftsland andere Erwartungen an das Arbeiten in der Pflege mitbringen. Nohl (2001) prägte hierfür den Begriff "Migrationslagerung". Er erweitert den Mannheim'schen Gedanken der "Generationenlagerung", wonach die spezifischen Erfahrungen und Weltanschauungen jeder Generation sie von allen anderen Generationen unterscheidet (Mannheim 1970) um dieses Konzept, indem er die soziale Mobilität in Form der Migration mit einbezieht. Er argumentiert, dass nicht nur das Alter, sondern auch soziale Veränderungen wie Migration oder soziale Aufstiege zu spezifischen Denk- und Verhaltensweisen führen können.

Der Eintritt neuer Teammitglieder führt zu Brüchen im konjunktiven Wissen. Sie bringen andere Erfahrungen und Routinen mit, die nicht immer mit den bestehenden übereinstimmen. Gleichzeitig gibt es aber auch Kontinuitäten, da grundlegende Werte und Ziele des Berufsfeldes erhalten bleiben. In den damit verbundenen Aushandlungsprozessen entfalten im Sinne des intersektionalen Diversitätsansatzes soziale Unterscheidungsmerkmale je nach Kontext spezifische Wirksamkeiten, die aus einer machtsensiblen Perspektive Aufschluss über Definitions- und Legitimationsmacht geben. Besonders IPFP mit (noch) unzureichenden Deutschkenntnissen verfügen hierbei trotz akademischer Primärqualifikation über wenige "Trümpfe" in diesen "mikropolitischen Spielen" (Crozier/Friedberg 1979) – nicht zuletzt, weil sie mit den formalen wie informalen Strukturen der Station oder des Wohnbereichs noch nicht vertraut sind. Solche Figurationen können auch als Konflikt zwischen Etablierten und Außenseitern beschrieben werden (Elias/Scottson 1990), wobei die "Etablierten" (bspw. langjährige Bestandsteams) über mehr Machtressourcen verfügen, da sie schlicht als homogenere Gruppe gegenüber den "Außenseitern" auftreten, deren Position weniger gefestigt ist. Diese müssen sich an die bestehenden Normen und Werte anpassen und können dabei auf Widerstand seitens der Etablierten stoßen.

Der *konjunktive Erfahrungsraum* ist der gemeinsame Bezugsrahmen, in dem das konjunktive Wissen entsteht und geteilt wird. Dieser Raum – etwa ein Krankenhaus oder ein Pflegeheim – ist von großer Bedeutung für die Qualität der Pflege: Hier entwickeln die Pflegekräfte ein gemeinsames Verständnis ihrer Arbeit; hier finden Gespräche statt, werden Erfahrungen von herausfordernden Situationen und Problemen ausgetauscht und Routinen etabliert (Bohnsack

2017). Der konjunktive Erfahrungsraum stellt somit auch einen Ort der Erwartungsbildung dar, denn durch gemeinsame Erfahrungen lernen die Teammitglieder, was sie voneinander erwarten können und wie sie miteinander umgehen sollten. Es ist diese Erwartungssicherheit, die eine möglichst reibungslose Zusammenarbeit ermöglicht, indem die Pflegenden sich auf ihre Aufgaben konzentrieren können, ohne ihre Handlungen permanent absichern zu müssen. Der Erfahrungsraum beeinflusst also den Erwartungshorizont der Pflegeteams (Koselleck 1989), was wiederum ihr pflegerisches Handeln im Jetzt bestimmt: Ein Pflegeteam, welches in der Vergangenheit starke Fluktuation von neuen IPFP erlebt hat, wird beim nächsten Mal eher weniger Zeit und Mühe in deren Einarbeitung investieren.

Allerdings können Veränderungen im Erwartungshorizont – etwa durch vielversprechende Unterstützungsmaßnahmen für die Einarbeitung zur Entlastung des Bestandsteams – zu neuen Handlungsweisen und einer Weiterentwicklung des konjunktiven Wissens führen. Denn in alltäglichen Interaktionen entstehen in den Pflegeteams nolens volens Arten und Weisen des Umgangs mit Herausforderungen und damit auch teamspezifische konjunktive Erfahrungsräume. Diese bilden sich in den sog. Organisationsmilieus ab, also in den spezifischen sozialen und kulturellen Umgebungen innerhalb von Organisationen wie bspw. Krankenhäusern oder Pflegeheimen. Sie prägen das Denken, Fühlen und Handeln der Organisationsmitglieder und beeinflussen so die organisationalen Prozesse und Strukturen. So beeinflussen etwa kulturelle Prägungen das Verhalten und formen somit auch das Organisationsmilieu (Hofstede 2001).

Bezüglich der Erwartungssicherheit, also dem Wissen, was zu tun ist und wie etwas zu tun ist, schaffen Organisationen formale Strukturen zur Kanalisierung von Sozialisationseffekten. Dadurch soll eine bestimmte Zielerreichung – wie die adäquate pflegerische Versorgung – wahrscheinlicher werden (Luhmann 1995, 2000). Neben formalen Organisationszielen fallen hierunter bspw. hierarchische Weisungsbefugnisse und formal geregelte Letztverantwortungen, die bei Verletzungen zu Sanktionen oder sogar zur Beendigung des Arbeitsverhältnisses führen können. Aber auch Stellenbeschreibungen, formale Einstellungskriterien in Form von Sprachkenntnissen und qualifizierenden Abschlüssen sind Beispiele solcher Formalstrukturen, die letztlich grob eingrenzen sollen, was von den Organisationsmitgliedern formal (das heißt auch: prinzipiell sanktionierbar) während der Dienstzeit erwartet und verlangt werden darf.

Wie bereits dargelegt, ist jedoch selbst bei einer formalen pflegerischen Qualifikation nicht so klar, was von der betreffenden Person erwartet werden kann – in Abhängigkeit vom Kontext ihrer Qualifizierung. Solchen Regelungslücken in der Formalstruktur wird in Organisationen mit der Ausbildung informaler Strukturen begegnet (Kühl 2020), also mit bestimmten expliziten wie impliziten Umgangsweisen zur Aufrechterhaltung der Versorgung. Hierunter fällt bspw. die Medikamentengabe durch PFP, die erst im Nachhinein von Ärzt\*innen abgezeichnet wird, oder die umfangreiche informelle Einarbeitung neuer IPFP durch die Bestandsteams, was nur in begrenztem Rahmen deren formale Aufgabe ist. Keine Organisation würde funktionieren, wenn sich alle strikt an die formalen Regeln halten würden (Kühl 2020). Notwendig sind also einerseits möglichst klare, anwendbare und soweit möglich widerspruchsfreie formale Regeln, zugleich aber Handlungsspielräume, die Flexibilität ermöglichen und auf diese Weise Motivation und Engagement der Pflegekräfte erhalten. Die Teams werden zudem auch durch Änderungen in den strukturellen Rahmenbedingungen herausgefordert, die über die Organisationen hinausgehen, weil diese einen immensen

Veränderungsdruck auf etablierte Arbeitsweisen darstellen. Insbesondere die professionelle Pflege ist in hohem Maße an formale Anforderungen geknüpft, die sowohl die Leistungserbringung selbst als auch die Rahmenbedingungen wie Finanzierung und Qualitätssicherung betreffen. Insbesondere Ausbildungen und Qualifikationen sind hochgradig formalisiert. Als nationalstaatlich reglementierter Beruf ist die Zuwanderung von IPFP zudem mit der Migrationsgesetzgebung verbunden, die arbeits- und aufenthaltsrechtliche Bestimmungen einschließt.

Wir gehen also davon aus, dass Pflorgeteams ein Treffraum ganz unterschiedlicher Erfahrungsräume hinsichtlich der Diversitätsdimensionen Migration, Qualifikation, Generation und Geschlecht sind. Gleichzeitig bilden die Teams während ihrer täglichen Zusammenarbeit in Auseinandersetzung mit diesen Erfahrungsräumen auf der einen Seite und den organisationalen Rahmenbedingungen auf der anderen Seite ihr jeweils spezifisches implizites wie explizites Betriebswissen und informale Strukturen aus. Diese Prozesse sind hochfunktional, um im stressgeladenen Alltag eine Erwartungssicherheit im Handeln zu erlangen. Sofern es zu größeren personellen oder strukturellen Veränderungen kommt, wird die Erwartungssicherheit erneut auf die Probe gestellt.

#### 4.3 Projektziel 1: Kommunikations- und Kooperationsstrukturen (Mikroebene)

Alle teilnehmenden Pflorgeteams der Studie befinden sich in einem Prozess, in dem sie neue Routinen entwickeln und etablieren (müssen). Interessant ist, dass sich die Teams zwar vergleichbaren Herausforderungen aufgrund von Diversität gegenübersehen, dass sich jedoch die für sie *relevanten* Dimensionen von Diversität sowie ihr Umgang damit teils deutlich voneinander unterscheiden. Die jeweils dominante(n) Diversitätsdimension(en) der Pflorgeteams (Abb. 4), die die Kommunikations- und Kooperationsmuster prägen, ergeben sich aus der Zusammensetzung ihrer Teammitglieder vor dem Hintergrund des kollektiven Erfahrungsraumes der Teams innerhalb spezifischer organisationaler Rahmenbedingungen.

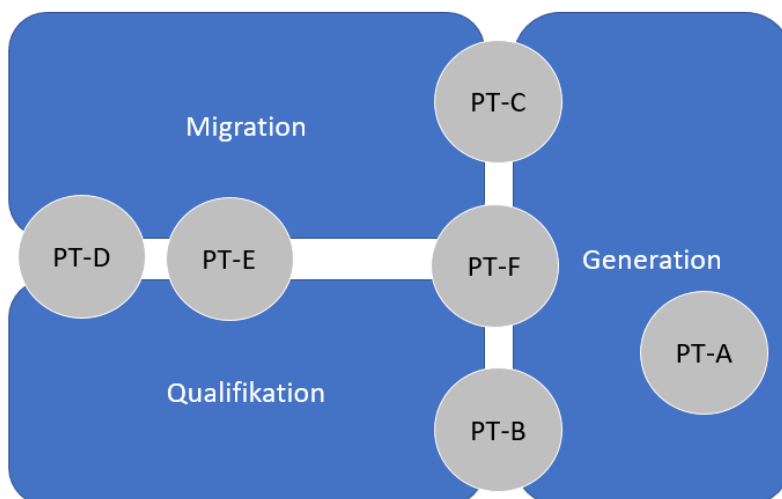


Abbildung 6: Dominante Dimension(en) von Diversität in den Fallbeispielen

### 4.3.1 Veränderungen des pflegerischen Arbeitsalltags durch Migration, Akademisierung und generationellen Wandel

*Fragestellung: Inwiefern verändert sich der pflegerische Arbeitsalltag durch Migration und Akademisierung sowie die daraus resultierende zunehmende Diversität in Pflgeteams?*

Wenngleich sich die ursprüngliche Fragestellung vorrangig auf die Diversitätsdimensionen Migration und Akademisierung bezieht, so ergab die induktive Analyse nach dem Prinzip der Offenheit in qualitativer Forschung, dass die Dimension Generation den pflegerischen Alltag ebenso wesentlich prägt. Hier spielen insbesondere intergenerationelle Beziehungen zwischen den Teammitgliedern eine Rolle – in Form von generationellen Unterschieden, aber auch im Sinne des intergenerationellen Lernens. Der Dimension Gender hingegen kam eine nur untergeordnete Bedeutung zu, so dass sie als Vergleichshorizont in den Analysen vernachlässigt werden konnte.

#### 4.3.1.1 Einarbeitung neuer internationaler Pflegefachpersonen: Grundpflege und Sprache

Der pflegerische Arbeitsalltag verändert sich insbesondere durch im Ausland akademisierte Fachkräfte, (bisher) weniger durch die in Deutschland akademisierten. Wie wir in einer bereits erschienenen Publikation ausführlich darlegen, hängt dies mit den bisherigen Erfahrungen der Pflegenden im Ausland oder im Inland ab, die ihre Erwartungen an pflegerische Verantwortungs- und Aufgabenbereiche prägen. Es ist der Bereich Grundpflege, der hierbei Kristallisationspunkt von Aushandlungsprozessen ist. Dieser ist in den meisten Herkunftsländern der internationalen Pflegefachpersonen (IPFP) nicht Aufgabe der Fachkraft, sondern die von Pflegeassistent\*innen oder Angehörigen. Vor diesem Hintergrund sind akademisierte IPFP trotz Anpassungslehrgängen zumeist wenig mit grundpflegerischen Tätigkeiten vertraut, während in Deutschland akademisierte PFP diese als immanenten Teil ihrer Ausbildung und ihres Pflegeverständnisses begreifen (Schumann et al. 2024). Dementsprechend betrifft eine zentrale Veränderung des pflegerischen Alltags die Einarbeitung neuer IPFP in grundpflegerische Tätigkeiten durch das Bestandsteam.

Die Einarbeitung neuer Kolleg\*innen ist ein wesentlicher Prozess, um diese darin zu unterstützen, ihre Aufgaben sicher und selbstständig zu erledigen – sie dient der Herstellung gegenseitiger Erwartungssicherheit. Hierbei geht es zum einen um Wissensvermittlung, etwa hinsichtlich fachlicher Kenntnisse, Pflegekonzepte oder spezifischer Strukturen, Standards und Abläufe der Einrichtung. Zum anderen geht es um die Aufnahme in ein bestehendes Pflgeteam und die Unternehmenskultur. In der Regel wird von einer Einarbeitungsphase von einigen Wochen bis zu mehreren Monaten ausgegangen. Es gibt jedoch keinerlei formale Vorgaben oder Regeln.

Im Falle von internationalen Pflegefachpersonen ist sowohl die Zeit der Vorbereitung auf die Kenntnisprüfung für die offizielle Anerkennung als auch die Einarbeitung als anerkannte\*r Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann als eine *spezifische* Form der Einarbeitung zu verstehen. Spezifisch deshalb, weil die Herausforderungen aufgrund von variierenden sprachlichen und pflegerischen Kenntnissen für alle Beteiligten besonders groß sind. Sie liegen in den international unterschiedlichen Ausbildungsstandards begründet. Insbesondere die Übernahme grundpflegerischer Tätigkeiten ist aus der Perspektive von in Deutschland sozialisierten Pflegefachpersonen "für die ein recht großer Schock" (TL-PH1-E-3) bzw. "ein Kulturschock in Anführungsstrichen" (GD-KH2-D-5).

Für die Arbeit in den Pflegeheimen (PH) sind die pflegekulturellen Unterschiede besonders relevant, da es diese Form der stationären Langzeitpflege in den meisten anderen Ländern nicht gibt (GD-PH2-F-8; GD-PH1-E-6). Eine etablierte IPFP erklärt, man müsse den neuen IPFP auch erstmal erklären, dass "die Familie nicht die Pflege hier übernimmt" (GD-PH2-F-7). Darüber hinaus ist das Konzept der aktivierenden Grundpflege den IPFP zumeist unbekannt (TL-PH2-F-1). Vor diesem Hintergrund wird das Thema Einarbeitung von den Teams der PH zwar nicht häufiger, aber ausführlicher thematisiert als in den Krankenhäusern.

Insbesondere in PT-F nimmt die Einarbeitung von IPFP überaus viel Raum in den Beobachtungsprotokollen, aber auch in den Erzählungen ein. Das mag daran liegen, dass etwa 20% der pflegenden Mitarbeiter\*innen IPFP in Anerkennung sind (TL-PH2-F-1). Den damit einhergehenden Anpassungsdruck löst dieses Pflegeteam mit – zumeist gemeinsamen – Kraftanstrengungen. Dass das Thema in PT-F besonders virulent ist, verdeutlicht eine vergleichende Beobachtungssequenz:

*[Smalltalk vor der Tür] Pflegerin (A) wechselt jedoch ziemlich schnell das Thema und erklärt, dass die „Zeit für die Einarbeitung der internationalen Kollegen fehlt.“ Bei deutschen Pflegekräften könne man voraussetzen, „dass die prinzipiell wissen, wie es läuft.“ Aber die internationalen Pflegekräfte sollten zu Beginn erst mal mitlaufen und nicht sofort als volle Kraft eingesetzt werden. Sie sagt kopfschüttelnd zu Pflegerin (B): „Die waschen ganz anders! Von unten nach oben!“ (TB-PH2-F-2)*

Im Gegensatz zu den inländisch ausgebildeten PFP, die sich mit den Funktionsweisen des deutschen Gesundheitswesens und den hiesigen Pflegepraktiken bereits auskennen, benötige die Einarbeitung von IPFP mehr Zeit. Der Ausruf über die unterschiedlichen Waschtechniken klingt fast empört, so dass die pflegekulturellen Unterschiede hier überaus stark betont werden – einhergehend mit einer Abwertung der pflegerischen Fähigkeiten der neuen IPFP. Die Abqualifizierung betrifft jedoch nur grundpflegerische Kenntnisse, denn die Anerkennung gegenüber den neuen IPFP ist im PT-F prinzipiell hoch: "[D]ie sind richtig tough, wenn es um Behandlungspflege geht, ja? Aber einfache Tätigkeiten ist problematisch." (GD-PH2-F-7) Eine der neuen IPFP berichtet, dass die Eingewöhnung in diesen für sie neuen Arbeitsbereich nicht ganz leicht ist:

*Cw: In unsere Heimatland, wir machen wie [Aw] hat gesagt, die Behandlungspflege [...] Dann, wenn wir hier in Deutschland @(. )@ arbeiten, wir müssen die Grundpflege machen, aber ja, das ist unsere Verantwortung. [Aw] und [Bw] hat das vor, bei uns schauen und ich denke, wir schaffen das. @(. )@ Ja, wir müssen schaffen. @(. )@ (GD-PH2-F-7)*

Diese Sequenz veranschaulicht, dass die Einarbeitung der neuen IPFP als Teamaufgabe gesehen wird. Cw spricht von "uns", womit sie eine Gruppe von IPFP aus einem südostasiatischen Land meint, und von zwei examinierten Kolleginnen, von denen eine selbst als IPFP in den 1990er Jahren in die deutsche Pflege kam. Durch ihre Wortwahl wirkt dieser kurze Ausschnitt sehr bestimmt und nachdrücklich. In dieser Einrichtung, so eine leitende PFP im Interview, werde immer versucht, die neue IPFP in Anerkennung einer etablierten PFP zwecks Anleitung zuzuordnen (TL-PH2-F-1). Neben pflegekulturellen und fachlichen Herausforderungen müssen die meisten IPFP noch eine Sprachschule besuchen. Sie können sich aufgrund der hohen Arbeitsbelastung weder sprachlich noch inhaltlich adäquat auf ihre Kenntnisprüfung vorbereiten:

*I: Also wie bereitet ihr euch auf die Prüfung vor? [...]*

*B3: Einen Tag pro Woche nur bei [dieser Sprachschule] haben wir Unterricht fünf Stunden. Wir haben fünf Stunden. Ja, wir sprechen dort Deutschlehrer, nicht berufliche Lehrer, nur Deutschlehrer. [...]*

*B: Ja, nicht genug für Kenntnisprüfung.*

*B3: Ja, nicht genug. Hier gibt es eine Praxisleiterin, aber wir haben keine Zeit, damit üben. [...]*

*B: Wir müssen lernen, aber/*

*B2: Keine Zeit. Zum Beispiel vom Bereich hat zum Frühdienst vier Pflegekräfte. Aber zwei oder drei Pflegekraft arbeiten. Deshalb viele Aufgaben und keine Zeit. (TL-PH2-F-3/4/5)*

Wenngleich alle Beteiligten die Kraftanstrengungen betonen, die die Einarbeitung sie selbst und die Kolleg\*innen kostet, so zeigt sich in der Gruppendiskussion doch die Grundhaltung des PT-F, dass die neuen IPFP in die Lage gebracht werden, zukünftig als volle PFP mitzuarbeiten:

*Aw: Wie unser Traumteam aussieht?*

*LP: [bejahend:] Mmh.*

*Aw: Was wir haben. Wir haben unser Traumteam.*

*Bw: Wir haben unser Traumteam. Und wir nehmen jeden Kollegen gerne an und [Cw] morgen kommt früher, machen wir die Visite zusammen und da bist du bei Wunden, machen wir weiter. Anders kann man das nicht, ja?*

*LP: Ja ja, stimmt schon.*

*Aw: Aber man kriegt halt nicht das Geld dafür, man kriegt eben, äh, ...*

*Bw: Ich weiß nur, dass ich Kollegen habe, auf die ich dann zählen kann, das reicht mir schon.*

*Aw: Genau, genau.*

*Bw: Wenn man dann später dann leichtes Arbeit hat, dann, warum sollte man auch nicht dann irgendwo auch da bisschen nicht an Form vom Kollegen dann arbeiten. (GD-PH2-F-7)*

Es ist die positive Zukunftsorientierung der etablierten Teammitglieder, die die Einarbeitung der Neuen prägt. Vermittlung von praktischem und theoretischem Wissen durch die alteingesessenen PFP – darunter auch etablierte IPFP – sind von der Erwartung geprägt, trotz derzeitiger Mehrarbeit in absehbarer Zeit produktiv mit den neuen Kolleg\*innen zusammenzuarbeiten. Moniert wird allerdings, dass dieses Engagement von der Führungsebene nicht ausreichend wertgeschätzt wird (GD-PH2-F-7; GD-PH2-F-8). Die IPFP wissen die Unterstützung im PT-F aber umso mehr zu schätzen – insbesondere im Vergleich zu anderen Einrichtungen:

*@(.)@ ... nein, hier ich habe gemerkt, dass, ähm, weil ich mit meine andere Kollegin das auch kommen aus Mexiko in ihre ... sie arbeiten auch bei [diesem Unternehmen] und in ihre Haus manchmal, mhm, ja, war ein bisschen es schwierig für meine Kollegin, weil, äh, sie hatten nicht viel Unterstützung mit der Mitarbeitern. Und hier, ja, ich habe ... ich finde viel Unterstützung mit der Kollegen, ob etwas ich nicht verstehe oder ich frage immer und ja. Ja, das finde ich hier gut, aber ist nicht so in ... ja, in die andere ... (GD-PH2-F-8)*

Die proaktive Haltung des PT-F resultiert auch daraus, dass die Probleme weniger bei den IPFP als bei den strukturellen Rahmenbedingungen gesehen werden:

*Bw: [D]ie Fachkräfte, die dann aus dem Ausland kommen, die bekommen zu wenig Unterstützung, ja? Viel zu wenig. Und die, ähm, wenn sozusagen von Leitung hier als erste schon bei uns dann verkauft, ihr bekommt Unterstützung, aber dass die Leute in erste Linie*

*auch hier Unterstützung brauchen und die Zeit brauchen, das vergessen die dann. (GD-PH2-F-7)*

Die neuen IPFP werden vor diesem Hintergrund – trotz aller Herausforderungen für das Bestandsteam – als Teil des Pflorgeteams gesehen und als Kolleg\*innen wertgeschätzt:

*Wir arbeiten mit Menschen und es sind Menschen. Wir wollen sie behalten. Und nicht auch noch schubsen, treten, weiß ich nicht. (GD-PH2-F-8)*

Indem die Herausforderungen nicht individualisiert oder kulturalisiert werden, entsteht – trotz kritischer Aspekte – ein Gefühl der gemeinsamen Bewältigung des anstrengenden Arbeitsalltags als Pflorgeteam.

Die Herausforderungen, die PT-F schildert, finden sich in nahezu allen Fallstudien: kaum zu schaffende Mehrarbeit für das Bestandsteam durch die Einarbeitung neuer IPFP ohne Erfahrung in grundpflegerischen Tätigkeiten und ohne ausreichende Deutschkenntnisse. Der Mangel an Ressourcen für die Einarbeitung – darunter insbesondere Zeit und anleitendes Personal – wird von nahezu allen Pflorgeteams beklagt. Dies führt insbesondere dann zu Überlastung, wenn mehrere IPFP zugleich eingearbeitet werden müssen. Die überaus proaktive Haltung in PT-F sticht allerdings heraus; insbesondere gegenüber den drei Fallstudien, in deren Erzählungen aufgrund der Mehrarbeit zumeist Befürchtungen mitschwingen, dass neue IPFP eine erhebliche Belastung für das Bestandsteam bedeuten (z.B. TL-PH1-E-3; GD-KH2-D-5; TL-KH2-C-1). Mit Koselleck (1989) gesprochen, wirkt sich der von Mehrarbeit, Überforderung und Enttäuschung geprägte kollektive Erfahrungsraum auf den Erwartungshorizont der Pflorgeteams aus und bewirkt entsprechend unmotivierte, skeptische oder ablehnende Haltungen bezüglich weiterer IPFP (z.B. TL-KH2-C-1; GD-KH2-D-5; GD-PH1-E-6).

Lediglich in zwei Fallbeispielen wird die Einarbeitung nicht problematisiert: Im PT-B wird das Thema nicht weiter angesprochen. In PT-A wird die Einarbeitung seit der Verbesserung der Personalsituation in Folge von internen Umstrukturierungsmaßnahmen regelhaft durchgeführt (TL-KH1-A-2). In der Gruppendiskussion vermuten die Teilnehmer\*innen, die unkomplizierte Zusammenarbeit „kommt auch durch die Einarbeitung. Jeder läuft ja erst mal mit jemandem, der hier erfahren ist, der hier die Abläufe kennt“ (GD-KH1-A-1). Ausreichende personelle Ressourcen führen offenbar dazu, dass neue IPFP nicht als Stressfaktor oder Belastung für das Bestandsteam wahrgenommen werden. Ähnliches könnte auch für PT-B gelten, denn auch sie sind mit ihrer Personalsituation vergleichsweise zufrieden (TL-KH1-B-2).

Die Relevanz des Onboardings und die pflegerische Einarbeitung wurden auch in den Workshops (WS) überaus deutlich. In allen WS zeigten die Teilnehmer\*innen sehr viel Empathie und äußerten Verständnis für die Belastungen der IPFP während dieser Zeit. Dies war selbst in denjenigen Teams der Fall, für die aus den qualitativen Daten eine eher kritische Haltung gegenüber neuen IPFP rekonstruiert wurde. Andererseits wurde in einem WS mit Leitungskräften auch darauf verwiesen, dass man niemanden "mit Samthandschuhen" anfasse (WS-PH1-PL-E).

#### **4.3.1.2 Generationelle Differenzen und intergenerationelles Lernen**

Die generationellen Aspekte beziehen sich einerseits auf intergenerationelle Konflikte bzw. gegenseitiges Unverständnis hinsichtlich pflegerischer Praktiken zwischen Jüngeren und

Älteren, andererseits kommen aber auch gegenseitige Anerkennung von Fähigkeiten und Fachwissen sowie intergenerationelles Lernen zur Sprache. Die Befragten sehen wesentliche Unterschiede zwischen den Generationen zum einen hinsichtlich Risikobewertungen: Ältere Kolleg\*innen neigten dazu, Veränderungen oder Risiken eher zu scheuen, während jüngere Kolleg\*innen oft bereit seien, neue Herausforderungen anzunehmen (TL-KH1-A-2; TL-KH2-C-1; TL-KH2-C-4; TL-KH1-A-1; TL-PH1-E-3; TL-PH1-E-2; GD-KH2-C-4). Zum anderen werden Prioritäten thematisiert: Ältere Kolleg\*innen konzentrierten sich oft auf grundlegende Pflegemaßnahmen, während jüngere Kolleg\*innen auch komplexe medizinische Aufgaben übernehmen möchten (TL-KH1-A-2; TL-KH2-C-1; GD-KH1-B-3).

In einem Workshop wurde deutlich, inwiefern strukturelle Rahmenbedingungen „generationalisiert“ werden und dadurch entsprechende Stereotype befeuern:

*Hier kommt es erneut zu regen Auseinandersetzungen, insbesondere zwischen dem anwesenden Schüler (TN6) und den TN 1-4. TN6 scheint die Schülerschaft gegen den Vorwurf verteidigen zu müssen, sie wären unmotiviert und dass sie nicht waschen wollen, sondern nur Blutdruckmessen wollen würden. Zum einen wäre das der Reihenfolge der Praxisphasen geschuldet. Wenn die Schüler\*innen die Einsatzzeit im Altenheim hinter sich haben, dann wären sie oftmals froh auch wieder im Krankenhaus zu sein und nach einer Zeit der ständigen Grundpflege auch mal wieder andere Sachen machen zu dürfen. Zudem wären Blutdruckmessen usw. eine der ersten Aufgaben, die ihnen dann von den Examinierten gezeigt würden, da sie hierdurch eine Tätigkeit abnehmen können, die examinierte PFPs viel Zeit kostet und leicht an Schüler\*innen ausgelagert werden kann. (Gedankenprotokoll WS-KH1-PT-B)*

Das Blutdruckmessen werde somit von den examinierten PFP gerne ausgelagert und von den Schüler\*innen nach ihrer Zeit im Pflegeheim dankend angenommen. Gleichzeitig entsteht und verstärkt sich dadurch der Eindruck, dass die Schüler\*innen mehr am Blutdruckmessen interessiert sind als am Waschen. Hieran wird ebenfalls deutlich, inwiefern ein gemeinsamer Austausch in den Teams wichtig und notwendig ist, damit solche Perspektiven nicht Teil der gängigen Interpretationsmuster eines Teams werden.

In den Fallstudien PT-B und PT-D kamen generationenbezogene Themen kaum zur Sprache, in einzelnen Fällen wurde sich positiv hinsichtlich der kontinuierlichen Weiterentwicklung durch "dieses Generationenübergreifende" (TL-KH1-B-1) geäußert. In PT-E ist die Altersstruktur zwar recht heterogen, die dortige Wahrnehmung ist aber weniger durch das Alter der Mitarbeiter\*innen geprägt, als vielmehr durch den Wechsel der Trägerschaft vor einigen Jahren. Vor diesem Hintergrund teilt sich PT-E in diejenigen, die diesen Wechsel miterlebt haben, und diejenigen, die erst danach kamen. Generationelle Aspekte spielen aufgrund der historisch gewachsenen Altersstruktur der Teams vornehmlich in PT-A (viele junge Teammitglieder) und PT-C (viele ältere Teammitglieder) sowie – auf spezifische Weise, wie zu zeigen sein wird – in PT-F eine Rolle.

PT-C ist ein etabliertes Bestandsteam mit vielen langjährigen Pflegekräften, die eine eingespielte Arbeitsroutine und enge soziale Bindungen untereinander aufgebaut haben. Dementsprechend berichtet die Leitung von einer gewissen Veränderungsresistenz hinsichtlich der Reorganisation von Arbeitsabläufen von Bereichs- zu Funktionspflege:

*Das war schwierig, weil das Team ja doch ein bisschen älter ist, mit einzuführen, weil die lieben eben dieses Zusammenarbeiten, dieses, ja, nicht Gluckenhafte, ja, doch, kann man*

*schon sagen: Gluckenhafte. Und die hatten eben Angst, dass es gespalten wird. Und da habe ich gesagt: „Ist doch völliger Blödsinn. Ihr seht euch ja trotzdem den ganzen Tag. Helfen muss man sich trotzdem untereinander. Geht ja gar nicht ohne. Und ihr seht euch in den Pausen, was möglich ist“, habe ich gesagt, „und so auch.“ Ja, und das hat eben wirklich lange gebraucht. (TL-KH2-C-1)*

Die generationenbezogene Zusammensetzung während eines Dienstes beeinflusst zudem die Aufgabenverteilung, wie eine PFP erzählt. Wenn mehr Ältere da seien, dann würden die „alles zusammen machen“ (TB-KH2-C-6). Die älteren Teammitglieder arbeiten weiterhin angelehnt an die ihnen vertraute Bereichspflege, wie sie es bisher gewohnt waren.

In der Gruppendiskussion zeigt sich ein negativer Blick auf den pflegerischen Nachwuchs, sowohl auf Auszubildende als auch auf Studierende. Hinsichtlich junger Pflegeschüler\*innen erklärt eine PFP:

*Man merkt ganz oft, dass auch dieser Rundumblick total fehlt. [...] die gehen in das Zimmer, messen den Blutzucker, der Rest ist egal, da liegt der quer im Bett, dann liegt da alles noch voll, ähm, ich weiß nicht, noch Geschirr oder so, da wird gar nicht geguckt, da wird der Zucker gemessen und dann gehe ich wieder. (GD-KH2-C-4)*

Im weiteren Verlauf kommt dieselbe PFP auf die Pflegestudierenden zu sprechen:

*Also, es ist eine Katastrophe. Da wird sich hingestellt und beobachtet, weil das ja auch alles sehr wissenschaftlich dann wahrscheinlich, keine Ahnung, ist. Also er ist, also dieser Mensch ist halt mehr am Gucken und Beobachtungen, Blutdruck messen, der will zum Beispiel kein Blutdruck messen, ja. Also der ist mehr am Gucken und einfach nur erst mal aufnehmen. Das kann es aber auch nicht sein. (GD-KH2-C-4)*

Die Gegenüberstellung der beiden Auszüge zeichnet vordergründig ein ambivalentes Bild: Die Schüler\*innen gucken nicht, die Studierenden gucken nur; die Schüler\*innen messen nur, die Studierenden messen nicht. Bei näherer Betrachtung kritisiert die Sprecherin aber bei beiden Gruppen des pflegerischen Nachwuchses das Fehlen des Handelns im Sinne einer ganzheitlichen Versorgung. Der negative Blick auf die jungen Pflegenden wird auch in einem Interview deutlich, in dem die Befragte erklärt, sie hätte nichts gegen „die Ausländischen“, weil „die Jugend“ nur noch „nicht arbeiten, nicht viel tun und viel Geld verdienen“ wolle (TL-KH2-C-2).

*Wenn sie wollen, wieso nicht? Wenn sie hierbleiben wollen, sich ihr Leben hier aufbauen wollen, meinetwegen, nichts dagegen. Ich meine, so, wie es aussieht mit den Deutschen, wird es nicht so schnell werden. [lacht] (TL-KH2-C-2)*

Insgesamt scheinen in PT-C also generationelle Konflikte auf, die allerdings der Deutungsmacht der – zahlenmäßig überlegenen – älteren Pflegekräfte unterliegen. Eine gewisse Skepsis gegenüber Veränderungen – zu denen auch die Zuwanderung von internationalen Pflegefachpersonen (IPFP) gehört – wird hier nicht durch eine jüngere Generation relativiert, die ein Gegengewicht in der Teamkultur und im pflegerischen Alltagshandeln bilden könnte.

Ganz anders verhält sich die generationelle Diversität in PT-A, welches in der altersbezogenen Zusammensetzung gewissermaßen das Gegenteil von PT-C darstellt. PT-A ist aufgrund von Umstrukturierungen in der Einrichtung durch eine Art Generationenschere geprägt, es gibt

einige ältere und viele jüngere Pflegekräfte. Wenngleich auch hier zwischendurch Kritik an der jeweils anderen Generation geübt wird, steht der intergenerationelle Austausch im Vordergrund. In einer Gruppendiskussion zeigt sich eine besondere Dynamik hinsichtlich generationeller Unterschiede. In kürzester Zeit wird die Kritik einer älteren PFP (Aw) am pflegerischen Nachwuchs von ihrer ähnlich alten Kollegin (Bw) relativiert, indem diese die spezifischen Kompetenzen der Jüngeren betont. Aw zeigt sich einsichtig und gibt ihr schließlich Recht. Aufgelöst wird die Sequenz mit der humoristischen Bemerkung einer jüngeren PFP (Cw):

*Aw: Aber ich finde es schon [...] sehr, sehr wichtig, dass ich einfach, äh, eine gute Anatomie habe, also dass ich anatomisch Bescheid weiß, dass ich die Physiologie weiß, aber frag doch heute mal eine Schülerin. Frag eine Schülerin ganz einfach nach einem Dreisatz. Sie ist nicht in der Lage (.) einen Dreisatz zu rechnen, wo ich denke Holla die Waldfee. (.) Ne. Also ...*

*Bw: Also gib ihr das Smartphone, dann kann sie die Aufgabe lösen. [alle lachen] Die haben halt andere Skills. Dafür sind die perfekt im Computer, wenn es darum geht so einen Dekubitus zu erfassen und die Bilder einzustellen, das machen die zehn Mal so schnell wie wir.*

*Aw: Ja, toll. Ja.*

*Dw: Das ist wahr.*

*Aw: Das ist wahr. Ja. Aber gut, okay.*

*Cw: Wenn man denn Zugriff auf den Kamera-Ordner hat. (GD-KH1-A-2)*

In dieser Sequenz zeigt sich die Konsensorientierung der Gruppe. Der Generationenunterschied in Bezug auf Wissen und Fähigkeiten wird dahingehend gelöst, dass beide Generationen unterschiedliche Kompetenzen mitbringen, die sich gegenseitig ergänzen können. Die Veränderungen der pflegerischen Ausbildung und der technologische Wandel führen zu diesen Unterschieden. Allerdings werden sie in PT-A durch intergenerationellen Wissenstransfer proaktiv nutzbar gemacht, wie die Leitung im Interview berichtet:

*Und dadurch, dass wir eine Kombi machen mit den wenigen Erfahrenen und der Menge Jungen, die dazu kommen, glaube ich, kriegen wir es hin, dass wir relativ schnell junge Experten für bestimmte Themen ausbilden. (TL-KH1-A-4)*

Die jeweiligen Expert\*innen halten im Rahmen der regelmäßigen Teamsitzungen Kurzvorträge zu ihren Themen (TB-KH1-A-4) und geben ihr Fachwissen dadurch an die anderen Teammitglieder weiter. Die jungen PFP müssen ihre Expertise recht schnell ausbilden, denn – wie im Zitat anklingt – die Zeit drängt: Die älteren PFP stehen kurz vor ihrem Ruhestand, wodurch in absehbarer Zeit viel Expertise verloren geht. Die auf sie folgende, mittlere Generation (etwa 40 bis 55 Jahre) "ist sehr dünn bei uns" (TL-KH1-A-4). Das Team sieht durch das Fehlen eines generationellen Bindeglieds den Transfer von Kenntnissen und Fähigkeiten in Gefahr:

*Das, was ich ganz interessant fand, das sagte letztens jemand von euch, ähm, wer war das denn, ist ja auch egal wer es war, die sagten es ist eigentlich ganz gut mit uns Alten, also wir haben ja ganz anders noch gelernt, wir sind ja ganz anders an die Dinge ran gegangen und so was halt alles. Aber was die sagte, wenn wir jetzt weg sind, (.) es fehlt eine Mitte, es ist ja nicht mehr ausgebildet worden, es gibt jetzt nur noch die Jungen, die Mitte ist komplett weggebrochen (.) und wir Alten gehen jetzt alle auf Rente, wir sind in den nächsten Jahren weg. (GD-KH1-A-2)*

Während sich hinsichtlich intergenerationeller Zusammenarbeit in den Gruppendiskussionen eher eine Konsensorientierung zeigte, dokumentierte sich im Workshop von PT-A eher eine dissonante Problemorientierung. Im Rahmen der Diskussion der Dimension Generation wurde festgehalten, dass sich alle – generationenübergreifend, auch unabhängig von Qualifikation und Herkunft – der strukturellen Missstände bewusst seien. Aber "man schließt sich nicht zusammen, sondern wir zerfetzen uns gegenseitig" (WS-KH1-PT-A). Die Pflege, so die Aufforderung, müsse "entspannter werden und sich im Team mehr vertrauen" (WS-KH1-PT-A).

Eine andere Fallstudie (PT-F) ist dadurch charakterisiert, dass im Team mehr IPFP arbeiten – also junge PFP – als inländisch ausgebildete Pflegekräfte. Dadurch verbinden sich hier auf besondere Weise die Dimensionen Migration und Qualifikation (s. Kap. 4.2.1.1) mit der Dimension Generation. Hinzu kommt die spezifische Personalstruktur in Pflegeheimen, wo Pflegehelfer\*innen im Kontrast zum klinischen Kontext mehr Verantwortung tragen. Dies führt dazu, dass junge, akademisierte IPFP im PT-F häufig von älteren Pflegehilfskräften in grundpflegerische Tätigkeiten eingearbeitet werden. Eine Pflegehelferin erzählt über eine IPFP in Anerkennung:

*Aber sie gibt sich ja Mühe. @(. )@ für [Vorname (a)] war's schwer, aber wir geben uns eben auch Mühe, dass sie, dass sie mit in unser Team kommen. Wir sind wirklich ein super Team bei uns und wir nehmen sie wirklich mit und ziehen sie eigentlich mit uns mit. Ich bin auch bloß 'n Pleppo ich sage immer, ich bin bloß 'n Pleppo, weil ich bloß 'ne Pflegekraft bin, ja? Aber ich kann ihnen vieles beibringen, weil ich schon paar Jahre in der Pflege bin und dafür sind sie auch dankbar, weil ich weiß, wie ich Menschen waschen muss oder so. Die standen da und, äh, bei einer einfachen Versorgung, die wussten überhaupt nicht, dass man Intimpflege macht am Abend oder dass man die Zähne putzt am Abend. Das wussten sie alles nicht. Da können sie nichts dafür! Sie haben ja nicht anders gelernt. Sie haben nur Tabletten und das andere hat die Familie gemacht. (GD-PH2-F-7)*

Die Sprecherin tritt hier angesichts ihrer Qualifikation als Pflegehelferin bescheiden auf, betont aber ihre langjährige Berufserfahrung, dank der sie den neuen, jungen, akademisierten IPFP ihre grundpflegerische Expertise vermitteln kann. Deren Nicht-Wissen lastet sie nicht den IPFP persönlich an, sondern den Bedingungen in den Herkunftsländern. Der latente Sinngehalt offenbart eine Hierarchisierung der Ausbildungen im internationalen Vergleich. Vor diesem Hintergrund zeigt sie eine Fürsorglichkeit, die sich aus dem spezifischen Kontext ergibt, in dem die Sprecherin aufgrund ihres Alters und ihrer Berufserfahrung als Lehrende gegenüber Lernenden auftritt, die theoretisch höher qualifiziert sind als sie selbst. In solchen Paternalismuseffekten drückt sich eine asymmetrische Beziehung aus. Generationeneffekte können also die Machtimbancen zwischen Etablierten und Außenseitern im Kontext von Migrationsbewegungen in der Pflege verstärken.

#### **4.3.1.3 Arbeitseinstellungen im generationellen Wandel**

Die psychischen und physischen Belastungen des Pflegeberufs, insbesondere unter den derzeit viel diskutierten schlechten Arbeitsbedingungen, werden in den qualitativen Daten wiederholt thematisiert. Eine ältere PFP erzählt bspw. auf die Frage, ob sie gerne zur Arbeit komme:

*Ja. Ja. Wenn auch manche Tage schwerfallen [lacht], aber ja. Aber nur kräftemäßig, muss ich so sagen. Weil manchmal ist es wirklich, dass man geschafft so ist. Ich meine, ich arbeite schon verkürzt, das ist mir schon viel/ Aber die Schichten sind eben oft manchmal so anstrengend dann. Nee, ich komme aber gerne her. (TL-KH2-C-4)*

Ältere Pflegekräfte arbeiten Teilzeit, weil sie nach den vielen Berufsjahren psychisch und physisch zu erschöpft für ein größeres Stundenvolumen sind. Die Jüngeren reduzieren auf Teilzeit, weil sie zukünftig nicht die Beschwerden haben wollen, die ihre älteren Kolleg\*innen haben:

*Wir haben auch sehr wenige Kollegen, die Vollzeit arbeiten. Alle reduzieren. Die schaffen nicht mehr diesen Stress. Die wollen auch frei haben. Die wollen auch ein privates Leben haben, nicht nur arbeiten. Die Generation hat sich verändert, ne? Die neuen Kollegen, die wollen nicht mehr Vollzeit arbeiten, die leben nicht nur zum Arbeiten. Die haben ein privates Leben, wir wollen was unternehmen. Die wollen nicht kaputt/ sich kaputtmachen. (TL-KH1-B-4)*

Wie sehr der psychische und physische Verschleiß der älteren Kolleg\*innen die Jüngeren beeindruckt, zeigt die folgende Sequenz eines TL mit einer jungen PFP:

*Das ist natürlich was, wo du siehst, dass diese ältere Kolleg\*innen [sic!] auch nicht mehr in so einem Bereich arbeiten sollten meiner Meinung nach, weil die halt zu fertig sind dafür. Weil sie haben unter diesen Bedingungen für so viele Jahre gearbeitet, dass sie gar keinen Bock mehr haben, was verständlich ist. Und dann sie können aber nicht so wirklich wechseln, weil es gibt auch keine so richtige Möglichkeit zu wechseln. [...] Also es ist auch schwierig, mit denen zu arbeiten manchmal, weil du merkst, dass diese/ diese keine Lust mehr, diese Frustration [...] dann denke ich: Nee, ich muss hier raus, weil sonst werde ich krank. Ich habe keinen Bock, krank zu werden für so einen Scheiß, weißt du? (TL-KH1-A-1)*

Die Generationenunterschiede hinsichtlich der Arbeitseinstellung werden häufig betont – auch im gesellschaftlichen Diskurs über die vermeintliche Arbeitsunlust der jungen Generation, der in die Pflgeteams hinein diffundiert. Vergessen wird dabei, dass es sich auch hierbei um eine Form des intergenerationellen Lernens im Arbeitsalltag handelt. Die Beobachtungen der Jüngeren und deren Zusammenarbeit mit den Älteren bilden einen generationenspezifischen Erfahrungsraum, der das Handeln im Jetzt für die Zukunft bestimmt.

Eine Leitungsperson erzählt, dass sich die Pflege just derzeit – also im Jetzt – in einem Generationenwechsel befindet und skizziert die Konsequenzen, wenn dieser in absehbarer Zeit vollzogen sein wird. Perspektivisch ändern sich ihr zufolge die Voraussetzungen für die Schichtplanung, weil die Jüngeren nicht mehr bereit sein werden, einzuspringen:

*[Die Älteren] sind dann eher auch mal bereit, einzuspringen nochmal. Ja, also flexibel. Und definitiv flexibel, mein Team, das kann ich sagen. Wie die bei den Diensten hin und her springen, Wahnsinn. Aber davon lebt das Haus noch, muss man sagen. In acht Jahren sieht das anders aus [...] Weil die neue Generation ist ja nicht mehr so. Die Neuen, die jetzt kommen, die lassen sich so mitziehen noch. Die sagen/ Die kriegen eben mit, die Älteren springen ein, also machen die das auch. Ziehen aber sicherlich öfter mal eine Reißleine. Also sagen dann auch: Ach, nee, jetzt ist stopp, jetzt habe ich hier/ es reicht. Ja, ist okay, muss man ja dann akzeptieren. Wo die Älteren nochmal eine on top machen können. Aber dahinter ist dann nichts mehr. (TL-KH2-C-1)*

Das Einspringen der Älteren resultiert aus einer Arbeitseinstellung, die insbesondere von diesen Älteren auch als „die Älteren sind härter im Nehmen“ (TB-KH1-B-1; TB-PH1-E-4) transportiert wird. Doch der intergenerationelle Kontakt bringt auch diese erfahrenen Pflegekräfte zum Reflektieren. In mehreren Workshops führten die älteren Teilnehmer\*innen an, dass sie in ihrer Generation nicht gelernt hätten, "Nein" zu sagen, dass ihnen das im Nachhinein betrachtet aber ebenfalls gut getan hätte (WS-KH1-PL; WS-KH2-PT-D). Es scheint also auch in der älteren Generation zumindest in Teilen ein Bewusstsein dafür zu herrschen, dass die jüngere Generation hier etwas besser macht – was aber zugleich Herausforderungen in der Stationsorganisation nach sich zieht, die die Älteren wiederum mittragen müssen. Damit einher geht eine doppelte Problematik: Die Selbstaufopferung für den Beruf ist nicht mehr nur positiv identitätsstiftend, sondern wird in Frage gestellt. Gleichzeitig gerät ein Versorgungsalltag ins Wanken, der sich bisher auf *eben diese* Selbstaufopferung verlassen hat. Die Balancierung und Moderation generationeller Unterschiede und damit verbundener Stärken und Schwächen wurde besonders in den Leitungswrkshops als Aufgabe der Leitungen herausgestellt.

Damit zusammenhängend wurde das Ausfallmanagement in den Leitungs-Workshops (WS) problematisiert und daran anschließend einrichtungsübergreifend im WS mit der Organisations- und Personalentwicklung validiert (WS-KH1+2-L/OE). Die niedrigschwelligen Krankmeldungen stellten laut der Teilnehmenden ein zentrales Problem dar, da Krankmeldungen stets einen großen Kommunikations- und Koordinationsaufwand nach sich ziehen. Pflegende müssten spontan "aus dem Frei geholt" werden, Personal müsse zwischen den Stationen oder Wohnbereichen umverteilt werden und letztlich werde doch unterbesetzt gearbeitet. Wenngleich das eigene Team darunter leide, würden Krankmeldungen häufig aus eher niedrigschwelligen Gründen erfolgen (bspw. ich bin "zu müde", WS-KH1+2-L/OE). Das Thema sei aus Leitungsperspektive schwierig gegenüber den Mitarbeiter\*innen zu vermitteln. Zudem gebe es weder formelle Sanktionsmöglichkeiten noch würden informelle Sanktionen innerhalb des Teams greifen. Vielmehr scheinen sich Krankmeldungen als mächtiges Mittel etabliert zu haben, auf Kritik durch die Leitungen zu antworten (WS-KH1+2-L/OE, WS-KH2-PL). So werde bei Kritik oder Kontroversen mit Kündigung gedroht, was vom Leitungspersonal als "Erpressung" wahrgenommen wird, der man nicht viel entgegensetzen könne. Vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels und veränderter Arbeitseinstellungen aufgrund generationeller Effekte stellen Krankmeldungen und Kündigungen also eine mikropolitische Machtressource der Mitarbeiter\*innen dar.

#### **4.3.1.4 Die Rolle der pflegerischen Leitungspersonen**

Die Führungskräfte spielen eine zentrale Rolle für den Umgang der Pflgeteams mit Diversität im Arbeitsalltag. Hierbei muss jedoch nach Einrichtung unterschieden werden, wer vonseiten der Teams eigentlich als Leitungsperson angesehen wird: In den Krankenhäusern sind dies die Stationsleitung und ihre Stellvertretung(en), also die mittlere Führungsebene, in den Pflegeheimen ist dies die oberste Leitungsebene, also nicht die Wohnbereichsleitung als unmittelbare Führungskraft. Im Folgenden werden zwei Fallstudien angeführt, in denen die Leitungspersonen eine vergleichsweise starke Führungsrolle einnehmen. In PT-A ist dies die Stationsleitung, in PT-F ist dies die gesamte Führungsetage des Pflegeheims.

Die Leitung von PT-A berichtet bspw. im Interview vom anfänglichen "Age-Diversity-Problem" in ihrem Team, welches sich durch moderierte Mitarbeitergespräche verbessert hätte:

*[...] dass die Jungen gesagt haben: Nee, warum soll ich immer für die mitarbeiten? Und die Alten natürlich gesagt haben: Entschuldigung, wir haben das alles schon 20 Jahre gemacht, das kannst jetzt mal gefälligst du machen. Da waren die Grabenkämpfe, glaube ich, teilweise schon ganz schön groß. Ich habe dann auch ein paar moderierte Mitarbeitergespräche mit den unterschiedlichen Generationen, die sich wirklich in die Wolle gekriegt haben, geführt, weil das ich glaube relativ schnell im Team auch Anklang gefunden hat. [...] Weil der Sachinhalt „Ich kann vielleicht nicht mehr zur Reanimation laufen, weil ich es körperlich nicht mehr schaffe“, ist ja völlig legitim. Und ich stehe auch als Chefin dahinter, und auch das Leitungsteam insgesamt steht dahinter, dass wir sagen: Wir sind ein soziales Gefüge, und wir puffern das auch, weil die Kollegen haben einfach auch andere Qualitäten, die müssen nicht mehr kniend auf der Erde auf dem Patienten rumdrücken. Das kann wirklich jemanden mit 25, 30 machen. Das ist gut. Aber es kommt eben drauf an, wie formuliert man es und was macht man dafür. Vielleicht muss dann der 30-Jährige dafür nicht die Küche aufräumen, weil das kann auch der mit 55 dann tun. (TL-KH1-A-4)*

Die Leitung hat die generationellen Konfliktlinien, die Kommunikation und Kooperationen im Team erschweren, erkannt und benannt. Sie hat diese verständnisvoll, aber bestimmt kanalisiert, indem sie gegenseitiges Verständnis forderte und förderte. Letztlich entwickelte sich ein größeres gegenseitiges Verständnis der Generationen durch Wissensvermittlung in einem Prozess des intergenerationellen Lernens, wie in Kap. 4.2.1.2 dargelegt.

Während die Leitung von PT-A durch Moderation von Teamkonflikten eine diversitätssensible Teamkultur fördert, unterstützt die Leitung von PT-F die Pflegekräfte vor allem im Arbeitsalltag; bspw. bei der Einweisung in das Dokumentationsprogramm oder durch anlassbezogene Schulungen (TB-PH2-F-5). Allerdings bleiben dadurch andere Leitungsaufgaben liegen (TB-PH2-F-7). Außerdem ist bezeichnend für dieses Fallbeispiel, dass nicht nur die Kolleg\*innen (GD-PH2-F-7; GD-PH2-F-8), sondern auch die Leitungsebene die Kompetenzen der internationalen Pflegefachpersonen (IPFP) hinsichtlich der Behandlungspflege herausheben, wie die folgende Beobachtungssequenz im Kontext der Einarbeitung einer neuen Wohnbereichsleitung zeigt:

*PK2 beginnt, sich zu erklären: „Ich mache immer ...“*

*PDL: „Nicht ich, wir ... Ihr arbeitet im Team!“*

*StvPDL: „... Tipp ... schnapp Dir welche, die gut sind mit Medikamenten ... du hast [asiatischer Vorname] und [asiatischer Vorname] ... die sind flink, die sind gut ...“ Es sei wirklich viel Arbeit das alles zu machen, sie selbst (PK2) solle dann nur noch stichprobenartig kontrollieren. (TB-PH2-F-6)*

Die neue Wohnbereichsleitung (PK2) wird von der Pflegedienstleitung und ihrer Stellvertretung darauf hingewiesen, auf die Kompetenzen ihres Teams zurückzugreifen und sich von den zwei IPFP bei der Erledigung der anfallenden Aufgaben unterstützen zu lassen. Darüber hinaus ermutigt die Leitung die IPFP wiederholt zu mehr Selbstvertrauen:

*Kurz darauf sagt [die Leitung] zu den beiden Pflegerinnen, sie sollten sich „nicht immer so klein“ machen, in Deutschland müsse man sich „groß machen.“ Dabei richtet sie ihren Körper auf, damit er größer wirkt. Pflegerin (H) sagt: „Ich nicht!“ Die Pflegedienstleiterin antwortet: „Nein, du bist groß, aber die meisten Vietnamesen sind kleiner.“ [...] In einem der oberen Wohnbereiche ist ein Pfleger dabei, der sich gerade „in Anerkennung“ befindet und nächste Woche seine Anerkennungsprüfung hat. Er erzählt, er habe gerade täglich sehr*

*viel mit der Praxisanleiterin zu lernen. Die [Leitung] sagt zu ihm, er solle sich „nicht klein machen“, er solle „an sich glauben“, er werde das „auf jeden Fall schaffen!“ (TB-PH2-F-2)*

Ihre Ermutigungen zu einem selbstbewussteren Auftreten sind zunächst wohlwollend und unterstützend zu deuten: Die Aussage, man müsse sich in Deutschland „groß machen“, deutet darauf hin, dass die Leitung kulturelle Unterschiede im Ausdruck von Selbstbewusstsein wahrnimmt. Während in den Herkunftskulturen der drei IPFP eher Bescheidenheit und Zurückhaltung geschätzt werden, wird in Deutschland insbesondere im Berufsleben ein selbstbewusstes Auftreten erwartet. Vor diesem Hintergrund scheint die Leitung die Förderung des Selbstvertrauens – oder zumindest dessen Darstellung – für besonders wichtig für die Bewältigung von Herausforderungen zu halten. Bei näherer Betrachtung zeigt sich allerdings ein ambivalentes Bild: Die Leitung befindet sich in einer hierarchisch höheren Position als die IPFP. Die Wahrnehmung von hierarchischen Strukturen ist in südostasiatischen Ländern häufig stärker als in Deutschland, was Widersprüche seitens der IPFP erschwert. Dieses Machtverhältnis beeinflusst die Kommunikationsrichtung und ermöglicht es der Leitung, Normen und Verhaltensweisen zu definieren, die im Pflegeheim gelten sollen. Sie setzt damit den Standard (entsprechend der dominanten Referenz), an dem sich die IPFP orientieren sollen. Darüber hinaus unterscheidet sich u.U. die direkte Kommunikationskultur in Deutschland von indirekteren Kommunikationsstilen im Herkunftsland der drei IPFP, die dies möglicherweise als ungewohnt oder sogar als unhöflich empfinden. Letztlich kann das Verhalten der Leitung einerseits als Ermutigung interpretiert werden, selbstbewusster aufzutreten. Andererseits kann es auch den Eindruck vermitteln, dass das bisherige Verhalten der IPFP nicht angemessen ist und sie sich grundlegend ändern müssen. Dies kann zu Verunsicherung und einem Gefühl der Unterlegenheit führen. Diese Ambivalenzen sind durchaus normal in interkulturellen Situationen am Arbeitsplatz, insbesondere zwischen verschiedenen Hierarchieebenen – sie sollten allerdings verhandelbar sein und kommuniziert werden, um den Teammitgliedern psychologische Sicherheit zu vermitteln.

#### **4.3.1.5 Psychologische Sicherheit im Pflorgeteam**

Psychologische Sicherheit besteht in einem Pflorgeteam, wenn die Pflegenden Fehler zugeben, Fragen stellen oder der Leitung widersprechen dürfen, ohne negative Konsequenzen fürchten zu müssen. Mit diesem Konzept geben die Ergebnisse der Online-Befragung Aufschluss über die subjektiv empfundenen Kommunikations- und Kooperationsmöglichkeiten im Arbeitsumfeld der Pflegenden, die an der Online-Umfrage teilgenommen haben.

Die psychologische Sicherheit im Team wurde auf einer Skala von 1 bis 5 im oberen Bereich ( $M=3,5$ ;  $SD=0,8$ ) von den Teilnehmenden eingeschätzt. Die Ergebnisse bivariater Analysen ergaben, dass Pflegekräfte, die im Ausland geboren wurden, durchschnittlich etwas negativere Einschätzungen der psychologischen Sicherheit in ihrem Pflorgeteam vornahmen ( $p<0,001$ ) (s. Anlage 13). Ältere Pflegekräfte nahmen hingegen eine positivere Einschätzung der Sicherheit im Team vor als jüngere Pflegekräfte ( $p=0,039$ ) (s. Anlage 14). Statistisch signifikante Unterschiede bezüglich der Diversitätsdimensionen Qualifikation und Geschlecht wurden für die Bewertung der psychologischen Sicherheit im Team nicht beobachtet (s. Anlage 13).

Die Führungsqualität wurde im oberen Skalenbereich durch die Befragten eingeordnet ( $M=3,3$ ;  $SD=1,0$ ). Keine statistisch signifikanten Unterschiede in der Einschätzung der Führungsqualität zeigten sich hinsichtlich Geschlecht, Alter, Migrationserfahrung und

Qualifikation. Zudem waren in bivariaten Analysen die beiden Konstrukte „Führungsqualität“ und „psychologische Sicherheit“ stark positiv und statistisch signifikant miteinander verknüpft (s. Anlage 14). Demnach gingen positivere Bewertungen der unmittelbaren Führungskraft mit positiveren Bewertungen der psychologischen Sicherheit im eigenen Team – und vice versa – einher. Die Führungsqualität und die psychologische Sicherheit waren zudem positiv mit der interprofessionellen Zusammenarbeit und dem Vorhandensein personeller pflegerischer Ressourcen korreliert.

#### **4.3.1.6 Psychisches Wohlbefinden und Arbeitszufriedenheit von Pflegekräften**

Mithilfe multipler, blockweiser linearer Regressionsanalysen der quantitativen Daten der Online-Befragung wurden Zusammenhänge zwischen den individuellen soziodemografischen und arbeitsorganisatorischen Variablen sowie psychosozialen Arbeitsbedingungen und der abhängigen Variable Burnout berechnet. Im finalen Modell wiesen die psychologische Sicherheit im Team und die personelle Ausstattung auf Station statistisch signifikante Assoziationen mit Burnout auf. Mit steigender psychologischer Sicherheit und einer besseren personellen Ausstattung gingen demnach geringere Werte bei persönlichem Burnout einher. Weitere Diversitätsdimensionen der Teilnehmenden, wie z.B. Alter, Geschlecht, Qualifikationsniveau und Migrationserfahrung waren, unter Kontrolle der weiteren Faktoren, nicht statistisch signifikant mit Burnout verknüpft. Weder Merkmale der privaten Lebenssituation der Teilnehmenden, wie das Vorhandensein einer Partnerschaft oder die Größe des engen sozialen Netzwerks, noch weitere psychosoziale Arbeitsbedingungen wie die Führungsqualität des/der unmittelbaren Vorgesetzten waren im finalen Modell signifikant mit dem persönlichen Burnout verknüpft.

Weitere multivariate Analysen der Daten der Online-Befragung betrachteten die Zusammenhänge zwischen individuellen soziodemografischen und arbeitsorganisatorischen Variablen sowie psychosozialen Arbeitsbedingungen mit dem Outcome Arbeitszufriedenheit (s. Anlage 11). Die Wahrscheinlichkeit einer höheren Arbeitszufriedenheit war demnach statistisch signifikant mit verschiedenen psychosozialen Arbeitsbedingungen assoziiert, d.h. einer höheren psychologischen Sicherheit im Team ( $\beta=1,55$ ; KI: 1,04; 2,31), einer besseren personellen Ausstattung auf Station ( $\beta=1,97$ ; KI: 1,3; 3,0), einer positiveren Einschätzung der Führungsqualität der/des direkten Vorgesetzten ( $\beta=1,03$ ; KI: 1,02; 1,04) sowie einer positiveren Bewertung der interprofessionellen Zusammenarbeit mit Ärzt\*innen ( $\beta=1,51$ ; KI: 1,01; 2,24). Zudem war die Wahrscheinlichkeit einer höheren Arbeitszufriedenheit negativ mit der Höhe des persönlichen Burnouts assoziiert ( $\beta=0,95$ ; KI: 0,94; 0,97). Bezüglich der privaten Lebensumstände wurde beobachtet, dass die Wahrscheinlichkeit für eine höhere Arbeitszufriedenheit für Teilnehmende höher war, die angaben, sich in einer Partnerschaft zu befinden. Andere Merkmale der privaten Lebenssituation oder weitere Diversitätsdimensionen der Teilnehmenden waren im finalen Modell jedoch nicht statistisch signifikant mit Arbeitszufriedenheit verknüpft.

Wenngleich psychisches Wohlbefinden und Arbeitszufriedenheit in den Fallstudien nicht explizit abgefragt wurden, so ziehen sich damit zusammenhängende Problemlagen durch die qualitativen Daten. Neben den Belastungen für die Pflegeteams und die internationalen Pflegefachpersonen (IPFP) bezüglich der Einarbeitung (s. Kap. 4.2.1.1) sowie für die älteren Pflegenden bzgl. der Arbeitsbelastung (s. Kap. 4.2.1.2) wurde die immense Arbeitsbelastung im Workshop (WS) mit PT-F thematisiert: "Wir geben alles für die Bewohner, aber uns muss

es auch gut gehen." Oder auch die Frage: "Die Arbeitsbelastung ist sehr hoch – halten wir das 30 Jahre lang durch?" (WS-KH1-PT-F) Auch in PT-A kam das Thema im WS auf, hier insbesondere mit Blick auf das psychische Wohlbefinden. Als Ergebnis wurde unter anderem der Bedarf an niedrigschwelligen Supervisionsangeboten artikuliert, um die psychische und allgemeine Gesundheit zu fördern. Diese sollten "regelmäßig, stationsspezifisch und zugänglich" sein (WS-KH1-PT-A).

#### **4.3.1.7 Zwischenfazit: Veränderungen des pflegerischen Arbeitsalltags**

Der pflegerische Arbeitsalltag unterliegt durch Migration, (Teil-) Akademisierung und generationellen Wandel tiefgreifenden Veränderungsprozessen, die die konjunktiven Erfahrungsräume der Pflgeteams irritieren und dadurch Erwartungsunsicherheit erzeugen. Die zunehmende Diversifizierung von pflegerischen Sozialisationsprozessen – an unterschiedlichen Orten (Migration) zu unterschiedlichen Zeiten (Generation) mit variierenden Inhalten (Qualifikation) – stellt die Pflgeteams vor die Aufgabe, bisher implizites Wissen und habitualisierte Praktiken vermehrt zu verbalisieren und weiterzugeben. Das bedeutet bspw., dass sowohl die Einarbeitung von neuen internationalen Pflegefachpersonen (IPFP) als auch die intergenerationelle Wissensvermittlung mehr Aufmerksamkeit benötigen, weil die Kenntnisse und Fähigkeiten nicht "im Vorbeigehen" übermittelt werden können. In einem stark ablaforientierten Pflgealltag bedeutet dies, dass entsprechende Maßnahmen *in die Abläufe integriert* werden müssen; mehr noch, die Maßnahmen selbst müssen Teil der pflegerischen Arbeitsabläufe sein.

Bisher bedeutet Diversität zumeist Mehrarbeit für alle Beteiligten – in einem ohnehin bereits überbordenden Arbeitsalltag, der sich nachteilig auf die Arbeitseinstellung und die psychische wie physische Gesundheit auswirken kann. Es geht also letztlich darum, bei den Pflgeteams eine Erwartungssicherheit herzustellen, durch die sie einen möglichst routinierten Arbeitsalltag etablieren und beibehalten können. Hierbei sind die Leitungspersonen besonders gefragt, die diese Prozesse initiieren und moderieren sollten. Sie setzen den Ton für den Umgang der Pflgeteams mit Diversität im Arbeitsalltag und – wie gezeigt – sind auch Führungsqualität und psychologische Sicherheit im Team stark positiv miteinander verknüpft.

#### **4.3.2 Herausforderungen, Chancen und Konflikte durch Aushandlungsprozesse**

*Fragestellung: Welche Herausforderungen, Chancen und Konflikte ergeben sich aus Aushandlungsprozessen zwischen den Teammitgliedern, die sich hinsichtlich Qualifikationsprofil, Herkunftsland, generationeller Zugehörigkeit und Geschlecht unterscheiden?*

Die Aushandlungsprozesse betreffen das professionelle Selbstverständnis der Teammitglieder, die allerdings durch den konjunktiven Erfahrungsraum des jeweiligen Teams und die wahrgenommenen Herausforderungen geprägt sind. Sie weisen zudem über die Teams hinaus auf die Diskussionen der Berufsgruppe der professionell Pflegenden insgesamt sowie auf den gesellschaftlichen Diskurs über die Rolle der Pflege.

Vorauszuschicken ist an dieser Stelle, wie bereits erwähnt, dass die Diversitätsdimension Geschlecht in den Fallstudien eine marginale Rolle einnimmt – verglichen mit den Dimensionen Migration, Qualifikation und Generation.

#### 4.3.2.1 Professionelles Selbstverständnis im Spiegel

Die mangelnde Wertschätzung der Pflege in Deutschland wirkt sich tiefgreifend auf das berufliche Selbstverständnis der professionell Pflegenden aus – und zwar teamübergreifend. Dies umfasst den eigenen Blick auf die Berufsgruppe (GD-KH1-B-3; GD-KH2-D-5; WS-KH1-PT-A; WS-KH2-PL; WS-PH1-PL), die Rolle der Pflege innerhalb der jeweiligen Einrichtung (GD-KH1-A-1; GD-KH1-A-2; GD-KH2-C-4; WS-PH1-PT-E) sowie die gesellschaftliche und politische Wahrnehmung der Pflege (GD-PH1-E-6; WS-PH2-PL; WS-PH1-PT-E). Im Folgenden werden zwei Fallbeispiele angeführt, die zeigen, wie stark das professionelle Selbstverständnis der deutschen Pflege mittlerweile mit den internationalen Pflegefachpersonen (IPFP) verflochten ist – denn die Auseinandersetzung mit der Situation der IPFP ermöglicht den in Deutschland sozialisierten Pflegekräften auch eine Reflexion ihrer eigenen Situation.

Das erste Beispiel ist die Sequenz einer Gruppendiskussion aus PT-F, die die ganze Komplexität des professionellen Selbstverständnisses der Pflege in Deutschland in wenigen Zeilen transportiert. Zwei in Deutschland sozialisierte PFP äußern folgendes im Beisein von drei internationalen Kolleginnen über die Diskrepanz zwischen dem vermeintlichen Status von PFP in Deutschland und der tatsächlichen Erfahrung:

*Aw: Ich gehe ganz fest davon aus, dass in den Ländern denen die Wolken aufgemalt werden. Deutschland reiches Land, du bist die Fachkraft, du bist der Gott. Niemand sagt denen, dass du als studierte oder unstudierte Pflegefachkraft der letzte ...*

*Bw: ... Honk ...*

*Aw: ... Lappen bist und gerade in der Altenpflege. Krankenpflege mag immer noch einigermaßen gehen, wobei es da auch nicht wirklich rosig aussieht. (GD-PH2-F-8)*

Die Verwendung abwertender Begriffe wie "Honk" und "Lappen" drückt Ohnmacht, Enttäuschung und Frustration aufgrund der geringen Wertschätzung von professioneller Pflege in Deutschland aus. Die Sprechenden teilen eine gemeinsame Erfahrung von mangelnder Wertschätzung und Anerkennung ihrer Arbeit, wobei die Situation in der Altenpflege als besonders prekär dargestellt wird. Darüber hinaus wird die Erfahrung der mangelnden Wertschätzung durch die Erfahrung von Ausbeutung und Instrumentalisierung von IPFP im Migrationskontext erweitert. Das Wissen um die schwierige Situation internationaler Kollegen ist nun Teil des konjunktiven Wissens in PT-F. Es entsteht eine Art "Wir-Gefühl" im Angesicht der gemeinsamen Herausforderungen; ein neuer konjunktiver Erfahrungsraum, der auch die Erfahrungen der IPFP beinhaltet. Die Äußerung "Niemand sagt denen" impliziert, dass die Missstände bewusst verschwiegen werden, um den Zustrom internationaler Fachkräfte nicht zu gefährden. Die "aufgemalten Wolken" symbolisieren in diesem Zusammenhang eine gezielte Irreführung, um IPFP mit falschen Versprechungen nach Deutschland zu locken. Trotz des zunächst negativen Selbstverständnisses zeigt die Sequenz auch ein starkes professionelles Ethos. Die PFP sprechen sich für eine faire Behandlung aller professionell Pflegenden aus:

*Aw: Wir werden nicht unterstützt, wir werden verheizt.*

*Bw: So wie die neuen Kollegen, die dann jetzt hier gekommen von anderen Ländern.*

*Aw: Die werden auch verheizt, die werden richtig verheizt. (GD-PH2-F-7)*

Das professionelle Selbstverständnis in PT-F ist geprägt von einem Bewusstsein für die Diskrepanz zwischen Ideal und Realität, Kritik am System, Empathie und Solidarität, Reflexion

der eigenen Situation, Ohnmacht und Frustration, aber auch von einem starken professionellen Ethos und deutlicher Kritik an den hiesigen Arbeitsbedingungen für alle Pflegenden.

Auch in PT-D findet durch die Zusammenarbeit mit IPFP eine starke Auseinandersetzung mit dem pflegerischen Selbstverständnis statt. Vor dem Hintergrund des klinischen Settings wird hier jedoch, anders als bei PT-F im Pflegeheim, die Ärzteschaft in die Aushandlungsprozesse integriert. Insbesondere der Verlauf der Gruppendiskussion ist hinsichtlich der Veränderungen des pflegerischen Selbstverständnisses aufschlussreich. Zunächst problematisiert eine PFP die Einstellung der neuen IPFP:

*Das Ding ist ja, die Ausbildung hat da n anderen Stand. Es ist ja akademisch. Und mit dieser Einstellung kommen sie her. Und wir sind nichts. Und das ist glaube ich gerade das Hauptproblem, ja? Dass sie, sie sind hier gerade Pflegeassistenten, weil sie müssen ja die Anerkennung machen und wenn dann zum Beispiel, hatten wir ja, ne Pflegeassistentin sagt: ‚Mensch, kannst du mir mal helfen? Da schon mal füttern gehen?‘ ‚Nee, du hast mir gar nichts zu sagen.‘ Funktioniert nicht! Ja? Also das ist das Problem. Dass sie denken, mit ihrem akademischen Grad sind sie besser als wir mit unserer Ausbildung hier in Deutschland. Und das ist dem nicht so. Das ist, glaube ich auch ein ganz fataler Fehler, mit den Vorstellungen, die sie hierherkommen. Sie sind keine Ärzte! Auf den Punkt gebracht. (GD-KH2-D-5)*

Die Sprecherin unterscheidet deutlich zwischen den Qualifikationen der IPFP und der in Deutschland sozialisierten PFP. Sie bringt das Verhalten der IPFP, welches sie als Arroganz deutet, direkt mit deren akademischer Ausbildung in Verbindung. Implizit schwingt ein Gefühl der Geringschätzung und Zurücksetzung mit. Die wiederholte Betonung des "Wir" deutet auf ein starkes Zusammengehörigkeitsgefühl der in Deutschland ausgebildeten PFP hin. Die Teilnehmenden teilen offenbar die Wahrnehmung, von akademisierten IPFP herabgesetzt und nicht respektiert zu werden. Diese Erfahrung scheint prägend für ihr Selbstverständnis und ihr Verhältnis zu den neuen IPFP zu sein. Dies mag auch damit zusammenhängen, dass in KH-2 keine in Deutschland akademisierten PFP arbeiten (TL-KH2-D-1) und dass das Team erst kurz vor Beginn der Studie eine überaus negative Erfahrung mit einer akademisierten IPFP teilte. Wenngleich diese Erfahrung als "Pech" und als "Einzelfall" bezeichnet wird (GD-KH2-D-5), sind die Nachwirkungen spürbar und führen zu einer Solidarisierung unter den in Deutschland ausgebildeten PFP und einem "Wir-Gefühl", welches die IPFP – anders als im PT-F – nicht mit einbezieht: Sie bilden eine Art "Wir-Gruppe" gegen "die Anderen", die akademisierten IPFP.

Der Bezug zur Ärzteschaft bringt eine weitere Ebene in die Argumentation, die auf tradierten Hierarchien im Krankenhaus basiert: Die Ärzteschaft nimmt eine dominante Position ein und trifft die medizinischen Entscheidungen, während die Pflege primär für die Umsetzung der ärztlichen Anordnungen und die grundlegende Versorgung der Patient\*innen zuständig ist. Diese Hierarchie ist in anderen Ländern oft weniger ausgeprägt. Die Sprecherin scheint eine neue Hierarchiebildung aufgrund der Diversifizierung von pflegerischen Qualifikationen zu befürchten. Es geht dabei weniger um einen tatsächlichen Vergleich der Kompetenzen, sondern vielmehr um eine symbolische Abgrenzung zwischen den IPFP und der traditionell höhergestellten Ärzteschaft. Dadurch wird die klare Hierarchie im Gesundheitswesen betont und deren vermeintliche Bedrohung durch die akademisierten IPFP abgewehrt. Damit mögen auch Statusunsicherheit und Konkurrenzdenken bezüglich Anerkennung, Aufstiegschancen oder die Definition des Pflegeberufs verbunden sein. Im Kontext des bereits beschriebenen konjunkturellen Erfahrungsraums, der von Frustration und Entwertungsgefühlen geprägt ist,

verstärkt sich die Bedeutung des Vergleichs. Die Aussage „Sie sind keine Ärzte!“ wird dann zu einem Ausdruck des kollektiven Gefühls der Verunsicherung und Bedrohung durch die „fremden“ Pflegekräfte, die die etablierten Strukturen und Wertvorstellungen in Frage stellen.

Im weiteren Verlauf der GD verschiebt sich der Fokus von der direkten Konfrontation mit akademisierten IPFP hin zu einer generellen Problematisierung der Anwerbung von IPFP und deren Integration in das deutsche Pflegesystem:

*[A]Iso die Fachkräfte herzuholen aus'm Ausland ist an sich nicht verkehrt, aber (.) wie gesagt aufgrund, dass es da ne andere Ausbildung ist, dass die Krankenschwestern da einen anderen Stand haben, generell, wird es so nicht funktionieren. Weil die werden alle hier herkommen und werden sagen: Bin ich bescheuert? Das mach ich hier nicht. [jemand lacht] In meinem Land brauch ich das nicht, da hab ich nen anderen Stellenwert. Warum soll es sich ändern für sie? Also wie gesagt, das ist, glaube ich, dieses Hauptproblem und das ist ja nicht neu. War ja auch schon mit denen, die aus Mexiko gekommen sind und aus Spanien. Sie sind alle zurückgegangen und haben gesagt: Ey bitte! Für das Geld mach ich hier nicht diesen Job! [Zustimmendes Murmeln der anderen.] (GD-KH2-D-5)*

Das Problem wird nun nicht mehr nur auf die Differenz zwischen akademischer Qualifikation im Ausland und Berufsausbildung in Deutschland beschränkt, sondern auch mit der generellen Diskrepanz zwischen den Ausbildungsstandards und dem Stellenwert der Pflege in verschiedenen Ländern verknüpft. Das Team weiß um die variierenden Standards und den unterschiedlichen Stellenwert der Pflege in verschiedenen Ländern. Dieses Wissen prägt ihre Sicht auf die Situation in Deutschland: Es wird deutlich, dass die Diskutierenden ein tieferliegendes Problem im deutschen Pflegesystem sehen, das sich in der mangelnden Wertschätzung und den schlechten Arbeitsbedingungen manifestiert und impliziert eine Kritik am geringen Stellenwert der Pflege in Deutschland.

Die diskutierende Gruppe – darunter auch IPFP – antizipiert die Reaktion der angeworbenen Fachkräfte, die auf vorhergehenden Erfahrungen beruht. Dies deutet auf ein tiefes Verständnis für die Situation der IPFP hin. Sie können sich gut in deren Lage versetzen und wissen, dass die Arbeitsbedingungen in Deutschland für viele unattraktiv sind. Der Verweis auf frühere Erfahrungen verdeutlicht: Es handelt sich nicht um ein neues Problem, sondern um ein wiederkehrendes Muster. Die Erfahrung, dass Anwerbemaßnahmen ausländischer Fachkräfte scheitern, wiederholt sich. Dies führt zu einer Zunahme von Frustration und Resignation. Die Pflegekräfte in PT-D antizipieren das Scheitern der aktuellen Anwerbemaßnahmen aufgrund der bekannten Probleme. Dies deutet auf eine pessimistische Einschätzung der Zukunft des deutschen Pflegesystems hin. Die Pflegekräfte fordern implizit eine grundlegende Reform des deutschen Pflegesystems, um die Attraktivität des Berufs zu steigern und eine adäquate Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Der Fokus verschiebt sich also von einem internen Konflikt hin zu einer systemischen Kritik, die durch Vergleiche mit dem Ausland und wiederholte negative Erfahrungen verstärkt wird.

Schließlich wird die Kritik am System um die Kritik an der mangelnden Berücksichtigung der unterschiedlichen Definitionen von "Pflege" und der daraus resultierenden Erwartungen an die IPFP erweitert:

*Ew: Die Pflege gehört nicht zu ihrer Ausbildung. Das ist, als ob du wirklich jetzt nem Arzt sagst, wirf deinen akademischen Grad über'n Haufen und geh hier waschen! Finde den Arzt mal.*

*Cw: Das ist drei Schritte zurück.*

*Ew: Ja! Das, das, deswegen, das Prinzip wird hier nicht funktionieren. Weil die's einfach nicht so lernen und es nicht so typisch ist. Man kann ja nen Bäcker nicht auch plötzlich Wurst machen lassen. [...] die haben sich ja in ihrem Land entschieden, diese Ausbildung zu machen, weil da auch die Pflege nicht mit bei ist. Und jetzt kommen sie hierher und sollen pflegen. Dann sagen sie sich: Ja aber pffft, das ist das, was ich nicht machen wollte. Ich wollte Behandlungspflege machen. Deswegen hab ich das studiert. [...] also wird schwierig. Weil man sie ja eigentlich runter degradiert. (GD-KH2-D-5)*

Diese Sequenz konzentriert sich nun verstärkt auf die spezifischen Aufgaben und die Diskrepanz zwischen den Erwartungen der IPFP und den tatsächlichen Anforderungen in der deutschen Pflege. Der Vergleich mit einem Arzt/ einer Ärztin dient als drastische Veranschaulichung der empfundenen Diskrepanz. Er verdeutlicht, dass die Diskutierenden die Erwartung, dass IPFP grundpflegerische Tätigkeiten übernehmen, als unangemessen und entwürdigend empfinden. Sie sehen dies als Degradierung der Qualifikation der IPFP – während sie selbst grundpflegerische Tätigkeiten als immanenten Teil ihres professionellen Selbstverständnisses begreifen (GD-KH2-D-5). Die Verschiebung der pflegerischen Tätigkeitsbereiche in der Praxis wird also erst durch den internationalen Vergleich und die antizipierten Erwartungen der IPFP an die Pflege in Deutschland zu einer "Degradierung". Der konjunktive Erfahrungsraum wird um die Erfahrung dieser Diskrepanz und das Wissen um die unterschiedlichen Pflegeverständnisse erweitert. Die systemische Kritik wird durch die Erkenntnis verstärkt, dass die Anwerbung von Pflegefachpersonen aus anderen Ländern ohne Berücksichtigung dieser fundamentalen Unterschiede zum Scheitern verurteilt ist.

#### **4.3.2.2 "Wir sind ja das einzige Land, das noch richtig pflegt."**

Dieses Zitat stammt aus einem Beobachtungsprotokoll (TB-KH1-B-5) und verweist trotz seiner Kürze auf eine zentrale Besonderheit der deutschen Pflege im internationalen Vergleich, die stark mit der historischen Entwicklung der Pflege in Deutschland verknüpft ist: Die sog. Grundpflege fällt in den Verantwortungsbereich von examinierten und akademisierten Pflegefachpersonen. Bereits in Kap. 4.2.1.1 wurde rekonstruiert, dass die Einarbeitung der internationalen Pflegefachpersonen (IPFP) insbesondere vor diesem Hintergrund von allen Beteiligten als große Herausforderung wahrgenommen wird.

Die Erkenntnisse der qualitativen Fallstudien weisen jedoch weit darüber hinaus: Die Frage, wer eigentlich grundpflegerische Tätigkeiten ausüben darf/kann/soll, spielt eine zentrale Rolle in den Aushandlungsprozessen der Pflegenden. Dies lässt sich teamübergreifend feststellen, ist allerdings auf die Teams in den Krankenhäusern beschränkt. Dies mag mit unterschiedlichen pflegerischen Aufgabenprofilen, Personalschlüsseln und gesetzlichen Rahmenbedingungen zusammenhängen; aber auch damit, dass hier häufig komplexere Organisationsstrukturen mit verschiedenen Hierarchieebenen vorzufinden sind, während die Hierarchien im Pflegeheim eher flacher sind und die Pflegenden dort mehr Gestaltungsmöglichkeiten haben. Darüber hinaus ist die Grundpflege im Pflegeheim oft als integraler Bestandteil der Arbeit aller Pflegenden akzeptiert.

Wie dargestellt, unterscheiden sich die pflegerischen Tätigkeitsfelder und Verantwortungsbereiche zwischen IPFP aus verschiedenen Herkunftsländern und in Deutschland ausgebildeten PFP teils erheblich – insbesondere hinsichtlich grundpflegerischer Aspekte, aber auch im Hinblick auf heilkundliche Maßnahmen, die in Deutschland (noch) der

Ärztenschaft vorbehalten sind. Wenngleich die Aufteilung in Grund- und Behandlungspflege in ihrer spezifischen Ausprägung und mit diesen Begrifflichkeiten weitgehend ein deutsches Phänomen ist, gibt es in vielen anderen Ländern ähnliche Unterscheidungen zwischen pflegerischen Tätigkeiten, die von weniger qualifiziertem Personal (oder Angehörigen) durchgeführt werden, und solchen, die ausgebildeten Fachkräften vorbehalten sind. Eine Ausnahme stellt die Intensivpflege dar, bei der auch in anderen Ländern die spezialisierten Fachkräfte grundpflegerische Tätigkeiten übernehmen, wie auf den Philippinen (GD-KH2-C-4) und in der Türkei (TL-PH2-F-3/4/5). Die genauen Tätigkeiten und Abgrenzungen variieren stark zwischen den einzelnen Ländern, jedoch gibt es zumeist Unterscheidungen zwischen verschiedenen pflegerischen Qualifikationsstufen mit den entsprechenden Aufgabenbereichen. Grob vereinfacht, weist die Pflege in anderen Ländern eine formalisiertere Hierarchie innerhalb der Berufsgruppe auf, an deren Spitze die (akademisierte) Pflegefachkraft steht. Die Anwerbebemühungen der Bundesrepublik richteten sich zum Zeitpunkt der Datenerhebung ausschließlich an diese Fachkräfte; erst Neuerungen des Fachkräfteeinwanderungsgesetzes (2023/24) erweiterten den Zugang zum deutschen Arbeitsmarkt auch für Pflegehilfskräfte aus Drittstaaten.

Die dargestellten Unterschiede in der Aufgabenverteilung zwischen Pflegefachpersonen verschiedener Länder werfen die Frage auf, wie Pflegefachpersonen in Deutschland selbst ihre Rolle wahrnehmen. Ein besonders eindrückliches Beispiel hierfür liefert der folgende Ausschnitt aus einer GD in PT-A:

*Aw: Ich habe es selber in Amerika von [Vorname] damals erlebt, die lassen alles fallen, die putzen keinen Hintern, ne. Also dafür sind die nicht zuständig. (.) Also, ne, ist so. Und das ist ja auch ein, ein, jetzt, ähm, in Griechenland war es auch so. Die müssen ihre Angehörigen versorgen. (.) Das macht keine Schwester.*

*Dw: Das macht keine Schwester, das ist richtig.*

*Bw: Das ist ja in, in den aller meisten Ländern der Welt so.*

*Aw: Das ist nur in Deutschland, hast du den Luxus. (GD-KH1-A-2)*

PT-A ist ein Team mit sehr viel Erfahrung im Umgang mit pflegekultureller Diversität; sowohl durch IPFP als auch durch Auslandsaufenthalte einzelner Teammitglieder. Vor diesem Hintergrund sticht Deutschland im internationalen Vergleich der Diskutierenden heraus. Auffallend ist an dieser Stelle der Begriff "Luxus", also eine Bezeichnung für etwas über das übliche Maß Hinausgehende und keineswegs Selbstverständliche. Die Grundpflege wird damit zu einer ressourcenintensiven Dienstleistung. Der Begriff "Luxus" könnte für den immensen Zeitaufwand stehen, den Pflegefachpersonen für die Grundpflege erbringen und den sich das deutsche Gesundheitssystem leistet. Denn die Zeit, die die Grundpflege in Anspruch nimmt, ist ein wesentlicher Faktor in den Aushandlungsprozessen um dieses Tätigkeitsfeld – denn das Selbstverständnis vieler Pflegefachpersonen beinhaltet die Grundpflege, die aber aufgrund der Arbeitsverdichtung nicht mehr adäquat geleistet werden kann:

*[S]o unser berufliches Selbstverständnis, dass wir ja auch diesen ganzheitlichen Ansatz haben. Wir wollen ja, sind ja nicht unbedingt scharf drauf, äh, die Grundpflege, die Körperpflege zum Beispiel (.) abzugeben, wir wollen lieber mehr Zeit um die Grundpflege neben der Behandlungspflege (.) vernünftig machen zu können und das ist in der Tat in anderen Ländern (.) anders, wo das spezialisiert ist und die, äh, akademische Pflege dann diese Grundpflegesachen höchstens noch anleitet ... (GD-KH1-A-1)*

Der Sprecher erklärt, dass die aktuelle Arbeitsbelastung und Zeitknappheit die Umsetzung eines ganzheitlichen Ansatzes erschweren, den die diskutierende Gruppe als Anspruch an eine gute Pflegequalität versteht. Der Vergleich mit anderen Ländern zeigt ein implizites Wissen um unterschiedliche Modelle der Pflegeorganisation. Die Diskutierenden setzen sich damit auseinander, was zu einer Reflexion über die eigene Rolle und das Selbstverständnis des Berufsstandes führt. Die bisherige Norm des ganzheitlichen Pflegeansatzes in Deutschland wird dadurch zu einer Besonderheit des pflegerischen Selbstverständnisses im internationalen Vergleich.

Auch PT-D betont, dass die Grundpflege ein wesentlicher Bestandteil der professionellen Pflege ist und in der Ausbildung vermittelt wird; dass die zeitlichen Kapazitäten im Pflegealltag jedoch nicht ausreichen, um die in der Ausbildung gelehrt Standards umzusetzen:

*Bw: Auch wir Fachkräfte müssen waschen, das gehört einfach mit dazu und das kriegen wir in der Ausbildung auch beigebracht. Also, ich hab im ersten Lehrjahr eigentlich fast nur gewaschen, ja. Gewaschen (.) den K-Beutel gemacht etcetera etcetera und das sind halt einfach mehr, das (.) ich glaube es geht auch einfach mehr um den Hintergrund mittlerweile son bisschen. Also, man hat auch gar nicht mehr diese zeitlichen Kapazitäten, wie mans einfach in der Schule beigebracht bekommen hat, wie man einen Patienten zu waschen hat, was einfach jetzt so ...*

*Dw: ... ne dreiviertel Stunde ...*

*Bw: ... immer mehr untergeht, ja? Und sind wir ehrlich, am Wochenende, ne richtige ordentliche Grundpflege kann nicht stattfinden. Also, ist jetzt eigentlich wir nennen das immer Drei-Punkt-Waschung. Das ist einfach so die wichtigsten Teile jetzt gewaschen werden, Gesicht, die Achseln und der Intimbereich, ja. Was eigentlich traurig ist. Also, ich glaube, da wird man ... Ich kann die mexikanische Pflegekraft verstehen, weil sie das auch einfach gar nicht anders kennt. (GD-KH2-D-5)*

Die Äußerungen spiegeln einen konjunktiven Erfahrungsraum wider, der geprägt ist von einer Diskrepanz zwischen dem gelehrt pflegerischen Ideal und einer Realität, die wegen Zeit- und Personalmangel von Kompromissen geprägt ist. Die "Drei-Punkt-Waschung" als Notlösung verdeutlicht ethische Dilemmata, mit denen die Pflegenden konfrontiert sind. Die Äußerungen können als Ausdruck von Frustration und dem Wunsch nach besseren Arbeitsbedingungen verstanden werden; also auch als implizite Kritik an einem System, das aufgrund von Ressourcenknappheit und Effizienzdenken die Qualität der Pflege beeinträchtigt.

Die Ressourcenknappheit führt insbesondere bei den Pflegefachpersonen von PT-B zu Überlegungen, die Grundpflege an Pflegehelfer\*innen zu delegieren – auch hier spielt der Vergleich mit anderen Ländern eine wesentliche Rolle:

*[I]ch würde mir wünschen für Deutschland, dass die/ dass die Pflege auch mehr solche Aufgaben machen dürfte [Dauerkatheter legen, Anm. d. A.], statt zum Beispiel die/ ja, wenn ich das so sagen kann, so waschen, was man sagt, ja, waschen. Da haben wir/ Ich finde, das ist schade. Warum habe ich vier Jahre gelernt und dann verbringe ich sehr viel Zeit beim Patient beim Waschen, wenn ich das so sagen darf. Vielleicht ist es für unsere Zeit schade. Vielleicht gibt es da ein anderes Personal, das dafür besser/ besser geschult ist, das das übernehmen kann. Die Pflegehelfer zum Beispiel. [In] Portugal gibt es auch ganz viele Pflegehelfer, die sich auf solche Tätigkeiten konzentrieren. (TL-KH1-B-4)*

Der Wunsch, dass die Pflege in Deutschland mehr "solche Aufgaben" wie das Legen von Dauerkathetern übernehmen sollten, impliziert, dass die Interviewpartnerin diese Tätigkeiten als anspruchsvoller und der Qualifikation von Fachkräften angemessener empfindet als die Grundpflege. Sie äußert den Wunsch nach einer klaren Aufgabenabgrenzung und einer Spezialisierung der Pflegeberufe, ähnlich wie in anderen Ländern. Darüber hinaus fällt der Effizienzgedanke auf, da die Delegation der Grundpflege an entsprechend qualifiziertes Personal dazu beitragen könne, die Arbeitszeit von Fachkräften für komplexere Aufgaben freizusetzen. Der Wunsch von Pflegefachpersonen nach mehr Unterstützung bei der Grundpflege durch Pflegehelfer\*innen wird insbesondere in den Pflegeteams geäußert, die ihre Versorgung über Funktionspflege organisieren (GD-KH2-C-4; GD-KH2-D-5).

Während der Gruppendiskussion in PT-B kommt es zu einer langen Auseinandersetzung zwischen zwei Pflegefachpersonen: Bw argumentiert ähnlich wie die zuvor angeführte Interviewpartnerin. Demgegenüber plädiert Aw für den ganzheitlichen Ansatz, bei dem Fachkräfte die Grundpflege übernehmen sollten:

*Bw: Weil ich muss nicht drei Jahre eine Ausbildung machen, um einen Patienten zu waschen. Brauche ich nicht. Da reichen auch ein paar Monate oder ein paar Wochen, ne. Da könnte ich zum Beispiel Blut abnehmen als Krankenschwester, wie in anderen Ländern auch, und ein Pflegeassistent oder ein Pflegehelfer könnte den Patienten pflegerisch tiptopp versorgen. Ohne Druck, ohne Stress. Weil wir uns ja um die anderen Sachen kümmern könnten, aber weil es in Deutschland leider so ist, dass das Blutabnehmen zu den Ärzten gehört und Zugänge legen, weil wir unterbuttert werden, weil wir müssen ja Essen austeilen, das ist ja viel wichtiger, ne, wir müssen ja Kellnerin spielen.*

*Aw: Also bei, bei Essen austeilen, da bin ich ganz bei dir, da finde ich auch das ist okay. Aber ich finde bei Pflege, bei Waschen und wo du den ganzen Patienten mal wirklich siehst, da, da bin ich, äh, da bin ich nicht der Meinung, dass wir Blut abnehmen sollten. [...] wir sehen den Patienten von Kopf bis Fuß.*

*Bw: Ja. Aber das kann doch eine Pflegehelferin, die lernen das ja auch alles.*

*Aw: Ja. Aber die Krankenbeobach-, also das ist meine Meinung, die Krankenbeobachtung finde ich gehört schon zur Aufgabe der Pflege und auch, äh, unter die Augen der Pflege.*

*Bw: Nein. Überhaupt nicht deiner Meinung. [...]*

*Aw: Ich will jetzt nicht noch, äh, noch weiter ausholen, aber da, da fehlt für mich einfach der, der Bezug zum Patienten, diese, auch das Ganzheitliche, den Menschen als Ganzen zu sehen, das fehlt mir dabei.*

*Bw: Ja, gut. Auch uns fehlt halt die Zeit dafür, ne. (GD-KH1-B-3)*

Der konjunktive Erfahrungsraum ist vom Spannungsverhältnis zwischen dem spezialisierten und dem ganzheitlichen Pflegeverständnis geprägt. In dieser Diskussion dokumentiert sich zweierlei: Zum ersten drücken beide ihre Frustration über die aktuelle Situation im deutschen Pflegesystem aus, in dem Zeitdruck und Ressourcenknappheit die Umsetzung einer idealen Patientenversorgung erschweren. Zum zweiten bleibt die Diversitätsdimension Migration (im Unterschied zu den GD in allen anderen Fallstudien) vollkommen außen vor – und das, obwohl das Deutungsangebot im Diskussionsimpuls für die GD vorhanden war und PT-B zu den kulturell diversesten Teams der Studie zählt. Damit verdeutlicht auch dieser Ausschnitt die Herausforderungen und Spannungen im deutschen Pflegesystem, in dem Pflegekräfte versuchen, ihren eigenen Qualitätsansprüchen gerecht zu werden und gleichzeitig mit den

begrenzten Ressourcen auszukommen – und zwar nicht nur im internationalen Vergleich, sondern auch für sich genommen.

Die diesbezüglichen Diskussionen scheinen am ehesten mit Generationeneffekten zusammenzuhängen, da wiederholt erklärt wird, die Älteren würden viel Wert auf das pünktliche Waschen am Morgen legen (TL-KH2-C-2), während die Jüngeren andere Aufgaben übernehmen möchten und die Körperpflege lieber in die ruhigere Mittagszeit verlegen würden (TB-KH1-A-3). Doch diese Erkenntnis allein greift viel zu kurz, denn es geht nicht allein um die Zuständigkeiten und Prioritäten im Arbeitsalltag, sondern es geht um die Veränderung des grundlegenden Verständnisses von qualitativ hochwertiger Pflege und – vor allem – von Expertise.

Generell wird die Grundpflege als weniger anspruchsvoll angesehen als die Behandlungspflege. Einige Pflegefachpersonen sehen diese Hierarchie jedoch kritisch. Sie betonen, dass die Grundpflege die Grundlage für das Wohlbefinden und die Gesundheit der Pflegebedürftigen bildet. Eine gute Grundpflege ermöglicht es erst, dass medizinische Maßnahmen erfolgreich sein können. Zudem erfordert die Grundpflege viel Fachwissen, Empathie und Zeit, um auf die individuellen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen einzugehen. Aus dieser Perspektive stellen grundpflegerische Kenntnisse und Fähigkeiten eine professionelle Expertise dar. Dementsprechend wird der Spieß in einer PT-A einmal umgedreht:

*Man kann das ja auch umdrehen, ne. Man kann ja auch sagen, pass mal auf, also anscheinend bist du nicht in der Lage eine Grundpflege durchzuführen, kann nicht jeder, aber Blut abnehmen kann jeder. (GD-KH1-A-2)*

Folgt man dieser Argumentation, so stellt bspw. die Körperpflege weit mehr als nur eine hygienische Maßnahme dar, nämlich eine umfassende Informationsquelle:

*[B]ei der Körperpflege sehe ich ganz viel. Was kann der Patient, wie ist der, wie ist sein Körper, ist alles in Ordnung, sind Kontrakturen da, ne, Kommunikation, kann da ganz viel auch, aber das wird total unterschätzt [...] wenn ich den einmal, eine Körperpflege mit dem zusammen gemacht habe, dann kann ich ganz viel draus ziehen, wird total unterschätzt. (GD-KH2-C-4)*

Die Sprecherin stellt die Bedeutung der ganzheitlichen und patientenorientierten Versorgung heraus, die sowohl die körperlichen als auch die psychosozialen Bedürfnisse berücksichtigt. Die Körperpflege spielt hierbei eine zentrale Rolle, da sie die Möglichkeit bietet, den Patienten resp. die Patientin als Menschen in seiner resp. ihrer Gesamtheit wahrzunehmen. Ähnlich argumentiert auch ihre Kollegin aus einem anderen Team:

*Jetzt gebe es Technik, die den Blutdruck misst, sodass die Pflegekräfte nur noch aufs Gerät gucken würden, nicht mehr auf den Patienten. Sie selbst bevorzuge die Pulsmessung mit den eigenen Händen. Sie erklärt, dass der gleiche Wert bei jedem Patienten etwas anderes bedeute. Der eine könne prima leben mit 95 zu 150, der andere würde dann schon umklappen. Auch das Waschen würden mittlerweile die Pflegehelfer machen. Sie selbst würde sich höchstens einen Helfer dazugehören holen, aber das Waschen selbst übernehmen. Dabei könnte man die Patienten kennenlernen und mit ihnen sprechen. (TB-KH1-B-2)*

Diese Pflegefachperson kritisiert die technologisch bedingte Entfremdung der Fachkraft vom Patienten, was zwischenmenschliche Beziehungen beeinträchtigen könnte. Dies wiederum führe dazu, dass die ganzheitliche Krankenbeobachtung wegfällt, was die kontextuelle Interpretation von behandlungsrelevanten Daten verunmögliche und die Versorgung nachteilig beeinflusse. Vor diesem Hintergrund kritisiert sie auch die vollständige Delegation an Pflegehelfer\*innen: Es ist *die Expertise einer Pflegefachperson*, die die Grundpflege in ihren Augen so wertvoll für den gesamten Genesungsprozess macht. Eine andere Pflegefachperson argumentiert, dass wesentliche Informationen oft nicht erfasst werden, wenn die Pflegenden nicht über die Erfahrung und das Wissen verfügen, die subtilen Zeichen und Symptome zu erkennen, die während der Grundpflege sichtbar werden:

*[I]ch kann mir zum Beispiel als eine Fachkraft nicht vorstellen, einen Tag nicht Leute zu waschen. [...] weil aufgrund, dass man zum Beispiel schon ein bisschen ja mäßig dann in die Pflege drin ist, kann man schon durch stinknormale Pflege schon erkennen, oh Mensch, die Haut sieht nicht gut aus, irgendwo grau und so weiter kann man schon eins und zwei zusammenzählen und dann muss man nächstes Mal Frau Doktor vorstellen. Wie viele Sachen dann untergehen dann zum Beispiel mit Behandlungspflege Versorgung, weil die Leute werden nicht von Fachkräften versorgt, weil die die Symptomatik nicht erkennen. [...] aufgrund, dass die die Beobachtungsgabe nicht alle haben [...], laufen auch ganz viele Fälle und Sachen, die dann ja, könnte man vermeiden viel früher, aber hat man das nicht, äh, frühzeitig erkannt, ja. (GD-PH2-F-7)*

Die Sprecherin betont, dass eine gewisse Erfahrung und Beobachtungsgabe für eine qualitativ hochwertige Grundpflege erforderlich sind. Sie warnt vor den potenziellen Folgen, wenn diese nicht von qualifizierten Fachkräften durchgeführt wird, und plädiert dafür, dass der Grundpflege mehr Zeit und Aufmerksamkeit gewidmet wird.

Die Diskussion über die Hierarchie zwischen Grundpflege und Behandlungspflege zeigt, dass es unterschiedliche Auffassungen über die Wertigkeit verschiedener Pflegeleistungen gibt. Es ist wichtig, diese Diskussion zu führen, denn sie ist ein zentraler Aspekt der derzeitigen Veränderungsprozesse in der deutschen Pflege.

Vor diesem Hintergrund stellt die klare und transparente Arbeitsteilung einen zentralen Aspekt dar, wie zwei Leitungs-Workshops zeigten (WS-KH2-PL; WS-PH2-PL). Gerade bezüglich der enormen qualifikatorischen Diversität müsse es auch Teil der eigenen Professionalisierung sein, klar und nachvollziehbar zu definieren, wer was (nicht) kann/ (nicht) darf/ (nicht) muss. Dies Sorge nicht nur innerhalb der Teams für mehr Klarheit in der Zusammenarbeit, sondern auch zu einem besseren Selbstbewusstsein und einem klareren Auftreten nach außen.

#### **4.3.2.3 (Teil-) Akademisierung der deutschen Pflege: "Wissenschaft ans Bett bringen"**

Die Entwicklung der Pflegeberufe in Deutschland seit den 1960er Jahren ist von einer zunehmenden – wenn auch holprigen – Professionalisierung und Akademisierung geprägt. Während in der DDR bereits zu Beginn der 1960er auf eine akademische Ausbildung von Pflegekräften gesetzt wurde, dominierte in der BRD die traditionelle Berufsausbildung. Die Akademisierung wurde zwar seit den 1970ern diskutiert, setzte sich aber nicht durch. Nach der Wiedervereinigung fand auch im Gesundheitswesen die Angleichung an das westdeutsche System statt, so dass die Ausbildungsstrukturen in den neuen Bundesländern schrittweise angepasst wurden. Im Vergleich zu einigen anderen Ländern, wie etwa den angelsächsischen

oder skandinavischen Ländern, begann die Akademisierung der Pflege deshalb in Deutschland relativ spät (erneut). Dies trug dazu bei, dass die Pflege lange Zeit als „helfender Beruf“ und weniger als eigenständige Profession wahrgenommen wurde – und teils noch wird. Zudem konzentrierte sich die Akademisierung vor allem auf bestimmte Bereiche, wie Pflegewissenschaft, Pflegemanagement oder Pflegepädagogik. Das Pflegeberufegesetz von 2017 führte schließlich zu einer grundlegenden Reformierung der pflegerischen Ausbildung(en): Zum einen wurde die generalistische Ausbildung zur Pflegefachfrau bzw. zum Pflegefachmann ein, die die bisherigen Ausbildungen in der Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege zusammenführte; zum anderen wurden primärqualifizierende Studiengänge in der Pflege eingeführt. Dies soll dazu dienen, den Beruf durch neue Karriere- und bessere Verdienstmöglichkeiten gesellschaftlich aufzuwerten, für den Nachwuchs attraktiver und international anschlussfähig zu machen.

Die (Teil-) Akademisierung ist bisher allerdings kaum auf den Stationen und Wohnbereichen angekommen. Dies liegt daran, dass in KH-2 bisher praktisch keine in Deutschland primärqualifizierten studierten PFP tätig sind (TL-KH2-D-1); auch in den beiden Pflegeheimen ist dies nicht der Fall. In den beiden Fallstudien in KH-1 ist die Akademisierung der deutschen Pflege zwar bereits Teil des kollektiven Erfahrungsraumes, äußert sich jedoch unterschiedlich: Während in PT-B zahlreiche ehemalige Kolleg\*innen die praktische Pflege verlassen haben, um ein Studium zu beginnen (GD-KH1-B-3), wird die wissenschaftliche Herangehensweise in PT-A in den Pflegealltag integriert (TL-KH1-A-4).

Somit ist PT-A die einzige Fallstudie, die eine aktive Auseinandersetzung mit der Akademisierung in Deutschland aufweist. In der folgenden Interviewsequenz berichtet eine Befürworterin dieser Entwicklung allerdings davon, dass eine akademische Laufbahn in der Pflege von Kolleg\*innen nicht immer positiv gesehen wird:

*[F]ür mich so habe ich einen Unterschied gemerkt zwischen der universitären Ausbildung und der Ausbildung so am Bett, wie das so gesehen wird. Und auch gerade dann, wenn man den Schritt einlegt, so eine gewisse universitäre Laufbahn irgendwie einzulegen, wie das auch wahrgenommen wird von den anderen Kollegen. Und, ja, alle wollen nur noch weg vom Bett usw. Aber ich finde, gerade um den Beruf irgendwie so ein bisschen attraktiver zu machen, ist ja so eine gewisse Akademisierung, um da auch gewisse Karrieremöglichkeiten zu ermöglichen, eigentlich wichtig und gut. [...] Und wenn man sich jetzt andere Länder anguckt, wie da akademisch ausgebildete Pflegekräfte bezahlt sind, ist das ja mit dem Arztdienst hier schon sehr gut vergleichbar. Und ich glaube, wenn man da irgendwie einen Pflegeexperten mit einer ähnlichen Gehaltssituation sieht wie einen Oberarzt, ist das schon was, wo man sagt, okay, strebt man jetzt das Medizinstudium an oder geht man vielleicht doch in die pflegewissenschaftliche Laufbahn, was dem, glaube ich, schon guttut und auch junge und gebildete [lacht] Leute, also die ein gewisses Niveau und Verständnis haben und so eine Bereicherung für den Beruf sind, [lacht] in Deutschland andocken kann, ja. (TL-KH1-A-5)*

Die Diskussion kreist in weiten Teilen um die Frage, welche Rolle akademisierte Pflegefachpersonen eigentlich einnehmen werden. Verdichtet wird dies auf die Formel "weg vom Bett", also den implizierten Vorwurf von Skeptiker\*innen, dass studierte Pflegenden nicht mehr direkt in der Patientenversorgung tätig sein wollen. In einer Gruppendiskussion wird dies angesprochen:

*Ich kann mich erinnern als ich noch oben war hatten wir zwei, die [...] in so einem Pflegestudium waren, (.) wo ich dann muss da, da sind sie aber auch selber schuld, die haben halt immer gesagt, nee, sie machen es ja nur damit sie halt später nicht mehr am Patienten arbeiten müssen, die wollen dann halt in die Leitung. Wo ich dann denke das hinterlässt so einen bitteren Nachgeschmack. Muss ich sagen. Wo ich dann denke, ähm, nee, das sagt man dann halt nicht jemanden der hier wirklich an der, äh, Basis arbeitet. Und, (.) und da, da habe ich meine schlechte Meinung über (.) Studierende in dem Sinne, gerade in diesem (.) Berufsfeld, wo ja wirklich Personal gebraucht wird. (GD-KH1-A-1)*

Die Einführung des primärqualifizierenden Pflegestudiums führt zu neuen Rollenkonflikten, womit die bestehenden Hierarchien in der Pflege in Frage gestellt werden. Die (Teil-) Akademisierung der Pflege ist ein Prozess, der mit Veränderungen der beruflichen Identität und der Arbeitsbedingungen verbunden ist. Dies erzeugt Erwartungsunsicherheit. Begründet liegen diese Befürchtungen auch in der oben geschilderten Entwicklung in Deutschland: Bisher führte ein Studium häufig in Leitungspositionen oder Lehrtätigkeit – also "weg vom Bett." Vor diesem Hintergrund sind auch die folgenden Ausführungen zu verstehen:

*Aber das ist jetzt was, was ja unten auf der [Station] auch eingeführt werden soll, dass man da einfach Mitarbeiter hat, die einfach Evidenz ans Bett bringen. Und ich glaube, das ist was, was in Zukunft sehr wichtig sein wird, wo man jetzt auch gerade/ Also es laufen ja diese [Studien] usw., wo man, glaube ich, auch dieses ganze Thema Akademisierung und Wissenschaft ans Bett bringen, sehr/ sehr forciert. (TL-KH1-A-5)*

Die Interviewpartnerin betont, dass akademisch ausgebildete Pflegefachpersonen benötigt werden, die Forschungsergebnisse und wissenschaftliche Erkenntnisse in die direkte Versorgungspraxis übertragen können. Pflegefachpersonen seien in Zukunft immer stärker gefordert, wissenschaftliche Erkenntnisse in ihre Arbeit zu integrieren, um eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung zu gewährleisten.

Im Workshop mit PT-A wurde deutlich, dass die Erwartungsunsicherheit im organisationalen Gefüge auch damit zusammenhängt, dass weder formal noch informal ein klares Aufgabenprofil für akademisierte PFP und damit eine Position im Rollengefüge der Station vorhanden ist. Dies ließe sich jedoch nicht allein innerhalb der Berufsgruppe der Pflege organisieren, sondern betreffe auch den ärztlichen Arbeitsbereich, da akademisierte PFP auch heilkundliche Tätigkeiten übernehmen könn(t)en. Das würde nicht nur die Ärzteschaft entlasten, so das Argument, sondern auch mit Zeit- und Autonomiegewinnen der Pflege einhergehen (WS-KH1-PT-A).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die (Teil-) Akademisierung der deutschen Pflege mit grundlegenden Verhandlungsprozessen über das intraprofessionelle Rollengefüge verknüpft ist und deshalb tiefgreifende Erwartungsunsicherheiten erzeugt. Wenn man sich nun noch einmal vor Augen führt, wie die pflegerischen Kenntnisse und Fähigkeiten der akademisierten internationalen Pflegefachpersonen bewertet werden, so steht zu vermuten, dass die Entwicklungen in der deutschen Pflege gegenüber der (Teil-) Akademisierung den Blick auf die Qualifikationen der internationalen Pflegefachpersonen (IPFP) prägen.

#### **4.3.2.4 Pflegerische Kompetenz**

Die Ergebnisse des faktoriellen Surveys innerhalb der Online-Befragung geben Aufschluss über die Einschätzungen der Pflegenden bezüglich fachlicher Aufgaben in der Körperpflege und der

Anlage von Infusionen. Sie demonstrieren, dass die pflegerischen Kompetenzen in der Grund- und Behandlungspflege unterschiedlich bewertet werden – und zwar in Abhängigkeit von Qualifikation und Herkunftsland der PFP.

Mindestens eine Vignette zur Körperpflege beantworteten 484 bzw. 477 Pflegefachpersonen (in der Selbst- resp. Fremdeinschätzung) und mindestens eine Vignette zur Infusionsanlage 422 bzw. 413 (in der Selbst- resp. Fremdeinschätzung). Demnach haben die befragten PFP selbst etwas mehr Zutrauen in die Kompetenz ihrer fiktiven Kolleg\*innen bei der Körperpflege als sie es ihren tatsächlichen Kolleg\*innen zugestehen (s. Anlage 15, Schneider et al. 2026). In Deutschland geborene Pflegekräfte haben tendenziell ein höheres Zutrauen in die Kompetenz ihrer fiktiven Kolleg\*innen als im Ausland geborene Pflegekräfte. Zudem geben in Deutschland geborene Pflegekräfte im Vergleich zu im Ausland geborenen Pflegekräften an, dass ihre tatsächlichen Kolleg\*innen ebenfalls mehr Zutrauen in ihre fiktiven Kolleg\*innen haben würden. Wenn die fiktiven Kolleg\*innen deutscher oder französischer Herkunft sind, trauen Pflegekräfte ihnen mehr in der Körperpflege zu als fiktiven Kolleg\*innen aus China, sowohl aus der eigenen Perspektive, als auch bei Übernahme der Perspektive ihrer Kolleg\*innen. Einen relativ kleinen Effekt stellt die Qualifikation dar: Fiktiven studierten Kolleg\*innen wird von Pflegekräften bei der Körperpflege weniger zugetraut als fiktiven Kolleg\*innen mit pflegerischer Berufsausbildung.

Hinsichtlich der Fähigkeiten zur Anlage einer Infusion haben Pflegekräfte etwas mehr Zutrauen in die Kompetenz ihrer fiktiven Kolleg\*innen als sie es ihren tatsächlichen Kolleg\*innen zuschreiben. In Deutschland geborene Pflegekräfte haben ein tendenziell höheres Zutrauen in die Kompetenz ihrer fiktiven Kolleg\*innen bei der Infusionsanlage als im Ausland geborene Pflegekräfte. Zudem geben auch in diesem Szenario in Deutschland geborene Pflegekräfte im Vergleich zu im Ausland geborenen Pflegekräften an, dass ihre tatsächlichen Kolleg\*innen ebenfalls mehr Zutrauen in ihre fiktiven Kolleg\*innen haben würden. Wenn die fiktiven Kolleg\*innen deutscher oder französischer Herkunft sind, trauen Pflegekräfte ihnen mehr Kompetenz bei der Anlage einer Infusion zu als fiktiven Kolleg\*innen aus China, sowohl aus der eigenen Perspektive als auch bei Übernahme der Perspektive von tatsächlichen Kolleg\*innen. Fiktiven Kolleg\*innen, mit denen Pflegekräfte erst seit einigen Tagen zusammenarbeiten, wird weniger bei der Infusionsanlage zugetraut als solchen fiktiven Kolleg\*innen mit denen man bereits Monate zusammenarbeitet. Dies gilt für die Selbstauskunft der Teilnehmenden als auch für ihre Einschätzung aus Kolleg\*innen-Sicht.

#### **4.3.2.5 Vertrauen und Misstrauen**

Die obigen Ergebnisse des faktoriellen Surveys weisen auf die Länge der Zusammenarbeit als einen Aspekt bezüglich der Beurteilung pflegerischer Kompetenz hin – eine Erkenntnis, die direkt die weiterführende Frage aufwirft, was genau diese Dauer beinhaltet. Hier mögen die Ergebnisse der qualitativen Fallstudien Aufschluss geben, die von Vertrauen und Misstrauen in der Teamarbeit handeln. Vertrauen und Misstrauen sind zwei gegensätzliche, aber gleichwohl zentrale Aspekte von Zusammenarbeit und Erwartungssicherheit. Während Vertrauen auf einer positiven Erwartungshaltung basiert (bspw. hinsichtlich Kompetenzen, Ehrlichkeit und Zuverlässigkeit), basiert Misstrauen auf negativen Erwartungen (bspw. Inkompetenz, Unehrlichkeit und Unzuverlässigkeit). Beides ist wesentlich im Zusammenhang mit Teamarbeit: Vertrauen spielt eine entscheidende Rolle für den Aufbau und die Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen. Es ermöglicht Zusammenarbeit, Kooperation und

den Austausch von Ressourcen. Misstrauen erschwert diese Prozesse und kann soziale Beziehungen belasten oder sogar zerstören. Luhmann (2014) beschreibt Vertrauen als Mechanismus zur Reduktion sozialer Komplexität. Vertrauen ermöglicht es, mit Unsicherheit umzugehen und Entscheidungen zu treffen, ohne alle möglichen Konsequenzen berücksichtigen zu müssen.

#### 4.3.2.5.1 Vertrauen

Vertrauen ist ein dynamischer Prozess, der sich im Laufe der Zeit entwickeln und verändern kann. Es basiert auf Erfahrungen, Interaktionen und Kommunikation und stellt insbesondere in der Pflege einen zentralen Aspekt zum gemeinsamen Bewältigen des Versorgungsalltags unter belastenden Bedingungen dar:

*Also ich kann mich nicht erinnern in den letzten 40 Jahren hier so was wie eine goldene Zeit erlebt zu haben. [...] Ich finde im ganzen Haus nicht. Also ich fand auch nicht auf den Stationen, dass die hier nun (Fettlebe) betrieben haben. (.) Das lief immer nur, weil sie sich alle gut kannten (.) und weil du dann, äh, beieinandergeblieben bist einfach, weil du dich im Team gut gefühlt hast. (GD-KH1-A-2)*

Dieses Vertrauen, entstanden in langjähriger Zusammenarbeit, fördert Teamwork, Informationsaustausch und Unterstützung untereinander. In PT-E wird insbesondere das Vertrauensverhältnis zwischen Pflegefach- und Pflegehilfspersonen – also zwischen Teammitgliedern unterschiedlicher Qualifikationsstufen – thematisiert, was eine große emotionale Entlastung für die Fachkräfte bedeutet. Die Pflegehelferinnen würden durch die intensive Zusammenarbeit bemerken, „wenn man selber unter Druck steht“ (GD-PH1-E-6) und entsprechend interagieren. Das Vertrauensverhältnis entwickelt sich im Laufe der Zeit durch gemeinsame Erfahrungen und die Bewältigung von Herausforderungen im Arbeitsalltag. Es spielt eine entscheidende Rolle bei der Bewältigung von Stress und schwierigen Situationen durch gegenseitige Unterstützung und Rückhalt, durch Solidarität, Empathie und Menschenkenntnis.

Die folgende Sequenz einer Gruppendiskussion mit mehreren internationalen Pflegefachpersonen (IPFP) zeigt, dass die Einarbeitungsprozesse neuer IPFP als herausfordernd und unbefriedigend erlebt werden. Die Sprecherin, eine in Deutschland sozialisierte PFP, betont die fehlende Zeit für Vertrauensaufbau und damit für eine langfristig effektive Zusammenarbeit:

*Und wir fummeln uns alleine zurecht, anfangs sind wir immer ziemlich distanziert zu neuen Kollegen, gerade zu ausländischen Kollegen, die wollen wir erst kennenlernen. Nicht mal die Chance haben wir groß, das kommt dann Stück für Stück und jeder hat mal Glück, wenn er dann mal drei Dienste mit jemandem hat, dass man den langsam kennenlernt. Deshalb kann ich immer nur sagen super Kräfte. [hustet] Alle motiviert, aber keiner hat Zeit für irgendwas. Und das kotzt alle an. Nicht nur euch, uns genauso. Weil wir wollen ja auch abgeben. Ich möchte zum Beispiel irgendwann mal sagen können, kümmer du dich heute mal um die Medikamente. Weil ich dich kenne, weil ich weiß, dass ich dir vertrauen kann. Kann ich aber nicht oder traue ich mich nicht, weil ich muss es nachher unterschreiben. //Dw: ja// Und ich kenne sie nicht. //Dw: ja// Ich habe einfach Angst. //Dw: ja// Viele sagen einfach auch Ja, weil sie höflich sind und das sagen wollen und haben eigentlich kein Wort verstanden oder so. Und das kann ich immer noch nicht einschätzen am Anfang. Und das*

*finde ich traurig. Ich finde es so erbärmlich, dass man diesen Leuten und uns nicht die Chance gibt, (...) das dann wirklich anzunehmen. Denn wenn wir diese Zeit hätten mit der Einarbeitung, ich glaube, dann würden viele mehr auch in den Heimen bleiben, weil eigentlich macht es hier richtig Spaß. (GD-PH2-F-8)*

Die Teilnehmerin spricht den Zusammenhang zwischen Vertrauen, der Angst vor Fehlern und rechtlichen Konsequenzen im Kontext der Aufgabenübertragung in Pflegeteams an. Dabei kritisiert sie vor allem die Rahmenbedingungen und Strukturen, die eine effektive Einarbeitung neuer Kolleg\*innen behindern. Die fehlende Zeit zum Kennenlernen und Vertrauensaufbau erschwert die Zusammenarbeit. Die angedeuteten sprachlichen und kulturellen Unterschiede erschweren die Kommunikation und führen zu Missverständnissen. Die Kritik der Sprecherin zeigt, dass ein Mangel an Erwartungssicherheit in verschiedenen Bereichen die Zusammenarbeit erschwert. Dies führt zu Unzufriedenheit, Unsicherheit und dem Gefühl, dass die vorhandenen Ressourcen nicht optimal genutzt werden. Dieses Problem ist auch ein Thema im Leitungs-Workshop der betreffenden Fallstudie (WS-PH2-PL). Die Schaffung von mehr Erwartungssicherheit durch klare Strukturen, Zeit für Einarbeitung und Kennenlernen, transparente Kommunikation und eine auf Vertrauen basierende Aufgabenverteilung könnte die Situation deutlich verbessern. Doch auch die neuen IPFP brauchen Zeit, Vertrauen aufzubauen, wie der folgende Interviewausschnitt zeigt:

*Umso länger die da sind, umso ruhiger werden sie. Aber es ist für sie/ Also das braucht Zeit, das muss wachsen. Und immer so, wie der von außen ist, wie er auf den Mitarbeiter zugeht, so reagieren sie. Also ich sage mal, ganz am Anfang habe ich immer gesagt: Ja, ist schon komisch, die Chefin/ Also bei den vietnamesischen war das jetzt, auch bei den philippinischen und mexikanischen, die sind ja auch von der (Statur) klein mehr oder weniger. Und dann sage ich immer: Ist komisch, ne? Also eine große Chefin. Am Anfang haben sie mich nicht angeguckt. Die haben mich nicht angeguckt. Nicht weil sie/ Sie haben vor Respekt so/ Und dann sprechen wir auch schnell. Inzwischen, mit ihnen spreche ich langsamer. Also und diese Angst und dieses: Ja, da ist der Chef. Also den Respekt, den sie entgegenbringen. Das ist schon anders. Und inzwischen können wir miteinander umgehen und auch auf Augenhöhe, denke ich, also in dem Bereich der Kommunikation. (TL-PH2-F-1)*

Die leitende PFP erklärt, dass sich die anfängliche Zurückhaltung der neuen IPFP mit zunehmender Dauer der Zusammenarbeit legt. Dieser Prozess brauche aber Zeit und Gewöhnung, insbesondere aufgrund des kulturell bedingten Respekts vor Autoritätspersonen. Sie betont die Bedeutung der wechselseitigen Annäherung und zählt Aspekte auf, die sie selbst in ihrem Handeln verändert hat. Sie selbst hat offenbar eine Verbesserung der Zusammenarbeit bemerkt. Wenngleich die qualitativen Daten diesen Veränderungsprozess nicht abbilden können, so zeigen die Beobachtungsprotokolle immer wieder den kooperativen Umgang der leitenden PFP und der neuen IPFP (z.B. TB-PH2-F-2; TB-PH2-F-5; TB-PH2-F-6). Eine andere leitende Person erklärt den Entscheidungsprozess hinsichtlich der Besetzung einer Leitungsposition, bei dem das Vertrauen des Teams gegenüber den sprachlichen Herausforderungen überwog:

*Also ich gebe eine Empfehlung, so wie ich die Sache sehe, und dann schauen wir halt, was da rauskommt. Bei [der neuen WB-L] haben sie ja doch/ haben sie zugestimmt. Er ist auch wirklich ein guter, engagierter Junge. Er ist/ Nur sprachlich ist es halt manchmal so ein bisschen schwierig. Aber da gab es auch keinen Grund, ihn nicht zu nehmen. [...] Die wollten [jemanden anders] hier zuerst einsetzen, und ich meinte zu denen: Nee, die passt hier nicht.*

*Wir nehmen jetzt nicht jemand Neuen noch. Die sind sowieso schon hier alle total durcheinander und drohen schon mal mit den Kündigungen und: Ich kündige und kündige! Wir lassen einfach jemanden hier aus dem Wohnbereich Wohnbereichsleiter werden, der auch von den Mitarbeitern akzeptiert wird und respektiert wird, der gemocht wird auch. (TL-PH2-F-2)*

Das primäre Interesse bei der Besetzung der leitenden Position lag offenbar darin, den Wohnbereich zu stabilisieren und die Mitarbeiterzufriedenheit zu erhöhen. Die ausgewählte Person ist eine mittlerweile etablierte IPFP, die offenbar eine große Akzeptanz und das Vertrauen des Teams genießt. Die Sequenz zeigt, dass Personalentscheidungen nicht nur nach fachlichen Kriterien getroffen werden, sondern auch die sozialen Dynamiken im Team berücksichtigen. Die Wahl des neuen Wohnbereichsleiters wird hier als ein entscheidender Faktor für die Vertrauensbildung und die Stabilisierung des Wohnbereichs dargestellt.

#### **4.3.2.5.2 Vertrauen und Reziprozität: Der Diensttausch**

In der dynamischen Arbeitswelt von Pflgeteams, in der zwischenmenschliche Beziehungen und die Qualität der Versorgung untrennbar miteinander verbunden sind, erweist sich Vertrauen als ein zentrales Element. Vertrauen ist jedoch nicht nur ein Gefühl der Verbundenheit, sondern manifestiert sich auch in konkreten Handlungen und Interaktionen. Hier kommt das Konzept der sozialen *Reziprozität* ins Spiel, das in sozialen Beziehungen ein grundlegendes Prinzip darstellt. Reziprozität beschreibt die Wechselseitigkeit von Geben und Nehmen, wobei Handlungen und Gefälligkeiten erwidert werden. In Pflgeteams, in denen Vertrauen herrscht, entwickelt sich oft ein System der Reziprozität, in dem sich die Teammitglieder gegenseitig unterstützen und helfen. Diese Unterstützung kann verschiedene Formen annehmen, wie z. B. die Übernahme von Aufgaben, die Hilfe bei der Versorgung von Patienten oder einfach nur ein offenes Ohr für die Sorgen und Nöte der Kolleg\*innen.

Ein besonderer Ausdruck der Reziprozität in Pflgeteams ist der Diensttausch, also die informelle Vereinbarung zwischen Teammitgliedern, bestimmte Dienste oder Aufgaben zu tauschen, um individuelle Bedürfnisse oder Präferenzen zu berücksichtigen. Der Diensttausch basiert auf der Bereitschaft, sich gegenseitig entgegenzukommen. Die Reziprozität und der Diensttausch sind eng mit dem Vertrauen verbunden. Vertrauen bildet die Grundlage für eine funktionierende Reziprozität, da sich die Teammitglieder darauf verlassen müssen, dass ihre Handlungen und Gefälligkeiten erwidert werden. Gleichzeitig stärkt die Reziprozität das Vertrauen, da sie ein Gefühl der Verbundenheit und des gegenseitigen Verständnisses schafft.

Dass der Diensttausch ein soziales Aushandlungsphänomen ist und keineswegs beliebig stattfindet, zeigen die Ergebnisse des faktoriellen Surveys innerhalb der Online-Befragung über die Fallstudien hinaus: Mindestens eine Vignette zum Diensttausch beantworteten 451 bzw. 443 Pflegekräfte (in der Selbst- resp. Fremdeinschätzung). Die beobachteten Effekte der erklärenden Variablen auf den Endpunkt aus der Analyse des Szenarios "Diensttausch" aus dem faktoriellen Survey sind vergleichsweise klein. Pflegekräfte würden selbst eher einen Dienst mit ihren fiktiven Kolleg\*innen tauschen als sie es ihren tatsächlichen Kolleg\*innen zugestehen (Konstante  $M=5,12$  in der Selbst- (Anlage 15, Tabelle 3, Schneider et al.:8) vs.  $M=4,46$  in der Fremdeinschätzung (Anlage 13, Tabelle 6, Schneider et al. 2026: [Supplementary Material](#)). Mit fiktiven Kolleg\*innen, mit denen Pflegekräfte erst seit einigen Tagen zusammenarbeiten, würden sie einen Dienst weniger bereitwillig tauschen als mit fiktiven Kolleg\*innen, mit denen sie bereits Monate zusammenarbeiten (Schätzer=-0,09,  $p<0,001$

(Anlage 15, Tabelle 3 Schneider et al. 2026:8). Dieser Effekt ließ sich auch bei der Bewertung aus Sicht ihrer tatsächlichen Kolleg\*innen beobachten (Schätzer=-0,08, p=0,01 (Anlage 15, Tabelle 6, Schneider et al. 2026: Supplementary Material). Zudem würden die Teilnehmenden eher mit älteren Kolleg\*innen (d.h. 59 Jahre) als mit mittelalten (d.h. 42 Jahre) Kolleg\*innen tauschen (Schätzer=-0,07, p=0,02 (Anlage 15, Tabelle 3, Schneider et al. 2026:8). Pflegekräfte geben zudem an, dass ihre tatsächlichen Kolleg\*innen eher mit fiktiven Kolleg\*innen aus Deutschland einen Dienst tauschen würden als mit fiktiven Kolleg\*innen aus China (Schätzer=0,11, p<0,001 (Anlage 15, Tabelle 6, Schneider et al. 2026: Supplementary Material).

#### 4.3.2.6 Zwischenfazit: Aushandlungsprozesse in der Pflege

Die Herausforderungen, Chancen und Konflikte, die sich aus Aushandlungsprozessen der professionell Pflegenden ergeben, weisen – anders als die praxisbezogenen Veränderungen des pflegerischen Alltags (s. Kap. 4.3.1) – über die teilnehmenden Pflgeteams hinaus. Es handelt sich vielmehr um die derzeit virulenten Themen der professionellen Pflege, die in den Pflgeteams verhandelt werden.

Interessant ist indes, dass unsere Ergebnisse hinsichtlich der Verhandlungen in den Pflgeteams vielfache Wechselwirkungen und Verknüpfungen zwischen Aspekten zeigen, die in Öffentlichkeit und Politik weitestgehend getrennt voneinander diskutiert werden. Dort werden *sowohl* die Anwerbung und Zuwanderung von internationalen Pflegefachpersonen (IPFP) *als auch* die (Teil-) Akademisierung im Kontext veränderter Ausbildungsstrukturen *als auch* die generationelle Verschiebung thematisiert. Unsere intersektionale und komparative Analyse von stationären Pflgeteams zeigt hingegen, dass die Veränderungsprozesse nicht nur parallel, sondern direkt miteinander verbunden stattfinden. Das mag auch ein Grund dafür sein, dass bisherige Erkenntnisse so schwer in der Praxis zu adressieren sind: Die Diskurse finden getrennt statt und bieten dadurch keine integrativen Deutungsangebote. Dies führt in der Praxis dazu, dass zumeist kulturelle Differenzen und Sprachbarrieren die Wahrnehmung der Beteiligten dominieren. Dadurch werden bspw. Kritik am derzeitigen Pflegesystem in Deutschland, Unsicherheiten hinsichtlich des sich verändernden Rollengefüges oder der laxen Arbeitseinstellung auf >die ausländischen Pflegekräfte<, >die Studierten< oder >die Jungen< projiziert.

Den Herausforderungen und Konflikten lässt sich also dann proaktiv begegnen, wenn alternative Deutungsmuster bereitgestellt werden. Hierin liegt eine große Chance, wenn die Veränderungsprozesse *in ihrer Gesamtheit und gegenseitigen Bedingtheit* erkannt und die damit verbundenen Unsicherheiten akzeptiert und produktiv bearbeitet werden. Die Teamperspektive bietet hierbei den Zugang zu den konjunktiven Erfahrungsräumen der Pflgeteams, der mit Unterstützung seitens der Einrichtungen, der Leitungen und aller Teammitglieder veränderbar ist.

#### 4.3.3 Versorgung von Pflegebedürftigen und interprofessionelle Zusammenarbeit mit Ärzt\*innen

*Fragestellung: Inwiefern wirkt sich diese Diversität bzw. der Umgang damit auf die Patientenversorgung und die intraprofessionelle Zusammenarbeit mit Ärzt\*innen in Krankenhäusern aus?*

#### 4.3.3.1 Versorgung von Pflegebedürftigen

Die Versorgung der Pflegebedürftigen ist aus Perspektive der Pflorgeteams primär durch die Diversitätsdimension Migration geprägt – insbesondere hinsichtlich Sprachkenntnissen und --barrieren sowie dem zugeschriebenen kulturellen Hintergrund der internationalen Pflegefachpersonen (IPFP). Allerdings sind diesbezüglich prägnante Unterschiede zu rekonstruieren, die zum einen mit dem Standort der Einrichtung und der dortigen Wohnbevölkerung zusammenhängen sowie mit dem Unterschied zwischen Krankenhaus und Pflegeheim.

##### **Inter- und intrakulturelle Versorgung von Patient\*innen im Krankenhaus**

Die Perspektive der Pflorgeteams auf die interkulturelle Patientenversorgung ist durch deren soziokulturelle Zusammensetzung bestimmt, die wiederum mit dem Standort der Einrichtung assoziiert ist. KH-2 befindet sich in einem Stadtteil, in dem die Wohnbevölkerung wenig kulturell divers ist. Vor diesem Hintergrund werden Aspekte der Patientenversorgung im Kontext von kultureller oder sprachlicher Diversität in PT-C und PT-D kaum direkt angesprochen. Hier stehen die Herausforderungen der Arbeitsorganisation innerhalb der Pflorgeteams im Vordergrund.

Anders stellt sich dies im KH-1 dar, wo die umliegende Wohnbevölkerung seit Jahrzehnten eine große kulturelle und sprachliche Vielfalt aufweist: „Bei uns ist ja sowieso Multikulti.“ (TL-KH1-B-3) Vor diesem Hintergrund werden die vielfältigen Kenntnisse der Pflegekräfte im Zusammenhang mit der Patientenversorgung ausschließlich positiv bewertet. Die Übersetzungsleistungen der Pflegenden erleichtern die Kommunikation mit Patient\*innen (TB-KH1-A-5; TB-KH1-B-6; TB-KH1-B-7) und Angehörigen (TB-KH1-A-6; TB-KH1-B-6), auch im Rahmen der interprofessionellen Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft (TL-KH1-B-3; TB-KH1-B-7). Ein Interviewpartner bezeichnet die kulturelle Diversität des Personals als „Benefit“ (TL-KH1-A-5) für die Versorgung einer kulturell diversen Patientenschaft und stellt heraus, dass es sich hierbei um ein hervorstechendes Merkmal des Krankenhauses handelt:

*Bei Türkisch hört es bei mir zum Beispiel auf. Und jeder zweite Patient [lacht] spricht hier gefühlt nur Türkisch. Das macht es dann bei mir oftmals so ein bisschen schwierig, wo man dann halt mit Händen und Füßen irgendwie versucht, was zu erklären. Da ist es natürlich schöner, wenn da ein Muttersprachler ist, der denen das einfach erklären kann, weil das einfach ganz oft Situationen entschärft. Und das finde ich schon ein Gewinn. Ja. Also in [einem anderen Krankenhaus] war mein Maximum gewesen, dass das schon für alle eine Ausnahme war, wenn da ein Patient war, mit dem man irgendwie Englisch reden musste. (TL-KH1-A-5)*

Die Interviewte betont die praktische Bedeutung von variierenden Sprachkenntnissen und kulturellem Wissen im Umgang mit Patient\*innen. Der Vergleich mit einem anderen Krankenhaus, in dem bereits Englisch eine Ausnahme gewesen sei, unterstreicht die Unterschiede zwischen verschiedenen Einrichtungen. Sie weiß aus Erfahrung, dass sprachliche und kulturelle Barrieren die Patientenversorgung beeinträchtigen können und dass deren Überwindung durch muttersprachliche Kolleg\*innen einen Vorteil darstellt. Dieses Wissen speist sich aus dem konjunktiven Erfahrungsraum der Belegschaft dieses Krankenhauses, für die kulturelle Diversität – anders als in KH-2 – die Normalität darstellt. Dementsprechend ähnlich argumentiert eine andere Pflegefachperson:

*[M]anche Patienten sprechen kein Deutsch. Und dann ist es unheimlich wertvoll, jemanden zu haben, der die Sprache auch spricht, der die Kultur ein bisschen näher kennt und mir eventuell erklären kann: Das kannst du nicht machen, das geht nicht, weil deswegen/ Mir einfach Hintergründe erklärt, die ich nicht kenne. [...] Und wenn man die Leute einfach mal/ versteht, was die für Ängste haben, was die für Bedürfnisse haben, wenn die sich mal mitteilen können, das ist denen auch wichtig. Und man versteht sie besser und kann sich deutlich besser auf sie einlassen. Ist fundamental wichtig. [...] dann weiß man einfach, okay, gut, der ist jetzt/ diese Person ist jetzt adäquat, man kann sich darauf verlassen, dass sie weiß, was sie macht, oder halt auch nicht. Und ich kann quasi dann auch als Nichtsprachler am Bett verstehen, wo die ganze Sache hinführt, was die Person da halt beschäftigt. Unheimlich wertvoll. (TL-KH1-A-2)*

Über die Aspekte hinaus, die zuvor bereits angesprochen wurden, reflektiert diese Interviewpartnerin offen ihre eigenen Grenzen, wenn sie nicht die Sprache eine\*r Patient\*in teilt. Ihre Erzählung verweist darauf, dass sie Sprache nicht nur mit einer instrumentellen Funktion, vielmehr auch mit einer emotionalen Funktion zum Austausch seelischer Belange verknüpft. Dies zeigt ein hohes Maß an Selbstbewusstsein und die Bereitschaft, von ihren Kolleg\*innen zu lernen. Sie erkennt an, dass sie auf deren Expertise angewiesen ist, um eine umfassende Versorgung zu gewährleisten. An anderer Stelle gibt sie gegenüber ihrem Pflorgeteam zu bedenken, dass die Non-Compliance eines Patienten "vielleicht die Sprachbarriere" sein könnte (TB-KH1-A-2).

In KH-1 verknüpfen sich also inter- und intrakulturelle Patientenversorgung, was zu Lernprozessen und auch zu einem gewissen Sicherheitsgefühl in konkreten pflegerrelevanten Situationen führt.

### **Interkulturelle Versorgung von Bewohner\*innen im Pflegeheim**

Die beiden Pflgeteams in den Pflegeheimen sind die einzigen beiden Fallbeispiele, die eine abwehrende Haltung seitens der Bewohner\*innen gegenüber den internationalen Pflegefachpersonen thematisieren. Dies mag daran liegen, dass diese Form der professionellen Pflege durch langfristige Beziehungen zu Bewohner\*innen charakterisiert ist, deren Lebenswelt das Pflegeheim darstellt. Außerdem ist zu bemerken, dass die Bewohnerschaft beider teilnehmenden Pflegeheime wenig soziokulturell divers ist. Beide Pflgeteams argumentieren mit spezifischen Versorgungsbedarfen im Kontext altersspezifischer Krankheiten, insbesondere Demenz. Die betreffenden Bewohner\*innen würden die IPFP mit nicht-deutschem Aussehen ablehnen, was sich teils in rassistischen Äußerungen zeigt (GD-PH1-E-6; GD-PH2-F-8).

In PT-E scheinen rassistische Äußerungen – auch von nicht-dementen Bewohner\*innen – ein Problem darzustellen, die wiederholt auftreten. Insbesondere im Workshop wurden Bewohner\*innen zitiert: „Den Asiaten schick mal nicht zu mir rein.“ Oder: "Guck mal, da kommt der N\*\*\*\*." (WS-PH1-PT-E) Ein Pflegehelfer spricht über IPFP aus afrikanischen Ländern: „Die Schwarzen sollen pflegen, da haste Rassismus, die Bewohner haben noch nie einen Schwarzen gesehen.“ (TB-PH1-E-7)

In PT-F wird die Versorgung der Bewohner\*innen im Kontext von kultureller und sprachlicher Diversität auf eine sehr viel komplexere Weise geschildert. Die folgende Sequenz thematisiert bspw. die Herausforderungen aufgrund der verschiedenen Sprachniveaus:

*Kommunikation ist ja teilweise auch schwer, weil sie eben aufgrund ihrer Demenz oder Erkrankung, Schlaganfall nicht mehr kommunizieren können. Und da gibt's das zweite große Problem, das ist die Sprache. Die Kollegen sind total motiviert, habe ich bei jedem einzelnen. Also ich habe noch keinen erlebt, der nicht motiviert war, noch keinen. Aber das Problem ist, die kommen mit teilweise sehr schlechter Sprache. Und alte Leute sind da teilweise auch mitunter (.) ich sage jetzt mal rassistisch, weil ich versteh dich nicht, ich möchte nicht, schick die mal weg, kann hier keine deutsche Kollegin kommen? Das ist nicht, weil sie euch nicht mögen, ganz im Gegenteil, ihr seid manchmal viel zu lieb, also die nehmen zu viel ab, es ist eher, dass sie es nicht verstehen. Dass sie nicht verstanden werden, weil sie mitunter schlechter sprechen, und dass sie die Kollegen auch nicht verstehen. (GD-PH2-F-8)*

Die Kommunikation mit Pflegebedürftigen kann erschwert oder sogar unmöglich sein, was durch die (noch) nicht ausreichenden Deutschkenntnisse der IPFP verstärkt wird. Die PFP bemüht den Begriff „rassistisch,“ weil die Bewohner\*innen nach einer deutschen Kollegin verlangen. Sie betont jedoch den mitdiskutierenden IPFP gegenüber, dass dies nicht unbedingt auf mangelnder Wertschätzung beruht, sondern vielmehr auf sprachlichen Verständnisproblemen. Die Sprachbarrieren – sowohl seitens der Bewohner\*innen als auch seitens der neuen IPFP – erschweren den Beziehungsaufbau erheblich. Dementsprechend fordert das Pflegeteam mehrfach mehr Zeit und eine gründliche Einarbeitung, damit Bewohner\*innen und neue IPFP sich gegenseitig kennenlernen und Vertrauen aufbauen können (GD-PH2-F-7; GD-PH2-F-8). Das folgende Beispiel zeigt sehr deutlich, wie stark der Versorgungsalltag behindert wird, wenn neue IPFP und Pflegebedürftige dazu keine Gelegenheit bekommen:

*Und die [IPFP, Anm. d. A.] brauchen die Einarbeitung auch dann, zum Beispiel, manche Leute sind auch gerade in Altenpflege spezifisch. Bedeutet, die haben psychisch Erkrankung und so weiter. [...] Wir haben so zwei drei Leute, die sind zum Beispiel auf vietnamesische Kräfte richtig agro, von den Bewohnern her, dann da waren Leute, die dann nicht spritzen dürften. Dann haben die Kollegen gerufen, komm runter, weil du wenigstens ein bisschen anders aus und dann kannst spritzen, ja? [...] da haben wieder Leute Angst gehabt und da sind wieder ausgetickt, ja? (GD-PH2-F-7)*

Es sind also xenophobe oder gar rassistische Einstellungen *seitens der Bewohner\*innen*, die die organisatorischen Abläufe der pflegerischen Versorgung erschweren.

Zugleich berichten IPFP im PT-F auch von guten Beziehungen zu den Bewohner\*innen, die sich trotz – oder wegen – sprachlicher Variationen aufbauen:

*B: Wir haben in der Türkei Hochdeutsch gelernt, aber die Menschen sprechen hier Alltagsdeutsch. Wir haben nicht gelernt Alltagsdeutsch. Deswegen ein bisschen schwierig für uns.*

*B2: Aber ich habe meine Bewohner türkische Wörter gelernt. Ja, und meine Bewohner haben mir deutsche Wörter gelernt. [lacht]*

*I: [lacht] Bei dir sprechen dann alle Türkisch irgendwann.*

*B2: Guten Morgen auf Türkisch Günaydın. Meine Bewohner haben mir Günaydın gesagt. Ich habe guten Morgen. [lacht] Ja, lustig. (TL-PH2-F-3/4/5)*

Die Diskussionsteilnehmerinnen wissen um die Vielfalt der deutschen Sprache und die Herausforderungen, die mit dem Erlernen und dem Anwenden einer neuen Sprache

verbunden sind. Der humorvolle Umgang mit sprachlichen Herausforderungen kann als eine Art Bewältigungsstrategie interpretiert werden – die allerdings ein gewisses Sicherheitsgefühl voraussetzt und darauf verweist, dass IPFP im PH-2 durch das Pflgeteam (s. Kap. 4.3.1.1) und durch die Leitungsebene gestärkt werden (s. Kap. 4.3.1.3).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Rolle, die kulturelle und sprachliche Diversität in der Versorgung von Pflegebedürftigen spielt, ganz entscheidend durch *eben diese* Pflegebedürftigen mitgestaltet wird. Vor diesem Hintergrund sind vor allem Diskriminierung und Rassismus seitens der Pflegebedürftigen gegenüber Pflegenden Probleme, die von der Einrichtung konsequent adressiert werden müssen.

#### **4.3.3.2 Interprofessionelle Zusammenarbeit mit Ärzt\*innen**

Wenngleich die Zusammenarbeit mit Ärzt\*innen zu Beginn lediglich in den Krankenhäusern untersucht werden sollte, so wurde dieser Aspekt im Zuge der qualitativen Analysen auch für die Pflegeheime relevant (s.u.).

##### **Interprofessionelle Zusammenarbeit im Krankenhaus**

In den Fallstudien der Krankenhäuser lassen sich bzgl. der interprofessionellen Zusammenarbeit kaum direkte Zusammenhänge mit den untersuchten Diversitätsdimensionen Migration, Qualifikation oder Geschlecht feststellen. Hinsichtlich der Diversitätsdimension Generation werden lediglich kleinere Unterschiede beschrieben, da die Zusammenarbeit zwischen beiden Berufsgruppen "früher" im persönlichen Kontakt am Patientenbett stattgefunden habe (GD-KH1-A-2), sich heute aber vermittelt über die Computer-gestützte Dokumentation abspiele (GD-KH1-A-2). Darüber hinaus ergeben sich vereinzelt Reibungspunkte zwischen berufserfahrenen Pflegefachpersonen und jungen Assistenzärzt\*innen, weil die Weisungsbefugnis der Ärzteschaft gegenüber der Pflege der erfahrungsbedingten Expertise der älteren Pflegefachkräfte entgegensteht (TL-KH1-A-1; TL-KH1-A-5).

Die Ergebnisse der Online-Befragung bestätigen die qualitativen Analysen über die interprofessionelle Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft: Die interprofessionelle Zusammenarbeit mit Ärzt\*innen wurde von den teilnehmenden Pflegekräften auf einer Skala von 1 bis 5 im mittleren Bereich eingeordnet ( $M=2,85$ ;  $SD=0,7$ ). Die Bewertung der personellen Ressourcen für die pflegerische Arbeit auf der Station bzw. im Arbeitsbereich wurde von den Teilnehmenden auf einer Skala von 1 bis 4 ebenfalls durchschnittlich im mittleren Bereich ( $M=2,25$ ;  $SD=0,7$ ) angeordnet. Es wurden keine statistisch signifikanten Unterschiede in der Bewertung der beiden Faktoren hinsichtlich Alter, Geschlecht, Qualifikation und Migrationserfahrung der Befragten beobachtet (s. Anlagen 13 und 14). In bivariaten Analysen zeigte sich ein positiver und statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Bewertung der interprofessionellen Zusammenarbeit und der Bewertung personeller Ressourcen. Somit gingen positivere Bewertungen der Zusammenarbeit mit ärztlichem Personal mit positiveren Berichten bezüglich des Vorhandenseins von ausreichend Ressourcen für eine gute pflegerische Arbeit – und vice versa – einher (s. Anlage 14).

Diesbezüglich geben wiederum die qualitativen Erkenntnisse weiteren Aufschluss, denn es scheinen die spezifischen Funktionsweisen der Stationen sowie die persönlichen Beziehungen zwischen Ärzt\*innen und Pfleger\*innen zu sein, die über die Wahrnehmung der interprofessionellen Zusammenarbeit entscheiden. In PT-A ist die interprofessionelle

Zusammenarbeit beispielsweise vergleichsweise egalitär, so "dass man schon sehr auf Augenhöhe miteinander agiert" (TL-KH1-A-5). Dieser Eindruck lässt sich durch die Beobachtungsprotokolle bestätigen (TB-KH1-A-4) und mag daran liegen, dass es sich um eine Intensivstation mit festen Stationsärzt\*innen handelt (GD-KH1-A-1; TL-KH1-A-2). Außerdem schätzen die Pflegefachpersonen den Wissenszuwachs durch den Austausch mit der Ärzteschaft, weil die "ja nochmal viel detaillierter auf die medizinische Seite" (TL-KH1-A-2) eingingen.

Bei PT-B handelt es sich um eine interdisziplinäre Station ohne feste Stationsärzte. Insgesamt ist das Pflgeteam eher unzufrieden mit der Situation (TB-KH1-B-3; TB-KH1-B-5; TB-KH1-B-7). Die Kommunikation mit den Ärzt\*innen müsste sich verbessern; dass man auch auf Station einen ärztlichen Ansprechpartner habe (TB-KH1-B-8). Denn das Fehlen einer solchen Person führt zu einem erhöhten Organisationsaufwand (TL-KH1-B-2). Durch die Abwesenheit der Ärzt\*innen und die digitale Dokumentation verlaufen die Arbeitsabläufe von Pflege und Medizin asynchron, was sich unter den Bedingungen der Weisungsbefugnis der Ärzteschaft als hinderlich für pflegerische Arbeitsabläufe und die Versorgung erweist (TL-KH1-B-2).

Während die Stationen von PT-A und PT-B eher spezielle Funktionsweisen haben, sind PT-C und PT-D auf sog. Normalstationen tätig. Doch auch zwischen diesen beiden Pflgeteams differiert die Zufriedenheit mit der interprofessionellen Zusammenarbeit stark.

In PT-C stellt diese sich eher kritisch dar. Die Beobachtungsprotokolle zeugen von einem freundlichen, aber vergleichsweise kühlen Umgang zwischen Ärzt\*innen und Pfleger\*innen (TB-KH2-C-3; TB-KH2-C-2). Weiterhin zeigt sich auch hier Unzufriedenheit mit der durch die digitale Dokumentation induzierten unpersönlichen und asynchronen interprofessionellen Zusammenarbeit (GD-KH2-C-4; TL-KH2-C-2). Darüber hinaus hängt die Qualität der interprofessionellen Zusammenarbeit eng mit den jeweiligen Assistenzärzt\*innen auf der Station zusammen, die jährlich rotieren. Die starke negative Grundhaltung ergibt sich daraus, dass die Ärzt\*innen als unflexibel und computerfixiert wahrgenommen werden. Darüber hinaus werde weder mit den Patient\*innen noch mit den Pfleger\*innen gesprochen. Diese unpersönliche und unkooperative Haltung der Ärzt\*innen erzeugt deutlichen Frust bei der Sprecherin und weist auf ein beschädigtes interprofessionelles Arbeitsklima hin (TL-KH2-C-1).

Ganz anders stellt sich die Situation in PT-D dar, wo die interprofessionelle Zusammenarbeit nicht nur von Kooperation geprägt ist (TB-KH2-D-7; TB-KH2-D-8), sondern auch von Sympathien zwischen den Mitgliedern beider Berufsgruppen getragen wird (TB-KH2-D-3; TB-KH2-D-8). Eine der leitenden Pflegefachkräfte sagt im Interview, die Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft „ist super hier“ und erklärt, man könne „ganz viele Sachen dadurch auf kurzem Wege klären“ (TL-KH2-D-1).

### **Interprofessionelle Zusammenarbeit im Pflegeheim**

In den Pflegeheimen stellt sich die Zusammenarbeit mit Ärzt\*innen generell ganz anders dar als in den Krankenhäusern. Pflegekräfte agieren hier eigenständiger, persönliche Kontakte zu Ärzt\*innen sind seltener als im Krankenhaus und finden zumeist im Rahmen von (wöchentlichen) Visiten statt. Interessanterweise ist es diese spezifische Organisation der Versorgung, durch die – anders als im Krankenhaus – die Diversitätsdimension Migration hervortritt. Zum einen erschweren die Sprachbarrieren den zumeist telefonischen Kontakt zwischen internationalen Pflegefachpersonen (IPFP) und Ärzt\*innen (TB-PH1-E-7), zum anderen kommt in PT-F der vergleichsweise große Respekt der IPFP gegenüber Ärzt\*innen zur

Sprache (TL-PH2-F-1). Aus diesem Grund sind Veränderungen in der Zusammenarbeit der Pflegefachpersonen mit den behandelnden Ärzt\*innen anvisiert: Es sollen Sprechzeiten für Ärzt\*innen und Angehörige eingeführt werden, in die die IPFP bereits während ihres Anerkennungsverfahrens aktiv einbezogen werden sollen:

*Wir haben uns überlegt, wir wollen ab Januar das so machen, dass wir gesagt haben, wir haben auch Sprechzeiten hier im Haus, auch für/ die Ärzte mit den Angehörigen. Und wir wollen ab Januar auch mal zu Sprechzeiten/ Wir fangen an mit der Wohnbereichsleitung einmal im Monat. Wir müssen gucken, wie es angenommen wird. Und die Idee in der WBL-Runde war letztens, dass wir gesagt haben: Wir können uns ja auch immer mal [eine PFP in Anerkennung] mit reinnehmen. [...] Oder jetzt wieder mit den ganzen Impfungen, jetzt Covid-Impfungen. Ja, das ist Aufgabe der Ärztin, aber immer mit uns, mit den Pflegefachpersonen zusammen. Und das müssen jetzt gerade unsere Mitarbeiter in Anerkennung auch verstehen. Und so ein Beratungsgespräch zu führen, das ist schon schwer. (TL-PH2-F-1)*

Dieses Vorgehen verdeutlicht den integrativen Ansatz in PT-F und die Wertschätzung der Expertise der IPFP. Hier wird die Herausforderung von Beratungsgesprächen, insbesondere für IPFP in Anerkennung, thematisiert. Es wird deutlich, dass hier Schulungsbedarf besteht, der allerdings auch proaktiv angegangen wird.

#### **4.4 Projektziel 2: Organisationale Bedingungen unter Aushandlungsdruck (Mesoebene)**

*Fragestellung: Welche Rolle spielen mitarbeiterbezogene und organisationale Faktoren bei der Kooperations- und Entscheidungspraxis im Alltag von Pflegeteams?*

Ausgangspunkt für das zweite Projektziel war die Überlegung, dass die organisationalen Bedingungen in den stationären Versorgungseinrichtungen auf der Mesoebene durch veränderte Praktiken zugewanderter (akademisierter) Pflegefachkräfte einem neuen Aushandlungsdruck unterliegen. Die Ergebnisse der qualitativen Fallstudien weisen jedoch darüber hinaus: Der Aushandlungsdruck auf Entscheidungsprozesse, Hierarchieverständnisse, Kommunikationsstile, Verantwortungs- und Tätigkeitsbereiche sowie Organisationskulturen ergibt sich aus dem intersektionalen Zusammenwirken der Diversitätsdimensionen Migration, Qualifikation und Generation. Nicht nur die akademisierten internationalen Pflegefachpersonen (IPFP), sondern auch die junge Pflegegeneration und die Veränderungen in den Ausbildungsstrukturen der deutschen Pflege führen vor dem Hintergrund des Personalmangels dazu, dass traditionelle Strukturen und Arbeitsabläufe neu gedacht und in anderer Form bewältigt werden müssen.

Ein zentraler Befund dieser Studie ist, dass Diversität nicht an sich ein Problem darstellt, sondern die mit Diversität verbundenen Aspekte erst im Kontext bestimmter Rahmenbedingungen konfliktuell für die Zusammenarbeit in einem Pflegeteam und die pflegerische Versorgung werden (können). Somit lassen sich vermeintliche Diversitätsprobleme zumeist mit konkreten strukturellen Problemen in Verbindung bringen. Diese strukturellen Probleme gilt es zu erkennen und nach Wegen zu suchen, diese zu bearbeiten (Luhmann 2000). Die zunehmende Diversität der Belegschaft erzeugt den notwendigen Aushandlungsdruck, um überholte Strukturen auf den Prüfstand zu stellen. Die Herausforderungen, die mit Diversität einhergehen, sind also eingelagert in die formalen, wie informalen Organisationsstrukturen, die es gilt, diversitätssensibel zu gestalten.

Die damit verbundenen Herausforderungen zeigen sich auf drei Problemebenen: der Ebene des Einzelfalls, der Teamebene und der strukturellen Ebene (s. Abb. 7)

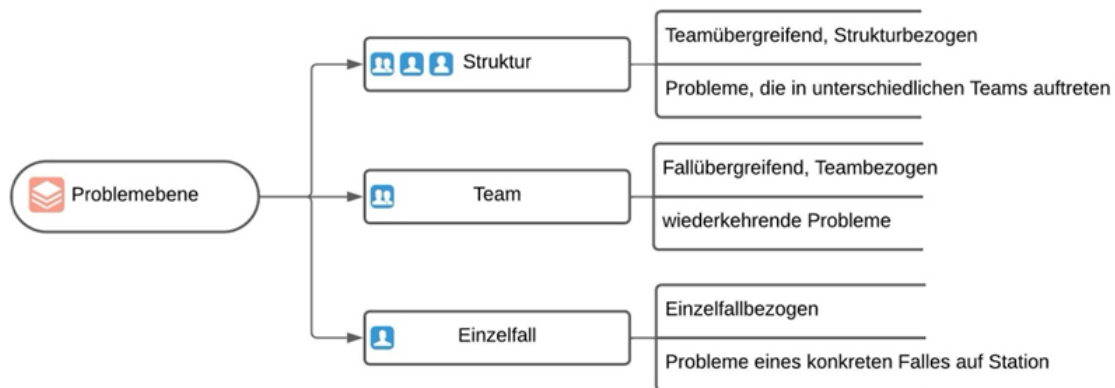


Abbildung 7: Problemebenen (eigene Darstellung)

**Problematische Einzelfälle:** Hierzu zählen bspw. ein Missverständnis in einer Behandlungssituation oder fehlerhafte Dokumentation.

**Teambezogene Probleme,** die Einzelfall-übergreifend auftreten: Wiederholen sich innerhalb eines Teams bspw. immer wieder die gleichen Missverständnisse oder sind bestimmte Dokumentationen wiederholt fehlerhaft (Feißt/Muster 2024), haben wir es mit teamspezifischen Problemen zu tun.

**Strukturprobleme,** die Team-übergreifend auftreten: Aus einer übergeordneten Perspektive lässt sich erst feststellen, ob es sich um ein teamspezifisches Problem handelt und somit lokale Lösungen gefunden werden müssen, oder ob man es mit Strukturproblemen zu tun hat, die Team-übergreifend auftreten (könnten). Kommt es bspw. Team-übergreifend immer wieder zu Behandlungsfehlern aufgrund von kommunikativen Missverständnissen, kann dies daran liegen, dass der unternehmensweite Standard für Dauerkatheter nicht hinreichend bekannt ist (TB-PH2-F-7), es aufgrund veränderter Ausbildungsinhalte zu intergenerationellen Missverständnissen kommt (WS-KH1-B), oder die Deutschkenntnisse neuer IPFP unternehmensweit nicht ausreichend sind (WS-KH1+2-L/OE). Probleme dieser Art müssen dann entsprechend auch übergreifend adressiert werden.

Auf Teamebene ließen sich aus den qualitativen Fallstudien verschiedene Faktoren identifizieren, die sich – je nach Ausprägung – förderlich oder hinderlich auf den Umgang der Pflgeteams mit kultureller und sprachlicher, qualifikatorischer sowie generationeller Diversität auswirken (Abb. 8). Die meisten dieser Faktoren weisen allerdings über die Teamebene hinaus und sind dementsprechend auf der strukturellen Ebene zu adressieren.

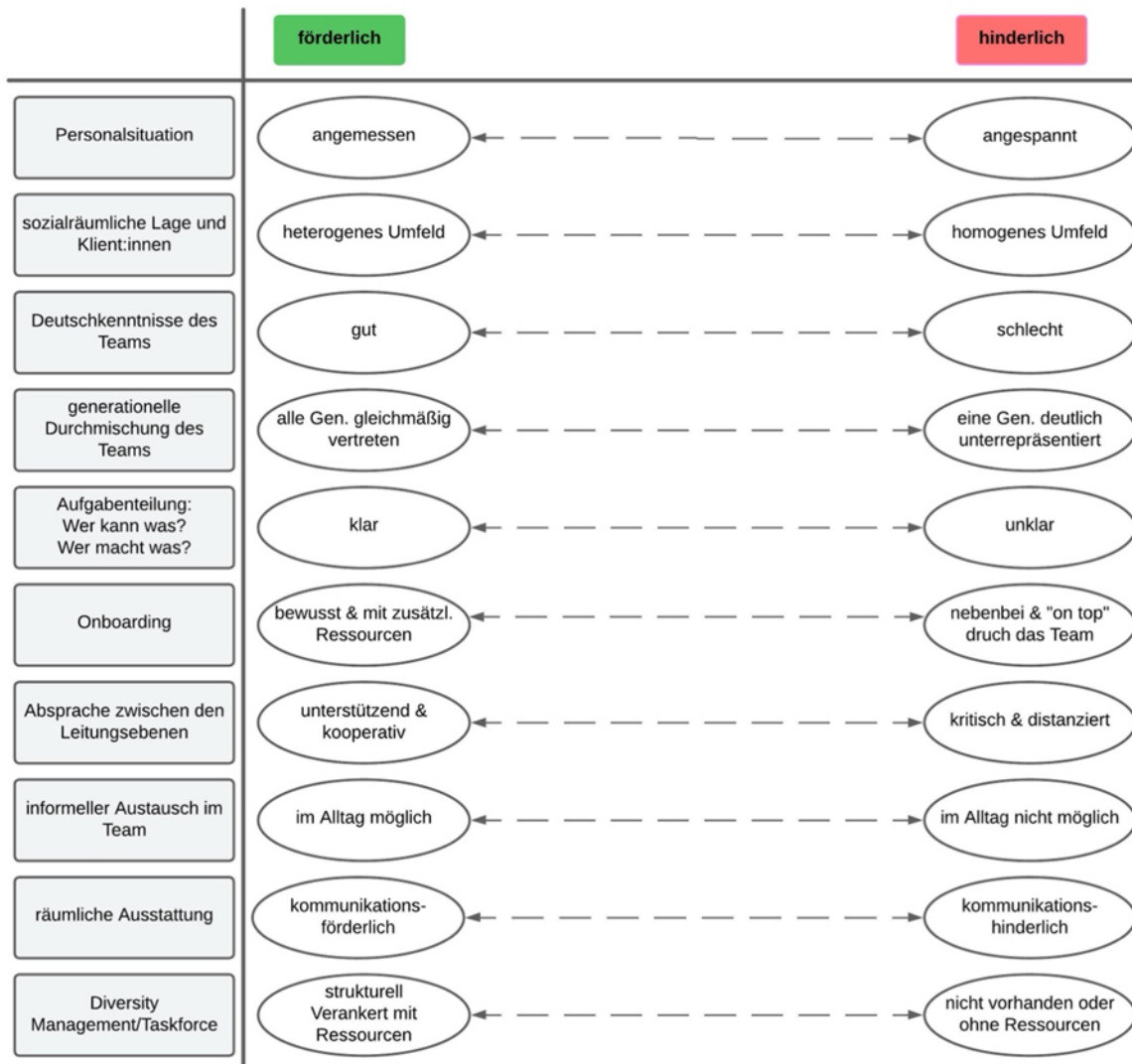


Abbildung 8: Einflussfaktoren auf den Umgang mit Diversität auf Teamebene

Strukturprobleme, die über die Fallstudien und die Einrichtungen hinweg unter Druck geraten sind, betreffen das Onboarding neuer Mitarbeiter\*innen, die Schichtplanung und das Ausfallmanagement sowie das Personalmanagement.

Diversitätssensibles Onboarding: Das Onboarding und die Einarbeitung neuer Kolleg\*innen, insbesondere neuer IPFP stellen einen zentralen Aspekt des Gelingens der damit verbundenen Teamprozesse dar. Die Pflegeteams müssen durch organisationale Rahmenbedingungen in die Lage versetzt werden, die vergleichsweise intensive Einarbeitung der IPFP leisten zu können, die zusätzlich sprachliche wie pflegekulturelle Aspekte umfasst (Kap. 4.3.1.1). Es müssen somit von der Organisation Ressourcen bereitgestellt werden, damit die neuen IPFP nicht direkt "als zweite Kraft laufen" – denn das ist keine Entlastung für das Team, sondern ein stressiges Frustrationserlebnis für alle Beteiligten, die das Gefühl haben, "verheizt" zu werden und von der Leitungsebene mit der kaum zu bewältigenden Mehrarbeit allein gelassen zu werden (Schumann et al. 2024).

Diversitätssensible Schichtplanung: Das Schichtsystem ist aufgrund der notwendigen 24-Stunden-Betreuung sowohl in Krankenhäusern als auch in Pflegeheimen eine strukturelle

Rahmenbedingung, die für eine lückenlose Versorgung erforderlich ist. Dennoch stellt sich angesichts unserer Erkenntnisse die Frage, was innerhalb dieser Rahmenbedingungen möglich ist, um den Bedarfen der Pflgeteams hinsichtlich der Arbeitszeiten Rechnung zu tragen. Eine flexiblere Schichtplanung, die neben den drei Hauptschichten (Früh-, Spät- und Nachtdienst) bspw. auch Zwischendienste beinhaltet, könnte die Arbeitszufriedenheit steigern. Auch die Tätigkeiten, die innerhalb der jeweiligen Schichten erledigt werden müssen, lassen sich möglicherweise verändern – in den Fallstudien wurde wiederholt die Frage aufgeworfen, ob denn die Körperpflege wirklich morgens durchgeführt werden müsste, wenn die Arbeit generell besonders verdichtet ist (PT-A, PT-C). IPFP könnten an festgelegten Tagen zeitversetzt zur Arbeit erscheinen, wenn die etablierten PFP ein Zeitfenster haben, um sie in eine bestimmte Tätigkeit vertieft einzuarbeiten (PT-F). Außerdem könnte die Leitung die Erstellung des Dienstplans auch an das Team oder einzelne Verantwortliche im Team delegieren (PT-B) – immer unter der Voraussetzung, dass die gesetzlichen Ruhezeiten für alle gewahrt werden. Wie unsere komparative Fallanalyse zeigt, gibt es nicht die eine Lösung, die für alle Pflgeteams passt. Nichtsdestotrotz ist der Dienstplan eine zentrale Stellschraube, um die strukturellen Rahmenbedingungen zu verbessern. Die Frage ist letztlich, inwiefern man diese Erkenntnis für das eigene Team nutzen kann, um die Rahmenbedingungen im Sinne einer positiven Arbeitsatmosphäre anzupassen.

Diversitätssensibles Ausfallmanagement: Eine Herausforderung ist und bleibt die Besetzung von Schichten bei Krankheitsausfällen. Dies betrifft insbesondere die Diversitätsdimension Generation, wie in Kap. 4.3.1.2 ausführlich dargelegt. Aus organisationssoziologischer Perspektive wurde bisher mit persönlichem Einsatz der einzelnen Pflegekräfte kompensiert, was die Organisationsstrukturen nicht leisteten. Die Bereitschaft zu diesem Engagement nimmt jedoch immer weiter ab, so dass hier Abhilfe geschaffen werden muss. Mögliche Ansatzpunkte wären hier etwa Flexidienste, Bereitschaftsdienste oder der Ausbau interner Personalpools. Darüber hinaus ließe sich eine Art Zeitwertkonto einführen, welches die entsprechende Mehrarbeit in freie Tage umwandelt – so könnten ältere Pflegekräfte bei vollem Gehalt früher in Rente gehen oder IPFP könnten längere Zeit am Stück ihre Familien und Freunde in ihren Heimatländern besuchen.

Diversitätssensibles Personalmanagement: Die Ergebnisse der Fallstudien zeigen sehr deutlich, wie zentral das Personalmanagement für die Schaffung positiver Rahmenbedingungen ist, damit die Teams die Herausforderungen des pflegerischen Arbeitsalltags meistern können. Der zunehmende Qualifikationsmix erfordert die klare Kommunikation darüber, wer welche Aufgaben erledigen muss/soll/darf. Es gilt unbedingt, Verantwortungsdiffusion zu vermeiden. Darüber hinaus sollten die Pflgeteams in die Entscheidung über die Einstellung neuer Kolleg\*innen einbezogen werden – bspw. durch Probearbeiten. Die Ergebnisse der Fallstudien zeigen deutlich, dass neue IPFP, bei denen "die Chemie stimmt" mehr Engagement seitens des Bestandsteams evozieren, diese Person in das Team aufzunehmen und bei der Einarbeitung zu unterstützen. In Zeiten des Personal mangels kann sich nicht jede Einrichtung ihre neuen Mitarbeiter\*innen aussuchen, aber da, wo es möglich ist, sollte auf die Passung mit dem Bestandsteam geachtet werden.

Integrations- und Diversitätsmanagement: Einrichtungen sollten nach Möglichkeit personelle Ressourcen bereitstellen, um die einzelnen Maßnahmen zu implementieren und zu koordinieren. Zu denken wäre bspw. an Arbeitsgruppen oder Positionen, die als Ansprechpartner\*innen für einen bestimmten Aspekt fungieren.

Zusammenfassend zeigt sich: Eine diversitätssensible Organisationsentwicklung umfasst weit mehr als das klassische Diversity Management. Es geht um den Aufbau von guten Strukturen der Kooperation und Arbeitsteilung, eines intensiven und praxisnahen Onboardings und eines Ausfallmanagements, das die hohen Belastungen der Beschäftigten stärker berücksichtigt. Damit kann die Diversität in Pflgeteams zum Erfolgsfaktor werden.

Fragestellung: Wie lassen sich die (neu) eingebrachten Ressourcen und Kompetenzen bestmöglich nutzen und wie können die Kommunikations- und Kooperationsstrukturen dafür verändert werden?

Eine grundlegende Problematik ist, dass die akademisierten IPFP in der deutschen Pflege auf Strukturen treffen, in denen es für sie keine originäre Rolle gibt. Obschon auch hier die qualifikationsbedingte Aufteilung von Grund- und Behandlungspflege Gegenstand der Auseinandersetzungen ist (Kap. 4.3.2), ist bisher im Stations- und Wohnbereichsgefüge jenseits der Übernahme von Leitungsfunktionen noch keine gängige Rolle für akademisierte Pflegefachkräfte etabliert. Da der Anteil akademisch ausgebildeter Pflegefachkräfte im Vergleich zu anderen Ländern noch gering ist, fehlen bisher klar definierte Aufgabenprofile und Karrierewege. Es gibt zudem Bedarf an der Etablierung von mehr Stellen, die den Qualifikationen der akademisierten Pflegefachkräfte entsprechen. Mit der zunehmenden Akademisierung der Pflege in Deutschland wird dies auch weiterhin für Diskussionen sorgen. Interessant ist indes, dass die Diskussionen um die Akademisierung in Deutschland und die Zuwanderung der internationalen Pflegefachkräfte weitestgehend getrennt voneinander stattfinden. Dies mag auch damit zusammenhängen, dass der Referenzberuf für die Anerkennung ausländischer Abschlüsse die Ausbildung zum Pflegefachmann bzw. zur Pflegefachfrau ist und eben nicht der Bachelor of Nursing. Dahingegen zeigen die Ergebnisse unserer Fallstudien, dass die pflegerische Berufspraxis realiter durch eine Verwobenheit beider Entwicklungen gekennzeichnet ist.

Prinzipiell sollten die Aushandlungsprozesse also viel Ressourcen orientierter ablaufen, das Wissen und die Erfahrungen der IPFP viel aktiver mit einbeziehen. Denn die Vorstellung, dass IPFP in das deutsche Pflegesystem einwandern und sich den Strukturen und den Abläufen (mit mehr oder weniger Unterstützung) anpassen, diese Vorstellung ist noch sehr präsent. Dies ist jedoch mitnichten der Fall. Die Zuwanderung ist nicht nur immanenter Teil des Veränderungsprozesses in der Pflege, sie gestaltet und beschleunigt diesen Prozess erheblich mit – auch wenn dies einen blinden Fleck in der öffentlichen und politischen Wahrnehmung darstellt.

Die damit verbundene Problematik wird in Abbildung 9 deutlich. Die pflegerische Autonomie ist in den meisten Herkunftsländern der IPFP ausgeprägter als in Deutschland (GD-PH2-F-8). Dort werden Tätigkeiten übernommen, die hier in den originären Zuständigkeitsbereich der Ärzteschaft fallen, bspw. die selbstständige Verabreichung von Medikamenten. Diese Kompetenz ist im Rollengefüge der Stationen und Wohnbereiche allerdings nicht anschlussfähig. Die Schnittmenge zwischen den in Deutschland examinierten Pflegefachpersonen und den studierten IPFP liegt dann maximal bei der Behandlungspflege und wird im Alltag durch kulturelle und sprachliche Verständigungsschwierigkeiten nur noch weiter geschmälert.

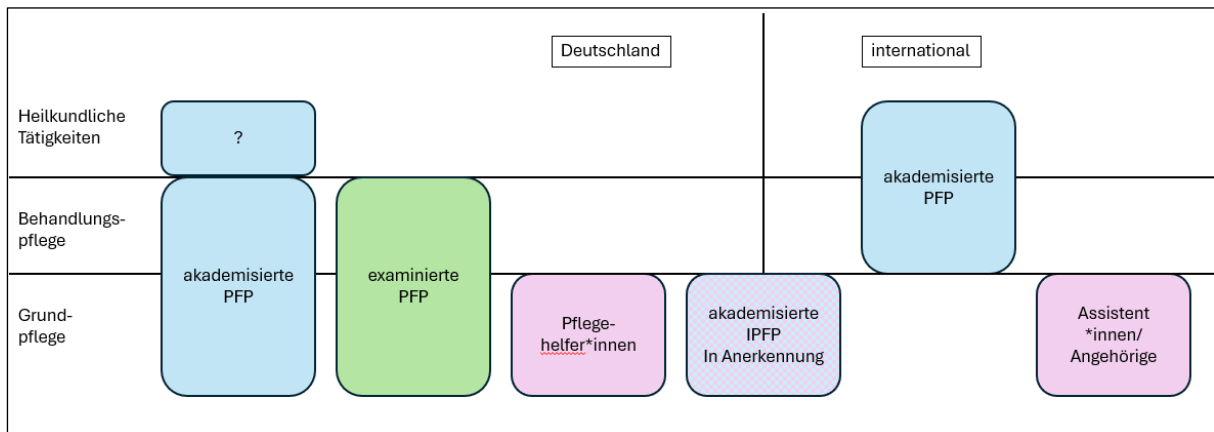


Abbildung 9: Rollengefüge im Vergleich (stark vereinfacht, eigene Darstellung)

Wenngleich der Veränderung organisationaler Strukturen durch gesetzliche Rahmenbedingungen, wie etwa dem Pflegeberufegesetz (PflBG) oder dem Sozialgesetzbuch (SGB) XI durchaus Grenzen gesetzt sind, so sind es doch die Organisationen, die den Divergenzen zwischen den mitgebrachten Qualifikationen der IPFP und den strukturellen Rahmenbedingungen produktiv begegnen müssen, sofern sie die Kompetenzen der IPFP bestmöglich nutzen wollen. Vor diesem Hintergrund bedarf es also innerhalb der rechtlichen Rahmenbedingungen Änderungen auf Ebene der Strukturen (s. Abb. 7), damit sich auf Teamebene nicht folgende (nicht unübliche) Perspektive manifestiert:

*Examiniert dort ist nicht gleich examiniert hier. Also erstmal ist ja sowieso dort alles anders, also Pflegen kennen die meistens gar nicht. Die geben vielleicht mal eine Spritze, ein Medikament, und das war es. [...] Und dann die Arbeitsweise hier dem anzupassen, das wird sehr schwierig. Und meistens scheitert es auch. [...] Weil die meisten ja so nicht arbeiten wollen, wie wir. (TL-KH2-C-2)*

Deutlich wird hier der verengte Blick darauf, was die IPFP an Kompetenzen mitbringen sowie die einseitige Anpassungserwartung, die nach wie vor recht verbreitet ist. Und obschon reflektiert wird, dass es sich um zwei sehr unterschiedliche berufliche Sozialisationen handelt, wird ein mögliches – bzw. aus Sicht der Befragten wahrscheinliches – Scheitern der Zusammenarbeit allein dem Willen der IPFP zugerechnet. Mit Blick auf die theoretischen Vorüberlegungen handelt es sich bei der beruflichen Sozialisation allerdings um langjährig angeeignete habitualisierte Praktiken. Und obschon hier wie dort von "Pflegefachkräften" die Rede ist, treffen letztlich unterschiedliche Orientierungsrahmen aufeinander, die aus unterschiedlichen Aufgabenfeldern und Kompetenzbereichen resultieren. Hinzu kommt, dass die IPFP während ihrer Anerkennungsphase als Pflegehelfer\*innen beschäftigt und damit in eine Position versetzt werden, grundpflegerische Tätigkeiten auszuüben (Kap. 4.3.1.1), was in den meisten Herkunftsländern nicht Teil ihrer Ausbildung war.

Das alles zusammengenommen, kommt es zu einer mangelnden Passung zwischen Personen und Stellen. Einerseits kommt es vor, dass eine IPFP (=Person) zwar nach erfolgreicher Anerkennung formal auf die Stelle passt, aber die Zusammenarbeit scheitert, weil die Anforderungen dieser Stelle nur unzureichend erfüllt werden (können). Umgekehrt haben wir hochqualifizierte Personen, die während ihrer Anerkennungsphase als Helfer\*innen eingesetzt werden, obwohl sie theoretisch höher qualifiziert sind als examinierte Pflegekräfte

aus dem Inland. Im derzeitigen System ist es somit formal möglich, Personen auf Stellen zu setzen, die dazu nicht geeignet sind.

Hier wird auch deutlich, inwiefern es sich um eine intersektionale Thematik handelt, da die drei Dimensionen Generation, Qualifikation und Migration betroffen sind: Um die Ressourcen und Kompetenzen der IPFP bestmöglich zu nutzen, müssten die Kommunikations- und Kooperationsstrukturen dahingehend verändert werden, wie es mit Blick auf die (Teil-) Akademisierung und den generationellen Wandel ohnehin nötig wäre, nämlich ein Neuentwurf der Arbeitsteilung und Aufgabenbereiche in der Pflege sowie im Gesamtgefüge zwischen Pflege und Ärzteschaft.

Eine Neuordnung allein wird allerdings nicht dazu führen, die Ressourcen und Kompetenzen der IPFP bestmöglich zu nutzen. Es kommt auf weitere Faktoren an, wie sie in Abb. 8 angesprochen sind, primär ein umfassendes Onboarding sowie die Vermittlung von Deutschkenntnissen, die für die Pflegepraxis relevant sind. Darüber hinaus bedarf es gerade in neuen Strukturen der klaren Kommunikation von Tätigkeits- und Verantwortungsbereichen hinsichtlich des jeweils im Pflorgeteam vorhandenen Qualifikationsmix'.

Neben solch über- und tiefgreifenden Strukturmaßnahmen konnten auch mitarbeiterbezogene Aspekte geschlussfolgert werden, wie sich die diversitätsbedingten Ressourcen und Kompetenzen besser nutzen lassen. Ganz fundamental ist eine Teamkultur, in der Unterschiede und Differenzen kommunizierbar sind. Dies kann reaktiv oder proaktiv erfolgen. Reaktiv gilt es, auftretende Probleme frühzeitig und angemessen zu thematisieren. Als Beispiel ließen sich hier die generationellen Differenzen in PT-A anführen, die von der Stationsleitung moderiert wurden (Kap. 4.3.1.3). Proaktiv können kleinere Inputs zu bestimmten Themen im Rahmen von erweiterten Dienstübergaben erfolgen. In PT-A wurden hierzu bspw. fachliche Ansprechpartner\*innen für bestimmte Themen gesucht. Die Stationsleitungen von PT-C und PT-D beschlossen in einem Workshop (WS-KH2-PL), auf ihren Stationen kulturelle Themenwochen einzuführen, in denen die IPFP ihre Kolleg\*innen über kulturelle und pflegerische Besonderheiten in ihren Heimatländern informieren. Die Zeit und den Raum für Wissensvermittlung und (moderierten) Austausch bereitzustellen, zählt zu den wegweisendsten Maßnahmen, wie unsere Studie gezeigt hat: Nicht nur die Workshops, sondern auch die Gruppendiskussionen führten häufig zu bereichernden Gesprächen, bspw. über den Vergleich zwischen den pflegerischen Aufgabenbereichen in Mexiko, den Philippinen und Deutschland oder über die klimabedingten Besonderheiten der Wundheilung in Vietnam (GD-PH2-F-8) – was angesichts des Klimawandels auch für Deutschland relevant werden könnte. Auch konnten Missverständnisse aufgeklärt werden: So dachten die alteingesessenen PFP, dass die IPFP für ihre Anerkennung in eine Pflegeschule gehen würden und wunderten sich, warum sie selbst ihnen noch so viel zeigen mussten – in der Gruppendiskussion stellte sich dann heraus, dass die IPFP eine Sprachschule besuchten und dass pflegerische Tätigkeiten nicht Teil ihres Lehrplans waren (GD-PH2-F-8). Solche Gelegenheiten im stressigen und ablauforientierten Pflegealltag zu schaffen, ist sicherlich nicht einfach, doch es sollte angesichts des Mehrwertes für die Pflgeteams möglich gemacht werden. Es bedarf hierzu allerdings die Initiative oder zumindest die Unterstützung der Teamleitungen.

Eine weitere Herausforderung für die Einrichtungen besteht darin, dass Angebote für IPFP nicht angenommen werden. Freiwillige Angebote zum Spracherwerb würden nicht besucht (WS-PH1-PL), beim Interkulturellen Café saßen nur die Pflegedirektion und der Diversity-Beauftragte (WS-KH2-PL) und die eingeführte Sprachlern-App wird nicht genutzt (WS-KH1+2-

L/OE). Auch hier ließ sich in den Workshops der Impuls beobachten, dies auf die niedrige Motivation und den fehlenden Willen der Mitarbeitenden zurückzuführen. Allerdings konnte während des Workshops angestoßen werden, nach möglichen Gründen zu suchen, warum bestehende Angebote nicht wahrgenommen werden und welchen Anteil organisationale Aspekte daran haben. Möglicherweise werden die Angebote als zeitlich oder inhaltlich unpassend und eher als zusätzliche Arbeit empfunden. Dies ist ein weiterer Hinweis darauf, Angebote gemeinsam mit den (internationalen) Pflegekräften zu entwickeln, um einerseits eine möglichst hohe Passung zwischen Bedürfnis und Angebot zu gewährleisten, andererseits durch diesen partizipativen Prozess auch eine stärkere Verbindlichkeit herzustellen.

#### 4.5 Projektziel 3: Instrumentarium zur Organisations- und Personalentwicklung

Unter Zusammenführung der empirischen Ergebnisse beider vorangehender Projektziele stehen im Folgenden Ansatzpunkte für ein Instrumentarium zur Organisations- und Personalentwicklung in Mittelpunkt. Dabei wurden vor allem die komparativen Fallanalysen genutzt (s. Abb. 2), um partizipative Workshops zu entwickeln. Deren Ziel war es, gemeinsam mit den Beschäftigten und den Leitungsebenen Maßnahmen und Instrumente zur diversitätssensiblen Organisationsentwicklung (siehe Kap. 4.4, S. 68-70) zu erarbeiten.

Eine solche diversitätssensible Organisationsentwicklung unterscheidet sich in mehreren Punkten von gängigen Maßnahmen und Instrumente eines Diversity Managements:

- Im Zentrum steht der Prozess der Entwicklung besserer Organisationsstrukturen und nicht die mögliche Wirksamkeit einzelner Instrumente (4.5.1)
- Das Hauptaugenmerk wird auf die Verbesserung von Strukturen gelegt und nicht auf Einstellungen von Beschäftigten und ihrer Führungskräfte. Diese sollen von der Verantwortung für eine diversitätssensible Organisation entlastet werden (4.5.2.).
- Die Maßnahmen und Instrumente sind eingebettet in die Gesamtorganisation und auf die jeweilige konkrete Situation zugeschnitten. Entscheidend ist, dass die Workshops Selbstlernprozesse initiieren (4.5.3.).

Die unterbreiteten Vorschläge gilt es im Weiteren zu evaluieren (4.5.4.).

##### 4.5.1 Verhältnis von Prozessen und Instrumenten

Eine zentrale Erkenntnis mit Blick auf die bestehende Literatur, vor allem aber aus unserem Projekt CareTrans ist, *dass OE-Instrumente immer Teil von OE-Prozessen sind*. Eine *diversitätssensiblen Organisationsentwicklung* geht somit weit über die Instrumente eines Diversitätsmanagements hinaus. Während sich die gängige Literatur auf die Instrumente selbst konzentriert (s. für einen Überblick: Pfannenstiel 2014, Aksakal et al. 2023, Gräfe-Geusch & Sdunzik 2024), ist die Erkenntnis dieses Projektes, dass diese eingebunden werden müssen in einen OE-Prozess und dass sich dieser weniger leicht standardisieren lässt als die einzelnen Instrumente selbst. Eben deshalb gibt es praktisch keine Evidenz für die Wirksamkeit konkreter OE-Instrumente, höchstens Best Practice Beispiele (vgl. Gräfe-Geusch & Sdunzik 2024). CareTrans trägt dieser Erkenntnis Rechnung, indem wir den OE-Prozess ins Zentrum stellen. Daher sind auch die partizipativen Workshops keine 'Stand-alone'-Formate, sondern erfüllen immer eine bestimmte Funktion in einem Prozess. Zwar können Diversity-Workshops im Sinne einer Teamentwicklung kurzzeitig bereichernd für die Teilnehmenden

sein. Ist aber eine nachhaltige und teamübergreifende *Organisationsentwicklung* das Ziel, ist insbesondere beim Thema Diversität an den Organisationsstrukturen anzusetzen.

#### 4.5.2 Organisationsstrukturen als Ansatzpunkt

Mit dem Blick auf die Möglichkeiten veränderter Organisationsstrukturen wird, auch gemäß der theoretischen Ausgangslage (s. Kap. 4.2, s. auch Kühl/Muster 2016, Matthiesen et al. 2022), nicht an den einzelnen Organisationsmitgliedern, die sich zu verändern haben, angesetzt, sondern an den Strukturen von Arbeitsteilung, Kooperation und Kommunikation. Das, was als 'Diversitätsproblem' wahrgenommen wird, hängt stets auch mit konkreten Strukturproblemen der Organisation zusammen. Dementsprechend steht die folgende Frage im Mittelpunkt: "Wie lassen sich Strukturen schaffen, damit Diversität nicht als Mehrbelastung erlebt wird?" (WS-KH2-PL).

Eine weitere, daran anschließende Erkenntnis, die in den Workshops validiert wurde, lautet: *Ein positiver Umgang mit Diversität braucht Zeit und Ressourcen*. Die Aushandlung unterschiedlicher Perspektiven im Alltag kostet Zeit – vor allem, wenn Diversität nicht nur "keine Mehrbelastung" darstellen, sondern auch bereichern soll. Deshalb sind auch Strukturverbesserungen an Stellen relevant, die auf den ersten Blick vielleicht nur mittelbar mit Diversität in Verbindung gebracht werden (vgl. WS-KH1+2-L/OE), bspw. ein gut funktionierendes Ausfallmanagement, das die Pflgeteams im Alltag entlastet und so zeitliche Kapazitäten schafft, um Sprachbarrieren zu überbrücken. Aber auch eine Schicht- und Urlaubsplanung, die den Anforderungen unterschiedlicher Lebensentwürfe und -phasen Rechnung trägt, kann als Beispiel genannt werden.

Hier wird auch deutlich, was besonders die Workshops auf Leitungsebene gezeigt haben: Diversität lässt sich nicht wie ein 'Add-On' behandeln und schon gar nicht steuern und kontrollieren. Diversität durchzieht die gesamte Organisation und damit alle Strukturen. Entsprechend lautet die Frage: Wie lassen sich diversitätssensible Organisationsstrukturen schaffen? Bei konkreten diversitätsbezogenen Problemstellungen muss also immer gefragt werden: Mit welchen Organisationsstrukturen hängt das Problem zusammen? Und wie lassen sich diese verändern? Diesen Ansatz haben wir in den Workshops erfolgreich erprobt. Auf Leitungsebene haben wir zusätzlich mit kurzen Theorieinputs gearbeitet (WS-KH1-PL; WS-KH2-PL; WS-KH1+2-L/OE; WS-PH1-PL; WS-PH2-PL). Denn den theoretischen Vorüberlegungen entsprechend haben Organisationen nur auf ihre Strukturen unmittelbaren Zugriff – und eben nicht auf Personen.

#### 4.5.3 Konkrete Vorschläge für diversitätssensible Organisationsentwicklungsprozesse

Die Diskussionen in den Workshops erfolgten durchgehend mit starkem Engagement der Teilnehmenden. Das Feedback war durchgehend positiv ("So etwas sollte es viel öfter geben" oder "Das wäre für die anderen auch spannend"). Zudem konnten in allen Workshops sinnvolle Ansatzpunkte für Verbesserungen herausgearbeitet werden. Besonders in dem zusätzlichen Workshop in den Krankenhäusern mit pflegerischen Leitungskräften und der Organisationsentwicklungsabteilung entstanden konkrete Pläne für diversitätsunterstützende Maßnahmen (WS-KH1+2-L/OE). Sowohl das Format als auch der Prozess haben somit funktioniert, um *spezifische Selbstlernprozesse* zu initiieren.

Festzustellen ist, dass die Wichtigkeit gut gestalteter *Onboarding-Prozesse* in den teilnehmenden Einrichtungen anerkannt ist, dass diese aber in der Ablauforientierung des pflegerischen Arbeitsalltags häufig in den Hintergrund gedrängt wird. So wurde in einem Leitungs-WS diskutiert, dass trotz Einarbeitungskonzepten und punktuellen Verbesserungen immer wieder "der Alltag dazwischen" käme (WS-PH1-PL-E). Es sei somit wichtig, das Thema immer wieder bewusst auf der Prioritätenliste nach oben zu holen und zu prüfen, inwiefern bestehende Konzepte auch wirklich in der Praxis umgesetzt werden können. Dass der Verbesserungsbedarf im Onboarding in den betreffenden Einrichtungen aktiv angegangen wird, wurde im Workshop mit der oberen Leitungsebene deutlich. Die aus den qualitativen Daten inhaltsanalytisch herausgearbeitete und rückpräsentierte Negativeinschätzung spiegelte aus Perspektive der teilnehmenden Leitungskräfte nicht den aktuellen Stand wider. Vielmehr seien seit den qualitativen Fallstudien und dem Einrichtungs-WS Maßnahmen ergriffen worden, die die Prozesse verbessert hätten (WS-KH1+2-L/OE). Das Gleiche gilt für die fachbezogenen Sprachkurse, eine klarere Zuordnung von Grund- und Behandlungspflege oder auch ein besseres Ausfallmanagement.

#### **4.5.3.1 Partizipative Workshops**

Wenn wir von Workshops sprechen, dann handelt es sich um vorstrukturierte, aber ergebnisoffene Diskursräume, die mit einer gezielten Zusammensetzung von Teilnehmenden durchgeführt werden. Die Zusammensetzung erfolgt vor allem mit Blick auf die Diversitätsmerkmale sowie die Hierarchiestufe. Wenngleich die Diskussionsgrundlagen in Form von Postern aus den aggregierten Erkenntnissen der qualitativen Fallstudien erstellt wurden, stand weniger die Wissensvermittlung im Vordergrund, sondern vielmehr ein thematisch enggeführter Austausch.

Die Poster bildeten den Input, deren Inhalt von den Teilnehmenden kritisch diskutiert wurde, so dass unterschiedliche Perspektiven ausgetauscht werden konnten. Bereits dies hat gezeigt, wie wichtig und fruchtbar es ist, in eine inhaltliche Diskussion über diversitätsrelevante Themen zu kommen – selbst in einem zeitlich überschaubaren Rahmen. Immer wieder kam es vor, dass scheinbar selbstverständliches Wissen nicht bei allen vorhanden war (bspw., dass der Corona-Bonus nur an examinierte PFP ausgezahlt wurde, wodurch sich die Pflegehilfskräfte benachteiligt fühlten, WS-KH2-PT-D; WS-PH2-PT-F). Ausgehend von diesen Diskussionen wurde gemeinsam überlegt: Was können wir verändern, um die Situation zu verbessern? In den Leitungsworkshops wurde zusätzlich mit anwendungsbezogenen Theorieinputs zur Funktionsweise von Organisationen gearbeitet, um das Verständnis dafür zu erweitern, an welchen Stellschrauben in Organisationen gedreht werden kann.

Eine weitere zentrale Erkenntnis der Fallstudien und der Workshops ist, dass in jedem Pflgeteam unterschiedliche diversitätsbezogene Probleme auftreten und hierfür auch einrichtungsspezifische Lösungen gefunden werden müssen. Für die Workshops empfiehlt sich daher, Vorgespräche auf Ebene der Pflgeteams zu führen (s.u.), um die konkreten Probleme in den Workshops rückpräsentieren zu können. Für die Diskussionen in den von uns durchgeführten Workshops war zentral, dass die vorgestellten Problemlagen in der eigenen Einrichtung artikuliert worden sind, diese also nicht als Probleme anderer relativiert werden konnten.

Obschon die Herausforderungen auf den Stationen und Wohnbereichen vielfältig sind, konnten wir aus den qualitativen Daten auch übergreifende Einflussfaktoren rekonstruieren,

die einen förderlichen bzw. hinderlichen Einfluss auf den Umgang der Pflegeteams mit ihren jeweils relevanten Diversitätsdimensionen haben (s. Abb. 8). Dieses Poster konnte in unterschiedlicher Form als Ausgangspunkt für Diskussionen in den Workshops genutzt werden (s. Anlage 16).

#### **4.5.3.2 Der Prozess: Bottom-Up Workshop-Serie**

Wir konnten feststellen, dass auf Teamebene Herausforderungen vorherrschen, die den Leitungsebenen oftmals nicht oder nicht im vollen Ausmaß bewusst sind (WS-KH1+2-L/OE). Zugleich war festzustellen, dass mit steigender Hierarchieebene auch das Bewusstsein steigt, inwiefern bestimmte Probleme mit den Organisationsstrukturen zusammenhängen. Dies ist zum einen darauf zurückzuführen, dass sich das Tätigkeitsfeld mit steigender Hierarchieebene von „Pflegetätigkeit“ hin zu „Organisation der Pflegetätigkeit“ (Wolf/Ostermann 2016, Vogd et. al 2018) verschiebt. Zum anderen kann erst hier wirklich unterschieden werden, ob es sich um fall-, team- oder strukturbezogene Probleme handelt (s. Abb. 7).

Durch einen Bottom-Up Organisationsentwicklungsprozess können Selbstlernprozesse zum Umgang mit Diversität auf Team- und Organisationsebene initiiert und unterstützt werden. Dabei werden in partizipativen Workshops zunächst auf Stationsebene die spezifischen Probleme und Herausforderungen mit Blick auf die Diversitätsdimensionen Qualifikation, Herkunft, Generation und Geschlecht diskursiv herausgearbeitet und erste Ansätze für Verbesserungsmöglichkeiten gesammelt. Diese Erkenntnisse werden daraufhin – angereichert mit einem Theorieinput zum Grundverständnis von Organisationen – auf übergeordneter Leitungsebene diskutiert und in konkret umsetzbare Strukturveränderungen übersetzt (bspw. Verbesserung der Schichtpläne oder der On-Boarding-Prozesse). Diese werden wiederum mit der obersten Leitungsebene abgestimmt, ggf. weiter verbessert und dann mit dem Rückhalt aller Beteiligten umgesetzt. Durch dieses aufeinander aufbauende Vorgehen können Selbstlernprozesse in einer Weise angestoßen und begleitet werden, sodass es tatsächlich zu Strukturveränderungen kommt. Insgesamt sind dadurch sowohl kurz- und mittel- als auch langfristig auf unterschiedlichen Ebenen positive Effekte zu erwarten: kurzfristig auf die Teamdynamik, mittelfristig auf die Arbeitsprozesse und langfristig auch zu Gunsten einer größeren Arbeitszufriedenheit und Attraktivität des Pflegeberufs. All dies kann dann wiederum vorteilhaft auf die Versorgungsqualität zurückwirken.

#### **4.5.3.3 Beispielhafter Verlauf**

Im Rahmen von CareTrans konnte der erste Teil eines solchen Prozesses bereits erfolgreich durchlaufen werden. Für eine Übertragung der Erkenntnisse auf andere Einrichtungen kann der OE-Prozess an bestimmten Punkten abgekürzt werden:

(1) Zur Vorbereitung der Workshops und für moderierte Vorgespräche mit Mitarbeitenden kann das Fallbeispiel, welches in CareTrans für die Gruppendiskussionen genutzt wurde (s. Anlage 3) genutzt werden. Damit soll ein besseres Verständnis für die konkreten Problemlagen gewonnen werden.

(2) Die oben dargestellte Abbildung 8 zu den Einflussfaktoren auf den Umgang mit Diversität auf Teamebene stellt in Posterform eine mögliche Diskussionsgrundlage dar, um sich darüber zu verständigen, wie die Pflegeteams ihre eigene Situation wahrnehmen und wie sie sich diese für die Zukunft wünschen würden (s. auch Anlage 16).

Im Fall der in CareTrans durchgeführten, drei Hierarchiestufen umfassenden Workshopkaskade wurde in den Krankenhäusern unter anderem folgende konkreten Veränderungsvorschläge generiert:

(1) Pläne eines trägerübergreifenden Sprachkonzeptes, welches nochmal explizit die 'Lessons Learend' aufgreift. Als Kernidee wurde die Etablierung einer eigenen Sprachschule genannt, da der Träger groß genug ist, um entsprechende Strukturen bereitzustellen. Dies ist allerdings nicht in jeder Einrichtung möglich, da es entsprechende Konzernstrukturen braucht. Möglicherweise bieten sich hier aber regionale Kooperationen an, wie etwa mit ortsansässigen Volkshochschulen.

(2) Überarbeitung des bereits vorhandenen "Integrationskonzeptes" mittels eines partizipativen Prozesses. Dies beinhaltet auch die Anreicherung mit Erkenntnissen aus den bisherigen, teils gescheiterten Integrationsmaßnahmen. Zentral ist hierbei die Beteiligung der betreffenden Personen, bspw. der internationalen Pflegefachkräfte (IPFP).

(3) Einführung von Themenwochen entsprechend der Herkunftsländer der IPFP mit Wissensvermittlung über die Pflege in diesen Ländern und moderierten Diskussionen.

Ob und inwiefern diese Ideen umgesetzt werden (können), konnte im Rahmen dieser Studie nicht evaluiert werden. Wie bereits in den Workshops deutlich wurde, scheitert es zumeist nicht am (guten) Willen, sondern daran, dass "der Alltag dazwischenkommt" (WS-PH1-PL, WS-PH2-PL). Angeraten sind, um Kontinuität in der Prozessentwicklung zu gewährleisten und die angestoßenen Prozesse weiter zu verfolgen, weitere Workshops mit den an den Vorhaben Beteiligten. In diesen einigen sich die Beteiligten auf die Art und Weise und auch auf den zeitlichen Rahmen der Durchführung. Ggf. empfiehlt sich im Rahmen der Umsetzung gerade bei größeren Vorhaben ein weiterer Workshop zum Zwischenstand, um nachjustieren zu können. Am Ende steht dann ein abschließender Workshop zur Evaluation des Prozesses, des Ergebnisses und möglicher weiterer Schritte. Die relevanten Fragen für die einzelnen Prozessschritte können Abbildung 10 entnommen werden. Die Begleitung des Veränderungsprozesses durch eine verantwortliche Person ist deshalb wichtig, da hier die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Umsetzung stark erhöht wird.

Fragen, die in dieser Phase wichtig sind:

- Was ist das Problem?
  - Wo liegt das Problem? Wo zeigt sich das Problem?
  - Wer hat das Problem (noch)?
  - Welche Perspektiven auf dieses Problem gibt es?
  - Hat noch jemand in der Organisation dieses Problem?
  - Mit wem müssen wir dafür ins Gespräch kommen?
  - An welchen Stellen wird Verbesserungsbedarf gesehen?
  - Gibt es schon erste Lösungsideen?
  - Wo müssen wir dafür ansetzen?
- Verbesserungsbedarf identifizieren
- Wo können wir mit ansetzen, um die Situation zu verbessern?
  - Auf welcher Ebene muss hierfür angesetzt werden?
  - Welche Strukturen müssen hierfür verbessert werden?
  - Welche Rolle kommt den verschiedenen Leitungen hierbei zu?
  - Wie können die Leitungen strukturell unterstützt werden?
  - Was werden wir nun konkret verändern?
  - Und wen brauchen wir hierfür?
  - Welchen zeitlichen Rahmen setzen wir uns?
  - Was sind unsere Kriterien für Erfolg?
- Lösungsansätze entwickeln
- War die Veränderungsmaßnahme erfolgreich?
  - Ließ sich die Veränderungsmaßnahme so durchführen wie geplant?
  - Welches Problem wurde gelöst und welche neuen Probleme sind entstanden?
  - Hatten die getroffenen Maßnahmen die intendierten Effekte?
  - Falls nicht – woran konnte das gelegen haben?
  - Was lernen wir aus diesem Prozess darüber, wie wir als Organisation funktioniere(n)?
  - Wie müssen wir jetzt weitermachen?
- In Aktion kommen

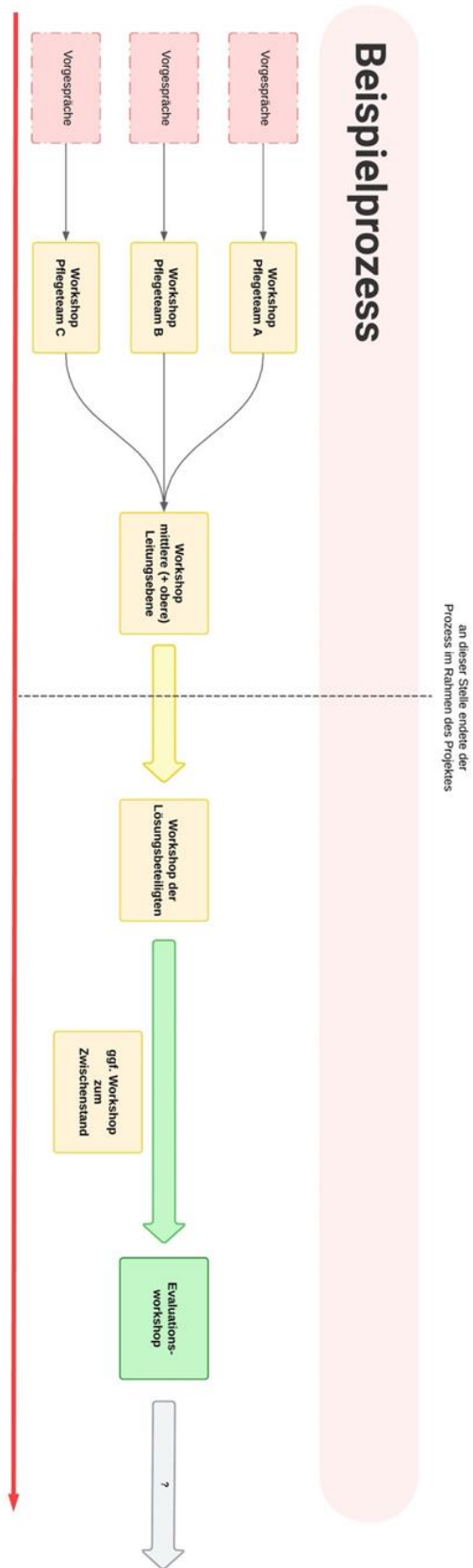


Abbildung 10: Beispielprozess

## 5 Diskussion der Projektergebnisse

Die Ergebnisse von CareTrans zeigen, dass die teilnehmenden Pflgeteams sich in einem Prozess der Entwicklung neuer Routinen befinden, um mit den Herausforderungen durch kulturelle, qualifikatorische und generationelle Diversität umzugehen. Dabei sehen sich die Teams zwar ähnlichen Herausforderungen gegenüber, die relevanten Diversitätsdimensionen und der Umgang damit unterscheiden sich jedoch teils deutlich. Die Dimensionen Migration, Akademisierung und Generation erweisen sich als besonders prägend für den pflegerischen Alltag. Die Einarbeitung internationaler Pflegefachpersonen (IPFP) stellt eine wesentliche Veränderung dar, insbesondere in Bezug auf die Grundpflege, die in den Herkunftsländern oft nicht zum Aufgabenbereich von Fachkräften gehört. Dies führt zu einem erhöhten Einarbeitungsbedarf und Mehraufwand für die Teams. Wie Stagge (2016) in ihrer Studie zu Interkultureller Zusammenarbeit in der Altenpflege erklärt, führt diese oft große Belastung zur Strategie der „Entkulturalisierung“ gegen Überforderung. Dabei würden interkulturelle Diskurse und (pflege-) kulturelle Unterschiede zurückgedrängt und ausgeblendet, um den Versorgungsalltag zu bewältigen. Dieses Phänomen wurde im Rahmen von CareTrans nur in den zwei Teams beobachtet, die sich von der Einarbeitung der neuen IPFP tatsächlich überfordert fühlten und den Prozess nicht proaktiv gestalten (können). Stagges These der Entkulturalisierung lässt sich also durch die komparative Fallanalyse von CareTrans insofern bestätigen, dass Überforderung tatsächlich zu einer Strategie führen kann, die den Blick für Differenzierungen als Folge diverser beruflicher Sozialisationskontexte verstellt und ein proaktives Bewältigen der Herausforderungen verhindert. Pütz et al. (2019) stellen in ihrer Studie heraus, dass konflikthafte Auseinandersetzungen, die ursprünglich in Fachlichkeit und Arbeitsorganisation begründet liegen, insbesondere von Leitungspersonen und etablierten Pflegekräften kulturalisiert, d.h. mit in kulturbedingten Eigenschaften der Akteur\*innen liegenden Ursachen begründet, werden. Diese Erkenntnis ist durch die komparative Analyse der Pflgeteams zu differenzieren: Wenngleich sich Auseinandersetzungen aus variierenden Kenntnissen und Fähigkeiten ergeben, werden diese nur in wenigen Fällen kulturalisiert. In den meisten Teams zeigen sich Reflexions- und Differenzierungsvermögen, sowie ein recht umfangreiches Wissen hinsichtlich der international variierenden pflegerischen Sozialisierungen und des Anerkennungsprozesses, was einer Kulturalisierung vorbeugt. Darüber hinaus werden pflegekulturelle Unterschiede hinsichtlich grundpflegerischer Tätigkeiten angeführt, wobei die meisten Pflgeteams auch hier auf die international variierenden Ausbildungsinhalte und Aufgabenbereiche der Pflege verweisen. Damit einher geht eine besondere Anerkennung der behandlungspflegerischen Kenntnisse und Fähigkeiten der IPFP.

Unsere Ergebnisse zeigen, dass es einen Zusammenhang zwischen dem Umgang mit kultureller und sprachlicher Diversität im Pflgeteam und der soziokulturellen Zusammensetzung der Pflegebedürftigen gibt. In Einrichtungen mit einer großen sprachlichen und kulturellen Vielfalt der Klientel wird auch die sprachliche und kulturelle Diversität des Personals als großer Vorteil für die Versorgung gesehen. Die Übersetzungsfähigkeiten der Pflegekräfte erleichtern die Kommunikation mit Patienten und Angehörigen und werden als "Benefit" betrachtet. Sprachliche und kulturelle Barrieren werden als Beeinträchtigung der Versorgung wahrgenommen, und deren Überwindung durch muttersprachliche Kollegen als sehr wertvoll erlebt. Dies führt zu Lernprozessen und einem erhöhten Sicherheitsgefühl im Team. Insbesondere aber in den Pflegeheimen, die sich nicht in einem „Multikulti“-

Stadtviertel befinden, ließ sich eine abwehrende Haltung der Bewohner\*innen gegenüber internationalen Pflegefachpersonen (IPFP) feststellen. *Hier behindern xenophobe oder rassistische Einstellungen von Bewohner\*innen wiederholt die Versorgungsabläufe.* Mehrere Studien heben die Risiken potenzieller Diskriminierung durch Pflegebedürftige hervor (Achoumrar 2023; Yolci et al. 2022). Zusammenfassend wird festgestellt, dass die Pflegebedürftigen selbst die Rolle der kulturellen und sprachlichen Diversität in der Versorgung maßgeblich mitgestalten. Diskriminierung und Rassismus seitens der Pflegebedürftigen stellen dabei ein Problem dar, das von den Einrichtungen konsequent angegangen werden muss.

Generationelle Unterschiede zeigen sich in verschiedenen Aspekten, wie z.B. in der Risikobewertung und den Prioritäten in der Pflege. Intergenerationelles Lernen ist ein wichtiger Aspekt im pflegerischen Alltag, der sich aus der Zusammenarbeit von jüngeren und älteren Teammitgliedern ergibt. Es beinhaltet den Austausch von Wissen, Fähigkeiten und Perspektiven zwischen den Generationen. Bisherige Studien zeigen die Schwierigkeit, sich auf die jeweils andere Generation einzulassen und ihre Erfahrungswelt zu verstehen (Zieger 2024). Unsere Ergebnisse zeigen jedoch, dass es gerade der (moderierte) Austausch der Pflegegenerationen ist, durch den alle Generationen voneinander profitieren und ihre Kompetenzen erweitern können. Die Beobachtungen der Jüngeren bilden einen generationenspezifischen Erfahrungsraum, der ihr Handeln in der Gegenwart und ihre Vorstellungen für die Zukunft beeinflusst. Dazu muss auch bemerkt werden, dass die jüngeren Pflegenden unter den Fachkräften höher an der Zahl sind als die älteren, was direkt auf die Zuwanderung junger IPFP (20 bis 34 Jahre) zurückzuführen ist. Ihr Anteil an allen IPFP erhöhte sich in den letzten zehn Jahren von 36 auf 55 Prozent, zugleich sind die PFP mit deutscher Staatsangehörigkeit älter geworden (55 bis 64 Jahre), so dass der Fachkräfteanteil in dieser Generation von 13 auf 21 Prozent angewachsen ist (Carstensen et al. 2024). Aufgrund unseres intersektionalen Ansatzes zeigen unsere Ergebnisse, dass in den Pflorgeteams häufig intergenerationelles mit interkulturellem Lernen verknüpft ist – ein Aspekt, der in der bisherigen Diskussion vollkommen ausgeblendet wird.

Führungskräfte spielen eine zentrale Rolle für den Umgang der Pflorgeteams mit Diversität im Arbeitsalltag. Die Führungsqualität steht auch im Zusammenhang mit der psychologischen Sicherheit. Diese Erkenntnis bestätigt zahlreiche Studienergebnisse, die belegen, dass die Leitung den Ton für den Umgang mit Diversität setzt und Spannungen im Team moderieren muss. Leitungspersonen können durch gezielte Maßnahmen wie moderierte Mitarbeitergespräche oder die Anerkennung unterschiedlicher Fähigkeiten im Team positiv auf den Umgang mit Diversität einwirken (Haskins 2022; Schmidt et al. 2023; Teixeira et al. 2024).

Die Aushandlungsprozesse in den Pflorgeteams sind eng mit dem professionellen Selbstverständnis der Teammitglieder verbunden und werden durch die jeweiligen Erfahrungen und Herausforderungen der Teams geprägt. Diese Prozesse spiegeln nicht nur teaminterne Dynamiken wider, sondern sind auch Teil eines größeren Diskurses über die Rolle der Pflege in der Gesellschaft. Ein zentraler Aspekt dieser Aushandlungsprozesse ist die mangelnde Wertschätzung der Pflege in Deutschland, die sich übergreifend auf das berufliche Selbstverständnis der Pflegenden auswirkt. Dies betrifft sowohl den Blick der Pflegenden auf ihre eigene Berufsgruppe als auch die Wahrnehmung der Rolle der Pflege innerhalb der Einrichtungen und in der Gesellschaft insgesamt. Die Auseinandersetzung mit der Situation

der internationalen Pflegefachpersonen (IPFP) spielt eine wichtige Rolle in der Reflexion des professionellen Selbstverständnisses der deutschen Pflegekräfte. Die Erfahrungen der IPFP, wie z.B. die Diskrepanz zwischen dem erwarteten und dem tatsächlichen Status in Deutschland, ermöglichen den in Deutschland sozialisierten Pflegekräften eine kritische Auseinandersetzung mit ihrer eigenen Situation, was die Ergebnisse von Gold et al. (2019) bestätigt. Die Aushandlungsprozesse beinhalten auch die Integration unterschiedlicher Qualifikationsprofile, insbesondere im Zusammenhang mit der Akademisierung der Pflege. Hierbei entstehen Diskussionen über Aufgabenprofile, Rollenverteilungen und die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, wie z.B. der Ärzteschaft. Zudem spielen Vertrauen und Wertschätzung eine entscheidende Rolle in den Aushandlungsprozessen. Der Aufbau von Vertrauen in neue Kolleg\*innen und die Anerkennung ihrer Kompetenzen sind wichtige Faktoren für eine effektive Zusammenarbeit.

Diese Aushandlungsprozesse werden in bisherigen Studienergebnissen eher negiert und in der Praxis häufig noch ausgeblendet. Pütz et al. (2019) betonen, dass zumeist einseitige Anpassungsleistungen von IPFP an bestehende Abläufe und Strukturen erwartet werden und dass die Einrichtungen selbst sich eher unbeweglich zeigen. Unsere Ergebnisse zeigen, dass die Einrichtungen und die Pflegeteams zwar Anpassungsleistungen seitens der IPFP erwarten, dass dies jedoch häufig mit rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen zusammenhängt, die – auch aus Gründen des Personalmangels – nicht so einfach zu ändern sind. Darüber hinaus zeigt sich, dass die Pflegeteams teils enorme Anstrengungen unternehmen, um die neuen Kolleg\*innen bei der Anpassung an die für sie neuen Gegebenheiten zu unterstützen. Hierbei fühlen sie sich häufig von den Einrichtungen allein gelassen (Schumann et al. 2024).

In einigen Teams führt die Zusammenarbeit mit IPFP zu einem "Wir-Gefühl" und einer Solidarisierung im Angesicht gemeinsamer Herausforderungen, während in anderen Teams auch Abgrenzung und die Bildung von "Wir-Gruppen" gegenüber den IPFP beobachtet werden. Eine zeitnah erscheinende Publikation aus CareTrans wird diesen Aspekt vertiefend behandeln und aufzeigen, welche verschiedenen Typen von Pflegeteams es im Umgang mit kultureller und qualifikatorischer Diversität gibt und inwiefern die Teamidentität dies beeinflusst.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Ergebnisse von CareTrans die in bisherigen Studien gewonnenen Erkenntnisse bestätigen, aber auch differenzieren – sie zeigen, dass es die Pflegeteams und die Einrichtungen sind, die maßgeblichen Einfluss auf einen gelingenden Umgang mit Diversität von Pflegepersonal haben. Die analysierten Dimensionen Migration, Qualifikation und Generation sind hierbei drei zentrale Aspekte, die die Pflege nicht nur politisch und gesellschaftlich, sondern vor allem auch in der konkreten Alltagspraxis in den Einrichtungen herausfordert. Dementsprechend betonen Böse und Schmitz (Böse und Schmitz 2022) die zentrale Rolle der Arbeitgebenden – und damit der Einrichtungen – in diesem Prozess. Eine besonders interessante Erkenntnis der Studie betrifft vor dem Hintergrund den Vergleichshorizont der Krankenhäuser und Pflegeheime als zwei wesentliche Settings der stationären Pflege: Unterschiedliche Strukturen und Arbeitsabläufe beeinflussen zwar die Herausforderungen durch Diversität in Pflegeteams – *nicht* aber den Umgang der Pflegeteams. In Pflegeheimen spielen pflegekulturelle Unterschiede eine größere Rolle als in Krankenhäusern, da die stationäre Langzeitpflege in vielen Ländern unüblich ist. Die Einarbeitung internationaler Pflegefachpersonen (IPFP) ist in Pflegeheimen ein wichtiges

Thema, da sie oft nicht mit der hiesigen (aktivierenden) Grundpflege vertraut sind. Die Personalstruktur in Pflegeheimen unterscheidet sich von der in Krankenhäusern, da Pflegehelfer\*innen in Pflegeheimen mehr Verantwortung tragen. Dies kann dazu führen, dass jüngere, akademisch ausgebildete IPFP von älteren Pflegehilfskräften in grundpflegerischen Tätigkeiten eingearbeitet werden, was zu einer komplexen Dynamik im Team führt. Die Rolle der Führungskräfte ist entscheidend für den Umgang der Pflgeteams mit Diversität. In Krankenhäusern sind dies die Stationsleitungen, während in Pflegeheimen die oberste Leitungsebene diese Rolle einnimmt. Die interprofessionelle Zusammenarbeit mit Ärzten unterscheidet sich ebenfalls zwischen den Einrichtungen. In Krankenhäusern findet die Zusammenarbeit häufiger und direkter statt, während sie in Pflegeheimen eher indirekt und seltener ist. Sprachbarrieren können die Kommunikation zwischen IPFP und Ärzt\*innen in Pflegeheimen erschweren. Trotz der genannten unterschiedlichen Herausforderungen zwischen den Einrichtungstypen der stationären Akut- und Langzeitpflege zeigen die Ergebnisse von CareTrans, dass der *Umgang* mit kultureller und sprachlicher, qualifikatorischer und generationeller Diversität weniger mit der Art der Einrichtung, als vielmehr *mit den jeweiligen Organisations- und Teamkulturen* zu tun hat. Die proaktiven Pflgeteams unserer vergleichenden Fallstudien arbeiteten sowohl im Pflegeheim als auch im Krankenhaus.

Im Projekt CareTrans wurde nicht nur – wie intendiert – ein Instrumentarium zur Organisations- und Personalentwicklung, sondern darüber hinaus ein partizipativer Prozess zur Teamentwicklung in der Pflege erarbeitet und erprobt, der durch ein moderiertes Bottom-Up-Verfahren die Selbstlernprozesse von versorgenden Einrichtungen und Organisationen initiiert und fördert. Die Entwicklung dieses Instrumentariums und des damit verbundenen Prozesses basieren auf fundierten wissenschaftlichen Erkenntnissen, die im Rahmen von sechs qualitativen Fallstudien gewonnen wurden. Die daraus inhaltsanalytisch generierten Ergebnisse wurden in partizipativen Workshops mit Pflgeteams und Pflegefachpersonen auf unterschiedlichen Hierarchieebenen validiert, wodurch eine enge Verzahnung von Forschung und Praxis sichergestellt wurde. Der entwickelte Prozess wurde im Projektverlauf erfolgreich um-, die Instrumente erfolgreich eingesetzt und beides von den Teilnehmenden durchweg positiv beurteilt. Besonders hervorzuheben ist die Initiierung von Selbstlernprozessen, die einen nachhaltigen Beitrag zur Organisationsentwicklung erwarten lassen:

- Erkenntnisse aus erster Hand: Durch die Einbeziehung der Mitarbeitenden auf Stationsebene werden die spezifischen Probleme und Herausforderungen im Umgang mit Diversität direkt von denjenigen erfasst, die sie täglich erleben. Dies ermöglicht ein differenziertes und realitätsnahes Bild der Situation.
- Gesteigertes Bewusstsein: Der Bottom-up-Ansatz trägt dazu bei, das Bewusstsein für diversitätsbezogene Probleme auf allen Hierarchieebenen zu schärfen. Insbesondere wird deutlich, dass viele Probleme, die auf Teamebene auftreten, den Leitungsebenen oft nicht oder nicht im vollen Ausmaß bewusst sind.
- Identifikation mit Lösungen: Wenn die Mitarbeitenden aktiv an der Entwicklung von Lösungen beteiligt sind, ist die Wahrscheinlichkeit höher, dass sie diese mittragen und umsetzen. Dies fördert die Eigenverantwortung und das Engagement.
- Nachhaltige Veränderungen: Der partizipative Ansatz zielt darauf ab, nicht nur Symptome zu behandeln, sondern auch die zugrunde liegenden

Organisationsstrukturen zu verändern. Dadurch können nachhaltige Verbesserungen erzielt werden, die langfristig zu einer größeren Arbeitszufriedenheit, einer höheren Attraktivität des Pflegeberufs und einer besseren Versorgungsqualität führen.

- Selbstlernprozesse: Der Bottom-up-Ansatz initiiert und unterstützt Selbstlernprozesse auf Team- und Organisationsebene. Die Mitarbeitenden lernen, ihre eigenen Probleme zu erkennen, zu analysieren und Lösungen zu entwickeln. Dies stärkt die Kompetenzen der Mitarbeitenden und die Fähigkeit der Organisation, sich kontinuierlich weiterzuentwickeln.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der partizipative Bottom-up-Ansatz ein wirksames Instrument ist, welches sich in verschiedensten Gesundheitseinrichtungen anwenden lässt und eine diversitätssensible Organisations- und Personalentwicklung im Gesundheitswesen voranzutreiben vermag. Er ermöglicht es, die Expertise und das Wissen *aller* Mitarbeitenden zu nutzen, um nachhaltige Veränderungen zu bewirken.

## 5.1 Prozesscharakter der Organisations- und Personalentwicklung

Der im Projekt CareTrans entwickelte OE-Prozess basiert auf partizipativen Workshops und einem Bottom-Up-Ansatz. Die Erkenntnisse des Projektes CareTrans heben die Bedeutung der Partizipation in dem entwickelten OE/PE-Prozess hervor. Die aktive Einbeziehung der Pflgeteams stellt einen entscheidenden Erfolgsfaktor der Bottom-Up-Workshop-Kaskade dar. Dadurch werden die Bedürfnisse und Perspektiven der Pflgeteams erfasst und direkt in die Entwicklung von Lösungen einbezogen. Zentrale Aspekte sind somit die Auseinandersetzung mit konkreten Problemlagen der *eigenen* Einrichtung und die Entwicklung *einrichtungsspezifischer* Lösungen. Die dafür entwickelten OE/PE-Instrumente sind stets Teil eines moderierten Prozesses. Im Projekt CareTrans wurden zwei OE/PE-Instrumente entwickelt, die an unterschiedlichen Punkten des OE-Prozesses zum Einsatz kommen:

### 5.1.1 Diskussionsimpuls für gemeinsamen Austausch der Pflgeteams

Für Vorgespräche auf Teamebene bietet der Diskussionsimpuls eine Gesprächsgrundlage, um die konkreten Schwierigkeiten im Arbeitsalltag im Kontext von kultureller und sprachlicher, qualifikatorischer, generationeller oder genderbezogener Diversität aus Sicht der Teilnehmer\*innen zu erfassen. Der Diskussionsimpuls kann außerdem dazu beitragen, das Bewusstsein für Diversitätsthemen zu schärfen und die Sensibilität der Mitarbeitenden für unterschiedliche Perspektiven zu erhöhen. Insbesondere dann, wenn die Teilnehmer\*innen viele Diversitätsdimensionen abdecken, bietet sich die Gelegenheit, eine Vielfalt von Perspektiven und Erfahrungen einzubeziehen. Die Gruppendynamik fördert die Interaktion und den Austausch zwischen den Teilnehmenden, wodurch neue Ideen und Erkenntnisse entstehen können. Durch die Diskussion können komplexe Themen und Zusammenhänge tiefergehend beleuchtet werden.

### 5.1.2 Poster mit Einflussfaktoren auf den Umgang mit Diversität auf Teamebene

Das Poster (Abb. 8) kann als Ausgangspunkt für Diskussionen in Workshops genutzt werden. Es kann dazu dienen, sich darüber zu verständigen, wie die Situation im Pflgeteam aktuell wahrgenommen wird und wie sich die Teammitglieder ihre Situation in Zukunft wünschen

würden. Das Poster bietet eine Struktur für die Diskussion und hilft den Teilnehmenden, sich auf die relevanten Themen zu konzentrieren. Die visuelle Darstellung der Einflussfaktoren erleichtert das Verständnis und die Kommunikation.

Aber auch der Einsatz als Analyseinstrument ist möglich, um die verschiedenen Einflussfaktoren auf den Umgang mit Diversität in einem Team oder einer Organisation zu identifizieren und zu bewerten. Weiterhin kann das Poster dazu beitragen, das Bewusstsein für die vielfältigen Einflussfaktoren auf den Umgang mit Diversität zu schärfen und die Komplexität des Themas zu verdeutlichen. Das Poster ermöglicht eine ganzheitliche Betrachtung der Einflussfaktoren und verdeutlicht, dass der Umgang mit Diversität von vielen verschiedenen Faktoren beeinflusst wird. Das Poster kann als Grundlage für die Entwicklung von Maßnahmen dienen, die darauf abzielen, positive Einflussfaktoren zu stärken und negative Einflussfaktoren zu reduzieren. Schließlich kann das Poster auch in der Evaluationsphase des OE/PE-Prozesses eingesetzt werden, um zu überprüfen, inwieweit sich die Einflussfaktoren durch die umgesetzten Maßnahmen verändert haben.

Insgesamt ist das Poster mit den Einflussfaktoren ein flexibles und vielseitiges Instrument, das in verschiedenen Phasen des OE/PE-Prozesses eingesetzt werden kann, um die Diskussion zu strukturieren, das Bewusstsein zu schärfen und die Entwicklung von Maßnahmen zu unterstützen.

Da der OE/PE-Prozess weniger leicht zu standardisieren ist als die OE/PE-Instrumente, stellt sich die Frage, wie der im Projekt CareTrans entwickelte Prozess auf andere Einrichtungen übertragen werden kann. Der Prozess wurde in verschiedenen Einrichtungen (Krankenhaus und Pflegeheim) entwickelt, die sich hinsichtlich einiger Strukturmerkmale wie Region, Größe, Leistungsangebot und Organisationsstruktur sowie der Offenheit gegenüber Diversität und partizipativen Methoden unterscheiden. Als zentral erwies sich in jedem Fall, dass die Leitung die Notwendigkeit dieser Prozesse anerkennt und die erforderlichen Ressourcen bereitstellt. Darüber hinaus lässt sich der OE/PE-Prozess zeitlich flexibel gestalten und muss nicht in einer vorgegebenen Zeit abgeschlossen werden. Dadurch kann die Durchführung an die spezifischen Bedingungen der jeweiligen Einrichtung angepasst werden.

Letztendlich hängt eine erfolgreiche Übertragung des Prozesses davon ab, wie gut er an die jeweiligen Rahmenbedingungen der Einrichtung angepasst werden kann. Dies erfordert Flexibilität, Kreativität und die Bereitschaft, Prioritäten zu setzen sowie Ressourcen effizient zu nutzen. Es bedarf daher einer sorgfältigen Planung und Priorisierung, um sicherzustellen, dass OE/PE-Prozesse nicht als zusätzliche Belastung, sondern als Investition in die Zukunft der Einrichtung wahrgenommen werden.

## 5.2 Trägerschaft

Die Trägerschaft ist ein zentraler Faktor, der die Möglichkeiten und Grenzen partizipativer OE/PE-Prozesse in Gesundheitseinrichtungen maßgeblich bestimmt. Sie prägt die allgemeine Organisationskultur und die Bereitschaft, Macht und Verantwortung zu teilen; sie beeinflusst, welche Aspekte der Organisationsentwicklung im Fokus stehen und inwieweit Partizipation als Mittel zur Zielerreichung angesehen wird. Die finanzielle Ausstattung und die vorhandenen Organisationsstrukturen beeinflussen, welche Ressourcen für partizipative Prozesse zur Verfügung stehen und wie diese gestaltet werden können. Die Trägerschaft bestimmt auch, welche formalen Gremien und informellen Netzwerke existieren, über die Stakeholder

Einfluss auf Entscheidungen nehmen können. Entscheidend bleibt allerdings stets die konkrete Ausgestaltung und die Bereitschaft der Verantwortlichen, einen Prozess zur diversitätssensiblen Organisations- und Personalentwicklung zu initiieren und durchzuführen.

Der im Projekt erarbeitete OE/PE-Prozess mit den zugehörigen Instrumenten wurde in Einrichtungen eines großen Unternehmens in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft entwickelt. Diese Trägerschaft birgt generell ein hohes Potential für die Partizipation von Mitarbeiter\*innen: Da der Fokus primär auf der Daseinsvorsorge und dem Gemeinwohl liegt, besteht oft ein größeres Bewusstsein für die Notwendigkeit, die Bedürfnisse der Mitarbeitenden zu berücksichtigen. Darüber hinaus spielen Gewerkschaften und Personalräte in öffentlichen Einrichtungen traditionell eine wichtige Rolle, was die formelle Partizipation der Beschäftigten stärken kann. Bürokratische Strukturen und komplexe Entscheidungsprozesse können den Prozess zwar verlangsamen, jedoch ist der entwickelte OE/PE-Prozess zeitlich flexibel gestaltbar und damit entsprechend den organisatorischen Abläufen durchführbar.

Bei freigemeinnütziger Trägerschaft spielt die Werteorientierung zumeist eine große Rolle (Berger 2021). Die spezifischen religiösen und ethischen Überzeugungen des Trägers können in bestimmten Bereichen zu Spannungen mit unterschiedlichen Diversitätsdimensionen führen (z.B. in Bezug auf kulturelle Diversität, die variierende religiöse Überzeugungen und Praktiken einschließt). Darüber hinaus kann es sein, dass die Belegschaft oder Führungsebene traditionell eher homogen ist, was bei Veränderungsdruck die Initiierung und Umsetzung des diversitätssensiblen OE-Prozesses erschweren kann. Vor diesem Hintergrund ist es gerade der partizipative Bottom-Up-Ansatz, der die Akzeptanz der Mitarbeitenden für Veränderungen erhöhen kann. Die entwickelten Instrumente fördern eine offene Diskussion und das Workshop-Format bildet einen geschützten Raum für diese Diskussionen. Dennoch muss der OE-Prozess von der Führungsebene getragen und vorgelebt werden, um Vertrauen und Authentizität in die Pflgeteams zu transportieren. Darüber hinaus ist Transparenz ein wesentlicher Faktor, so dass Ziele und Nutzen der Bemühungen klar kommuniziert werden müssen. Letztlich begegnen auch Einrichtungen in freigemeinnütziger Trägerschaft einer großen Vielfalt unter den zu versorgenden Pflegebedürftigen, was eine gewisse Sensibilität für Diversität im Team fördern kann (s. Kap. 4.3.3.1).

Bei Einrichtungen in privater Trägerschaft steht die wirtschaftliche Effizienz im Vordergrund. OE-Prozesse werden hier oft unter dem Gesichtspunkt der Effizienzsteigerung, Qualitätsverbesserung und Mitarbeiterbindung betrachtet, um den wirtschaftlichen Erfolg zu sichern. Partizipation wird vor diesem Hintergrund häufig vom Management initiiert und die Auswahl der Beteiligten kann strategischer erfolgen als bei anderen Trägern. Dies könnte sich dann positiv auswirken, wenn die Teilnehmer\*innen der Workshops nach den betreffenden Diversitätsdimensionen angefragt und ausgewählt werden. Die primäre Ausrichtung auf Gewinnmaximierung in privater Trägerschaft stellt mögliche Begrenzung des OE-Prozesses dar, denn dafür müssen Ressourcen bereitgestellt werden – diese werden allerdings nur dann als Investition anerkannt, wenn die wirtschaftlichen Vorteile sichtbar sind.

Insgesamt ist davon auszugehen, dass die entwickelten Instrumente und der zugehörige partizipative Prozess zur Organisations- und Personalentwicklung in Einrichtungen unterschiedlicher Trägerschaften unter den jeweils spezifischen Rahmenbedingungen durchführbar ist.

### 5.3 Personalstruktur

Personalstrukturen können sich zwischen stationären Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen in vielerlei Hinsicht unterscheiden, was wesentliche Auswirkungen auf die Gestaltung und Durchführbarkeit des OE-Prozesses haben kann. Diese Unterschiede beeinflussen die Bedürfnisse, Herausforderungen und Potenziale der Pflegekräfte.

Die demografische Zusammensetzung der Pflgeteams variiert vermutlich – wie auch in den hier analysierten Fallbeispielen – hinsichtlich der dominanten Diversitätsdimensionen. In diesem Fall stehen lediglich die für das jeweilige Pflgeteam relevanten Diversitätsdimensionen im Vordergrund. Aber auch der Anteil an Vollzeit- und Teilzeitkräften oder die Fluktuationsrate beeinflussen die Durchführbarkeit der Bottom-Up-Workshopkaskade. Hier wären bei der Planung der Workshops umso stärker die unterschiedlichen Arbeitszeiten und -verpflichtungen zu berücksichtigen.

Auch die hierarchische Struktur ist maßgeblich: Die Anzahl der Hierarchieebenen hängt direkt mit der Anzahl der durchzuführenden partizipativen Workshops zusammen. Unter den Vorzeichen knapper Ressourcen wäre zu überlegen, welche Hierarchieebenen möglicherweise einen gemeinsamen Workshop veranstalten könnten, ohne die angestrebten Selbstlernprozesse zu behindern (im Krankenhaus bspw. Stations- und Bereichsleitungen). Darüber hinaus wird der OE-Prozess dadurch beeinflusst, ob eine Einrichtung eher steile oder flache Hierarchien hat. Bei flacheren Hierarchien werden spezifische Problemlagen möglicherweise rascher und informeller adressiert als im Kontext steiler Hierarchien. Die Erkenntnis dieses Projektes, dass Probleme auf Teamebene den Leitungsebenen oft nicht vollständig bewusst sind, deutet darauf hin, dass der Bottom-Up-Ansatz in Einrichtungen mit steileren Hierarchien seine besondere Relevanz entfalten könnte.

Der im Projekt CareTrans entwickelte OE-Prozess ist grundsätzlich in Einrichtungen mit unterschiedlicher Personalstruktur umsetzbar, da er auf partizipativen Ansätzen und der Berücksichtigung einrichtungsspezifischer Lösungen basiert. Sowohl die Zusammensetzung der Teilnehmer\*innen als auch die Anzahl der Workshops der Bottom-Up-Kaskade sind flexibel anpassbar, eben weil sie durch die Personalstruktur der Einrichtung selbst bestimmt werden.

### 5.4 Ressourcenverfügbarkeit

Die variierende Verfügbarkeit von finanziellen und personellen Ressourcen in verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitswesens kann die Umsetzung des OE-Prozesses erheblich beeinflussen. Der in CareTrans entwickelte partizipative OE-Prozess erfordert durch seine Bottom-Up-Workshop-Kaskade zeitliche, finanzielle und personelle Ressourcen, die viele Einrichtungen – vor allem kleinere Häuser oder solche in ländlichen Gebieten – vor entsprechende Herausforderungen stellen. Die Freistellung von Mitarbeiter\*innen für die Teilnahme an den Workshops oder die Bereitstellung von Mitteln für externe Moderator\*innen und Materialien sind Kostenfaktoren, die nicht in allen Einrichtungen leicht zu tragen sind. Dennoch stellen etwa Strukturverbesserungen, die auf den ersten Blick nur mittelbar mit dem Thema Diversität in Verbindung gebracht werden (z.B. ein gut funktionierendes Ausfallmanagement) Aspekte dar, die die Bereitstellung ausreichender Ressourcen als nachhaltige Investition stützen. Die Betonung der Organisationsstrukturen als Ansatzpunkt für Veränderungen ist besonders relevant, da strukturelle Anpassungen oft

nachhaltiger wirken als individuelle Maßnahmen (Verweis). Inwiefern ließe sich der OE-Prozess also möglichst ressourcenschonend umsetzen?

Unsere Erkenntnisse weisen darauf hin, dass es oft nicht am Willen mangelt, sondern daran, dass der ablaforientierte Alltag in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen die Umsetzung von Maßnahmen behindert. Um Kontinuität zu gewährleisten, ist es entsprechend ratsam, eine verantwortliche Person zur Begleitung des Veränderungsprozesses zu engagieren oder zu benennen. Um Kosten zu sparen, könnte u.U. auf die externe Moderation oder Begleitung der Workshops verzichtet und dies intern übernommen werden. Dies spart Kosten, erfordert aber qualifizierte interne Moderator\*innen. Dies kann insbesondere für kleinere Einrichtungen, die häufig mit knappen Personalressourcen zu kämpfen haben, hilfreich sein. Solche internen Moderator\*innen können sein:

- **Leitungskräfte:** In kleineren Einrichtungen sind Leitungskräfte oft stärker in den operativen Betrieb eingebunden. Sie könnten die Prozessverantwortung übernehmen, müssten aber Zeit dafür freischaufeln. Dies könnte bedeuten, Aufgaben zu delegieren oder bestimmte Routinetätigkeiten zu reduzieren. Beachtet werden sollte jedoch, dass dies die Offenheit der Teilnehmer\*innen einschränken könnte, wenn etwa direkte Vorgesetzte einen Workshop durchführen.
- **Qualitätsmanagementbeauftragte:** Da OE-Prozesse auch die Qualität der Versorgung und der Arbeitsbedingungen verbessern (Verweis), könnten Qualitätsmanager\*innen geeignete Personen für die Durchführung sein.
- **Diversitätsmanager\*innen:** Diese wären, sofern solche Positionen eingerichtet wurden, prädestiniert für die Moderation, sollten aber ähnlich anderen Mitarbeitenden mit entsprechenden Befugnissen ausgestattet sein und auch das Vertrauen der Pflgeteams genießen.
- **Engagierte Mitarbeitende:** Es gibt in den meisten Pflgeteams Mitarbeiter\*innen, die sich besonders für bestimmte Themen engagieren. Wenn jemand ein ausgeprägtes Interesse an Diversität, Team- oder Organisationsentwicklung hat, könnte diese Person eine Rolle bei der Durchführung des Prozesses spielen, sofern sie akzeptiert und mit entsprechenden Befugnissen ausgestattet ist. Dies sollte aber immer auf Freiwilligkeit basieren und entsprechend anerkannt werden (z.B. als Arbeitszeit mit entsprechender Entlohnung oder zusätzlichen Urlaubstagen).
- **Arbeitsgruppen:** Möglicherweise lässt sich der OE-Prozess auch mit Arbeitsgruppen aus der Belegschaft durchführen, besonders in Einrichtungen, die mit Personalengpässen zu kämpfen haben. Dies wäre ein vielversprechender Weg, um die Verantwortung zu verteilen und nachhaltige Veränderungen zu bewirken – sofern sie entsprechend änderungswirksam sind. Allerdings muss hierfür bereits ein Problembewusstsein in der Belegschaft vorhanden sein und die Leistungen der Arbeitsgruppen sollten angemessen anerkannt werden (s.o.). Der zusätzliche Zeitaufwand muss außerdem bei der Dienstplanung berücksichtigt werden.

Insbesondere Einrichtungen in Kleinstädten und ländlichen Gebieten sind häufig sehr stark in die soziale Umgebung eingebettet, was verschiedene Möglichkeiten bietet, sich in der Region zu vernetzen und so Synergieeffekte zu schaffen:

- Kooperationen mit anderen Krankenhäusern, Pflegeheimen oder ambulanten Pflegediensten in der Region können Synergien schaffen.
- Bildungseinrichtungen: Volkshochschulen, Universitäten, Fachhochschulen oder Berufsschulen könnten Partner für den OE-Prozess sein.
- Integrationsbeauftragte und -zentren der Kommunen: Diese können wertvolle Partner bei der Durchführung des OE-Prozesses sein.

Sofern nicht ausreichend Ressourcen vorhanden sind, muss der partizipative Bottom-up-Prozess möglicherweise verschlankt oder abgekürzt werden. Zu betonen ist, dass jede Verkürzung auch mit potenziellen Nachteilen verbunden ist. Jede der im Folgenden angeführten Maßnahmen kann die Qualität des Prozesses beeinträchtigen. Es ist wichtig, die potenziellen Nachteile abzuwägen und zu versuchen, die Auswirkungen so gering wie möglich zu halten. Die Partizipation der Mitarbeitenden sollte auch bei einer Verschlinkung des Prozesses so weit wie möglich gewährleistet bleiben. Zentral ist, dass die Mitarbeitenden sich weiterhin gehört und wertgeschätzt fühlen. Letztendlich ist es eine Abwägung zwischen dem Ideal eines umfassenden partizipativen Prozesses und den realen Bedingungen und Ressourcen einer Einrichtung:

- Zusammenlegung von Workshops: Beispielsweise könnte man einen Workshop mit der mittleren und oberen Leitungsebene gemeinsam durchführen.
- Kürzung der Workshopdauer: Die Dauer der einzelnen Workshops könnte verkürzt werden. Dies erfordert jedoch eine sehr gute Vorbereitung und eine straffe Moderation, um sicherzustellen, dass die wichtigsten Themen dennoch behandelt werden.
- Reduktion der Themen: Statt alle Diversitätsdimensionen (Qualifikation, Herkunft, Generation) in den Fokus zu nehmen, könnte auf die drängendsten oder relevantesten Dimensionen für die jeweilige Einrichtung fokussiert werden.

Insgesamt ist das im Dokument beschriebene Instrument zur Personal- und Organisationsentwicklung potenziell auf andere Einrichtungen des Gesundheitswesens übertragbar, wobei Anpassungen an die spezifischen Gegebenheiten der jeweiligen Einrichtung erforderlich – aber auch *vorgesehen* – sind.

## 5.5 Diskussion der Ergebnisse der Online-Befragung

Die Ergebnisse der Analyse der Selbst- und Fremdbewertungen im faktoriellen Survey legen nahe, dass Pflegekräfte davon ausgehen, dass ihre tatsächlichen Team-Kolleg\*innen in den geschilderten Situationen ähnlich denken und handeln würden, wie sie selbst. Dieser Befund deutet darauf hin, dass Pflegekräfte einen gefühlten oder tatsächlichen gemeinsamen Wissensvorrat für Interaktionsregeln im pflegerischen Alltag teilen, z.B. was das Vertrauen in die Kompetenzen ihrer Kolleg\*innen, die Einschätzung der Fähigkeiten von im Ausland qualifizierten Pflegekräften betrifft oder die benötigte Zeit, um mit neuen Kolleg\*innen vertrauensvoll zusammenarbeiten zu können. Diese Orientierung an gemeinsamen Normen spricht für eine hohe Identifikation der einzelnen Pflegekräfte mit dem eigenen Pflege-Team und entsprechend daraus folgenden Konsequenzen für die alltägliche pflegerische

(Zusammen-)Arbeit. Zusammenfassend wurde beobachtet, dass fiktive Kolleg\*innen aus Deutschland oder Frankreich das höchste Vertrauen in ihre Kompetenzen genossen. Bei der Körperpflege stellte zusätzlich eine berufliche Ausbildung einen Vorteil für fiktive Kolleg\*innen dar, während das Zutrauen in die Fähigkeiten zur Anlage einer Infusion vor allem von einer längeren Zusammenarbeit beeinflusst wurde. Beim Dienstaustausch war die Motivation, mit fiktiven älteren Kolleg\*innen, mit denen eine längere Kooperation bestand, hoch. Dennoch zeigt die vergleichende Berücksichtigung der einzelnen Effektstärken in der Auswertung des faktoriellen Surveys, dass die Einschätzung fiktionaler Kolleg\*innen vor allem damit assoziiert war, ob die Befragten eine Migrationserfahrung aufwiesen oder nicht. Eine untergeordnete Rolle spielten hingegen die Diversitätsmerkmale der fiktiven Kolleg\*innen. Wie Pflegekräfte sich in direkter Interaktion mit Kolleg\*innen verhalten, wird offenkundig hauptsächlich durch ihre eigenen individuellen Merkmale bestimmt und weniger durch die Merkmale der Personen, mit denen sie interagieren. Analog dazu zeigen weitere Ergebnisse der Online-Befragung, dass Pflegekräfte die Arbeitsbedingungen in ihrem unmittelbaren Umfeld als eher positiv bewerten, z.B. die vertrauensvolle und enge Zusammenarbeit im Pflgeteam und mit der direkten Führungskraft. Hingegen werden Arbeitsbedingungen außerhalb dieses pflegerischen Kernbereichs als nur mittelmäßig eingeschätzt, z.B. bezüglich der Zusammenarbeit mit ärztlichen Kolleg\*innen oder auch der personellen Ausstattung auf ihrer Station. Dies bestärkt die Beobachtung der hohen Identifikation und Zufriedenheit mit der Arbeit im unmittelbaren pflegerischen Team und deutet auf potenzielle Herausforderungen in der "erweiterten" Arbeitsumgebung von Pflegekräften hin.

Die befragten Pflegekräfte fühlen sich überwiegend sicher in ihrem Team. Das Geschlecht der Pflegekräfte und die Art der beruflichen Qualifikation waren nicht mit dem Sicherheitsgefühl assoziiert. Pflegekräfte mit Migrationsgeschichte fühlen sich jedoch weniger im Team angenommen. Trotz der Möglichkeit, Probleme offen im Team anzusprechen und der Wertschätzung von individuellen Fähigkeiten, haben Pflegekräfte mit Migrationsgeschichte weniger Vertrauen darin, dass ihnen Kolleg\*innen nicht absichtlich schaden würden, ihnen Fehler nicht vorgehalten werden und sie Kolleg\*innen um Hilfe bitten können. Zudem beobachten Pflegekräfte mit Migrationshintergrund, dass in ihrem Team Kolleg\*innen, welche als "anders" eingestuft werden, eher eine Abweisung erfahren. Diese Ergebnisse könnten darauf hindeuten, dass Pflegekräfte mit Migrationsgeschichte aufgrund negativer Erfahrungen in aktuellen oder in früheren Teamkonstellationen häufiger weniger Vertrauen in ihre Kolleg\*innen haben und entsprechend zögern, persönliche Risiken bei der Arbeit einzugehen oder um Hilfe zu bitten. Eine qualitative Studie aus Südengland ergab, dass sich migrierte Pflegekräfte aus Asien, Afrika und der Karibik bei ihrer Arbeit besonderer Beobachtung durch ihre Kolleg\*innen ausgesetzt sahen und bei Fehlern explizite Herabsetzung erfuhren, was wiederum zu einem geringeren Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl der Betroffenen beitrug (Alexis et al., 2007). Demgegenüber ergaben qualitative Interviews mit migrierten Pflegekräften in einem norwegischen Pflegeheim, dass die Bitte um Hilfe bei der Versorgung von Patient\*innen für sie persönlich mit Scham und hohen empfundenen Barrieren einherging und das Vertrauen in die Selbstverständlichkeit von Kooperation in der Zusammenarbeit über die Zeit erst erlernt und erfahren werden musste (Egede-Nissen, Sellevold, Jakobsen, Sørli 2019). Pflegekräfte mit Migrationsgeschichte könnten demnach aufgrund expliziter oder impliziter selbst erlebter oder beobachteter negativer Erfahrungen oder persönlicher Einstellungen zur Zusammenarbeit in Teams den Eindruck erwerben, unter besonderer Beobachtung durch Kolleg\*innen zu stehen und den

vertrauensvollen Kooperationsaspekt von Teamarbeit zu vernachlässigen. Die Online-Befragung ergab zudem, dass das Sicherheitsgefühl im Team von älteren Pflegekräften höher eingeschätzt wurde als von jüngeren Pflegekräften. Die meist mit einem höheren Lebensalter einhergehende langjährige Berufserfahrung und die dabei erworbenen praktischen Kenntnisse und Fertigkeiten könnten das Selbstbewusstsein älterer Pflegekräfte stärken. Die Kenntnis eigener Stärken und Schwächen und die Vertrautheit mit der Arbeit in einem Pflegeteam könnten die individuelle Kooperationsbereitschaft und offene Kommunikation mit Kolleg\*innen stärken.

In der Einschätzung der Qualität der direkten Führungskraft, der Zusammenarbeit mit ärztlichen Kolleg\*innen und der personellen Ausstattung auf der Station ergaben sich keine signifikanten Unterschiede entlang der untersuchten Diversitätsmerkmale. Jedoch konnte beobachtet werden, dass all diese Arbeitsbedingungen signifikant miteinander assoziiert waren. Somit gibt es Hinweise darauf, dass die einzelnen Bestandteile pflegerischer Arbeitsumgebungen sowohl mehrheitlich positiv als auch mehrheitlich kritisch gestaltet sein können, sich diese also gegenseitig beeinflussen und ggf. bedingen.

Obwohl die Selbst- und Fremdeinschätzung der Teilnehmenden in den Fallbeispielen vergleichbar waren, gaben die befragten Pflegekräfte selbst durchweg eher höheres Zutrauen in die Kompetenz der fiktiven Kolleg\*innen und eine etwas höhere Bereitschaft zum Dienstaustausch an, als sie es ihren tatsächlichen Kolleg\*innen zutrauen würden. Für diese Beobachtung lassen sich mindestens zwei Interpretationsansätze ableiten. Pflegekräfte, die an der Online-Befragung teilnahmen, zeichnen sich realiter durch eine besonders hohe Motivation und Kooperationsfähigkeit im Vergleich zu den Pflegekräften aus, die nicht an der Befragung teilnahmen und damit einen Großteil der Kolleg\*innenschaft der Teilnehmenden abbilden. Eine weitere Erklärung zielt auf potenzielle Auswirkungen sozial erwünschten Antwortverhaltens, wonach die Teilnehmenden sich selbst bei eher kontroversen gesellschaftspolitischen Themen im Vergleich zu Kolleg\*innen vorteilhafter präsentieren und die Antworten aus Kolleg\*innensicht die tatsächliche Einstellung der Teilnehmenden zu einem Thema widerspiegelt. Letztere Annahme begründet den methodischen Ansatz, das eigene Handeln und jenes der Kolleg\*innen einschätzen zu lassen.

Die Beobachtung, dass Pflegekräfte mit Migrationsgeschichte Kolleg\*innen bei der Körperpflege und bei der Infusionsanlage tendenziell etwas weniger zutrauen als jene ohne Migrationsgeschichte eröffnet Spielraum für Interpretation. Denn befragt nach ihren Einschätzungen aus Kolleg\*innensicht, schätzen Pflegekräfte mit Migrationsgeschichte im Vergleich zu jenen ohne Migrationserfahrung gleichzeitig ein, dass ihre tatsächlichen Kolleg\*innen weniger Vertrauen in die Körperpflege-, jedoch nicht Infusionsanlage-Kompetenzen der fiktiven Kolleg\*innen haben würden. Demnach scheinen Teilnehmende mit Migrationsgeschichte tendenziell skeptischer oder vorsichtiger bezüglich der Einschätzung der pflegerischen Fähigkeiten anderer Kolleg\*innen zu sein. Gleichzeitig nehmen erstere an, dass ihre tatsächlichen Kolleg\*innen ebenfalls weniger Vertrauen in die Arbeit anderer haben, was ggf. darauf hindeuten könnte, dass Pflegekräfte mit Migrationsgeschichte diese tatsächlich beobachtete oder vermutete "Skepsis" oder „Vorsicht“ ihrer Kolleg\*innen übernehmen. Gerade im Bereich der Grundpflege könnten Pflegekräfte mit Migrationserfahrung selbst erfahren haben, dass ihnen weniger Vertrauen bei der Körperpflege entgegengebracht wurde, was sie wiederum dazu bewegt, diese Haltung gegenüber anderen (neuen) Kolleg\*innen zu übernehmen (Correa-Betancour, Marcus, Balasubramanian et al. 2023).

Hinsichtlich der Diversitätsdimensionen fiktiver Kolleg\*innen in den Fallbeispielen, zeichnet die positivere Bewertung der fachlichen Kompetenzen deutscher und französischer im Vergleich zu chinesischen Kolleg\*innen eine potenzielle Unkenntnis von Pflegekräften über die Qualifikationsprofile außereuropäischer Pflegefachkräfte nach. Diese Unkenntnis oder etwaige Vorurteile oder Stereotype hinsichtlich bestimmter Herkunftsregionen führen ggf. auch zur Unterschätzung und Abwertung der Qualifikationen dieser Pflegekräfte mit entsprechenden Auswirkungen auf die Zusammenarbeit im pflegerischen Team und das betroffene Teammitglied (Schumann, Peppler, Beck et al. 2024; Cook & Brunton 2018). Unsere Beobachtung der niedrigeren Einschätzung der psychologischen Sicherheit im Pflegeteam durch Pflegekräfte mit Migrationsgeschichte könnte Ausdruck solcher Erfahrungen von im Ausland qualifizierten Pflegefachkräften darstellen. Nicht vollständig auszuschließen ist die Annahme, dass die Teilnehmenden bei der Beantwortung der Fallbeispiele und Einschätzung der Kompetenzen größtenteils auf tatsächliche Erfahrungen mit französischen und chinesischen Teammitgliedern zurückgreifen konnten. Zudem geben die Teilnehmenden an, dass ihre tatsächlichen Kolleg\*innen eher mit deutschen als mit chinesischen Kolleg\*innen Dienste tauschen würden, was mehrere Interpretationen zulässt. Diese Bewertung könnte tatsächliches Erfahrungswissen widerspiegeln, in dem die Teilnehmenden in ihren Teams beobachten, dass Dienste seltener mit chinesischen Kolleg\*innen getauscht werden als mit deutschen Kolleg\*innen. Gleichzeitig könnten die Ergebnisse darauf hindeuten, dass die Teilnehmenden annehmen, dass ihre tatsächlichen Kolleg\*innen einen Dienstaustausch von solchen Faktoren wie der Nationalität der Kolleg\*innen abhängig machen und die Bereitschaft zum Tausch entsprechend dieses Faktors unterschiedlich ausgeprägt ist. Letztlich ist nicht auszuschließen, dass wie im oben erwähnten Fall des sozial erwünschten Antwortverhaltens, dieses Ergebnis die eigentliche Einschätzung der Teilnehmenden widerspiegelt.

Bei der Anlage einer Infusion und beim Dienstaustausch genießen bereits länger im Team arbeitende Mitglieder mehr Vertrauen als neue Kolleg\*innen. Vor allem bezüglich fachlicher Kompetenzen in der Behandlungspflege scheint es nachvollziehbar, dass Pflegekräfte erst durch längere Zusammenarbeit die individuellen pflegerischen Fähigkeiten ihrer Kolleg\*innen auf der Basis des Erfahrungswissens einschätzen können. Neuen Kolleg\*innen wird demnach tendenziell mit größerer Skepsis bezüglich ihrer fachlichen Fähigkeiten begegnet. Hinsichtlich der Länge der Zusammenarbeit und der Bereitschaft zum Dienstaustausch, lässt sich eine größere Verbindlichkeit oder gegenseitige Verpflichtung als Interpretationsansatz für die Ergebnisse ableiten. Demnach müssen sich ggf. neue Kolleg\*innen erst durch eigenen Einsatz eine Position im Team erarbeiten, bevor sie vom Team profitieren können.

## 5.6 Limitationen

Unsere vergleichenden qualitativen Fallstudien geben wertvolle Einblicke in die Dynamiken unterschiedlicher Pflegeteams. Unser Forschungsansatz zielte auf die Erfassung einer möglichst breiten Palette an Erfahrungen und Perspektiven innerhalb von Pflegeteams in zwei Krankenhäusern und zwei stationären Pflegeeinrichtungen, die sich in strukturell verschiedenen Sozialräumen befinden. Die Fokussierung auf eine einzige Großstadt und die Beschränkung der Datenerhebung auf Einrichtungen eines einzigen Trägers können indes die Generalisierbarkeit unserer Ergebnisse einschränken. Zukünftige Forschung kann diese Limitationen adressieren, indem sie eine größere geografische Streuung und die Einbeziehung mehrerer Träger in den Blick nimmt, um die Übertragbarkeit der Erkenntnisse abzusichern.

Die quantitative Datenerhebung zeichnete sich durch ein querschnittliches Studiendesign aus, welches Rückschlüsse auf die Richtungen der beobachteten Effekte zwischen den untersuchten Konstrukten in der Arbeitsumgebung von Pflegekräften limitiert. Zudem basierten alle Angaben aus der Online-Befragung auf den subjektiven Einschätzungen der teilnehmenden Pflegekräfte und konnten dementsprechend nicht objektiviert werden. Jedoch war das originäre Ziel der Befragung, persönliche Bewertungen von Erfahrungen am Arbeitsplatz zu untersuchen, womit der Einsatz von Selbstaufkunftsinstrumenten legitimiert wird. Auch ermöglicht die Aufforderung, die Perspektive der Kolleg\*innen einzunehmen, eine Kontrolle potenziell sozial erwünschten Antwortverhaltens. Die Rücklaufquote der Online-Befragung kann aufgrund fehlender Informationen zur tatsächlichen Anzahl der durch die verschiedenen Rekrutierungsinstrumente erreichten Pflegekräfte nicht zuverlässig bestimmt werden. Wird angenommen, dass alle ca. 11.400 an beiden Institutionen beschäftigten Pflegekräfte durch E-Mails, Intranetmeldungen und Flyer von der Studie erfuhren, beträgt die Rücklaufquote mit N=684 finalen Teilnehmenden an der Online-Befragung lediglich 6%. Unter Beachtung dieser mutmaßlich geringen Beteiligung, sowie des spezifischen Samplingansatzes an zwei Gesundheitsinstitutionen in einer deutschen Großstadt, kann keine Repräsentativität der Ergebnisse der Online-Befragung für alle in Deutschland tätigen Pflegekräfte angenommen werden. Zudem sollten die Auswirkungen von weiteren relevanten Einflussgrößen auf die im faktoriellen Survey untersuchten Endpunkte, wie z.B. Zutrauen in die grund- und fachpflegerischen Kenntnisse und Fertigkeiten von Kolleg\*innen und Kooperationsbereitschaft, in zukünftigen Studien analysiert werden.

Zusammenfassend kann bilanziert werden, dass mit dem konzipierten und umgesetzten Forschungsdesign die im Antrag formulierten Fragestellungen und Zielsetzungen umfassend bearbeitet werden konnten.

## **6 Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung**

Das Instrumentarium zur Personal- und Organisationsentwicklung stellt das unmittelbarste Ergebnis von CareTrans dar, das bereits während des Projektverlaufs in die teilnehmenden Krankenhäuser und Pflegeheime transferiert wurde und dort proaktive Veränderungen anstoßen konnte. Mit Veröffentlichung dieses Ergebnisberichtes werden sowohl die entwickelten Instrumente als auch der gesamte Prozess zur Organisations- und Personalentwicklung allgemein zur Verfügung gestellt und können somit auch von anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens durchgeführt werden. Des Weiteren generierte CareTrans handlungsleitendes Wissen für Pflegekräfte, Pflgeteams und leitende Pflegefachkräfte, das in die Ausbildungs- und Studiengänge einfließen kann, um insbesondere Berufseinsteiger\*innen für diese zukünftigen Herausforderungen zu sensibilisieren. Dies gilt selbstverständlich auch für Fort- und Weiterbildungen. Die Ergebnisse werden zudem in einschlägigen Fachzeitschriften publiziert. Da es bisher kaum wissenschaftliche Erkenntnisse zum Zusammenhang von Migration (Zuwanderung internationaler Pflegefachpersonen), Qualifikation (variierende und sich wandelnde Ausbildungsstrukturen) und Generatione (generationeller Wandel und intergenerationelles Lernen) in der deutschen Pflege gibt, ist davon auszugehen, dass die Ergebnisse in der Fachöffentlichkeit in den Bereichen Versorgungsforschung, Pflegewissenschaften, Organisationsentwicklung, Krankenhaus- und Personalmanagement sowie Migrationspolitik und Fachkräftezuwanderung auf großes Interesse stoßen. Die Ergebnisse sollen zudem methodische Weiterentwicklungen in der

organisationsbezogenen Versorgungsforschung umfassen, insbesondere durch die Kombination von Methoden der Sozialforschung und jenen der Organisationsentwicklung. Darüber hinaus werden die Forschungsergebnisse von Projektmitarbeiter\*innen in die jeweiligen Gremien und Arbeitsgruppen eingebracht. Um die Erkenntnisse von CareTrans dauerhaft und nachhaltig in die Versorgung integrieren zu können, müssen sowohl praktisch tätige Pflegekräfte als auch Personalverantwortliche stärker für die Diversität in Pflgeteams und die Auswirkungen auf den pflegerischen Arbeitsalltag sensibilisiert werden. Die entwickelten Instrumente sowie der OE/PE-Prozess können dies auf individueller, kollektiver und organisationsstruktureller Ebene maßgeblich unterstützen. Weiterer Forschungsbedarf Der grundlegende Ansatz für eine diversitätssensible Organisationsentwicklung im Krankenhaus und im Pflegeheim, soweit dieser im Rahmen dieses Projekts durchgeführt werden konnte, ist somit erfolgreich getestet. In der Folge müsste ein Prozessverlauf im Sinne des zuvor dargestellten Beispielprozesses vollständig umgesetzt und evaluiert werden mit dem Ziel, den exemplarisch entwickelten Prozess in der stationären Krankenversorgung und Langzeitpflege weiter zu optimieren und zu generalisieren. Bislang fehlen Evaluationen von Diversitätsinstrumenten und -prozessen in der medizinischen und pflegerischen Versorgung. In einer solchen Studie müssten überprüft werden: (1) die notwendigen organisatorischen, personellen und finanziellen Rahmenbedingungen sowie (2) hemmende und förderliche Faktoren des Umsetzungsprozesses zu identifizieren, (3) die Wirkung des Prozesses auf den Umgang der Pflgeteams mit Diversität in der Versorgungspraxis und das organisationale Gefüge und (4) die Effekte für die Versorgung von Patient\*innen und Pflegebedürftigen. Das Vorgehen soll zudem dahingehend geprüft und weiterentwickelt werden, inwiefern es von den Einrichtungen selbst durch geeignetes eigenes Personal (Diversitymanager\*innen oder Mitarbeitende der OE/PE-Abteilungen) durchgeführt und somit unabhängig von externen Wissenschaftler\*innen oder Berater\*innen umsetzbar ist. Einrichtungen der stationären Pflegeversorgung könnte damit ein evaluiertes und einsetzbares Instrument bereitgestellt werden, mit dem sie ihren individuellen diversitätsbezogenen Herausforderungen begegnen können, indem sie lernen, hierfür angemessene Strukturen zu schaffen.

## **7 Erfolge bzw. geplante Veröffentlichungen**

### **7.1 Erfolge Veröffentlichungen**

Feißt, Martin; Muster, Judith (2024): Führung und die Grenzen der Formalität am Beispiel Krankenhaus. In: Soziale Systeme. Zeitschrift für Soziologische Theorie. Themenheft Die Rigidität des Unverbindlichen: Informalität und Interaktion in Organisationen, Hg. von Maren Lehmann und Peter Plener.

Peppler, Lisa (2021): Care in Transition. Pflgeteams im Spannungsfeld zwischen Migration und Akademisierung. In: Health & Care Management 12 (4), S. 25.

Schneider A, Khouri AM, Peppler L, Feißt M, Röhle R, Drewniak D, Schenk L. How are nurses' individual and their colleagues' diversity factors associated with their cooperation behaviors in teams? - Results of an online factorial survey. BMC Nurs 25, 336 (2026). <https://doi.org/10.1186/s12912-026-04572-5>

Schumann, Marwa; Peppler, Lisa; Beck, Patricia; Schenk, Liane (2024): Navigating transitions: a qualitative study of nursing teams' experiences of educational and cultural transitions

in Germany. In: BMC nursing 23 (1), S. 725. DOI: 10.1186/s12912-024-02383-0. ([Open Access](#))

## 7.2 Geplante Veröffentlichungen

Apelt, Maja; Feißt, Martin; Löckmann, Teresa (2025): Diversität in Pflegeteams gestalten; eingereicht in: Gruppe, Interaktion, Organisation. Zeitschrift für Angewandte Organisationspsychologie.

Khouri, Anna Maria; Zöllick, Jan C.; Peppler, Lisa; Schenk, Liane; Schneider, Anna (2025): The associations of intra- and interprofessional collaboration with burnout: Findings of an online survey of diverse nursing staff in Germany.

Peppler, Lisa; Feißt, Martin; Apelt, Maja; Schenk, Liane (2025): Three Different Ways of Dealing with Diversity in Nursing Teams: Comparative Case Studies in German Hospitals and Nursing Homes.

## IV Literaturverzeichnis

Achoumrar, B. (2023). Gute Pflege im transkulturellen Vergleich: Eine Studie in der stationären Altenpflege unter Betrachtung immaterieller Werte. Dissertation. Springer VS.

Alexis, O., Vydellingum, V. & Robbins, I. (2007). Engaging with a new reality: experiences of overseas minority ethnic nurses in the NHS. *Journal of clinical nursing*, 16(12), 2221–2228. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02080.x>.

Amstad, T. (1978). Wie verständlich sind unsere Zeitungen? [Dissertation], Zürich.

Auspurg, K. & Hinz, T. (2015). Factorial survey experiments. *Quantitative Applications in the Social Sciences*: Bd. 175. SAGE.

Berger, J. (2021). Führungskräfte in christlichen Krankenhäusern: Vertrauensbeziehungen als Grundlage für den Unternehmenserfolg [Dissertation]. [https://kidoks.bsz-bw.de/frontdoor/deliver/index/docId/2697/file/DissertationJuliaBergerEnd\\_07.07.2022.pdf](https://kidoks.bsz-bw.de/frontdoor/deliver/index/docId/2697/file/DissertationJuliaBergerEnd_07.07.2022.pdf)

BIK ASCHPURWIS + BEHRENS GMBH. (2021). Methodenbericht für das Deutsche Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung e.V. in Berlin. Repräsentative Telefonbefragung im Rahmen des Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitors (NaDiRa–001–CATI).

Bohnsack, R. (2014). Documentary Method. In U. Flick (Hrsg.), *The SAGE Handbook of Qualitative Data Analysis* (S. 217–233). SAGE Publications Ltd.

Bohnsack, R. (2017). *Praxeologische Wissenssoziologie*. Verlag Barbara Budrich. Crozier, Michel; Friedberg, Erhard (1979): *Macht und Organisation. Die Zwänge kollektiven Handelns*. Königstein i.T.: Athenäum.

Böse, C. & Schmitz, N. (2022). Wie lange dauert die Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen? Analysen zur Verfahrensdauer anhand der amtlichen Statistik für die Jahre 2017 bis 2021. Ergebnisse des BIBB Anerkennungsmonitorings (BIBB Discussion Paper). <https://lit.bibb.de/vufind/Record/DS-780872>

- Chartrand, L. (2022). Theoretically Informed Hospital Ethnography: Reflecting on Method. *International Journal of Qualitative Methods*, 21, 160940692211429. <https://doi.org/10.1177/16094069221142997>.
- Cook, C. & Brunton, M. (2018). The importance of moral emotions for effective collaboration in culturally diverse healthcare teams. *Nursing Inquiry*, 25(2), e12214. <https://doi.org/10.1111/nin.12214>.
- Correa-Betancour, M., Marcus, K., Balasubramanian, M., & Short, S. D. (2023). Barriers and facilitators to the professional integration of internationally qualified nurses in Australia: A mixed methods systematic review. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 41(1), 40-53. <https://doi.org/10.37464/2024.411.933>.
- Egede-Nissen, V., Sellevold, G. S., Jakobsen, R., & Sørli, V. (2019). Minority healthcare providers experience challenges, trust, and interdependency in a multicultural team. *Nursing Ethics*, 26(5), 1326-1336. doi: 10.1177/0969733017752546.
- Elias, N. (1990): *Etablierte und Außenseiter*. Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- Fischer, J. A., & Hüttermann, H. (2020). PsySafety-Check (PS-C). Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen (ZIS). <https://doi.org/10.6102/zis279>.
- Frings, C. (2010). Das Messinstrument faktorieller Survey. In C. Frings (Hrsg.), *Soziales Vertrauen* (S. 193–224). VS Verlag für Sozialwissenschaften. [https://doi.org/10.1007/978-3-531-92297-3\\_8](https://doi.org/10.1007/978-3-531-92297-3_8).
- Gold, C., Smeaton, S., Maliki, S., Tersch, M. & Schulze, U. (2019). Eine unterkühlte Willkommenskultur: Ergebnisse einer qualitativen Studie zur Situation neu zugewanderter Pflegenden in stationären Einrichtungen. *Pflegewissenschaft*, 21(3/4), 130–141. <https://doi.org/10.3936/1584>
- Haskins, H. E. M. & Roets, L. (2022). Nurse leadership: Sustaining a culture of safety. *Health SA = SA Gesondheid*, 27, 2009. <https://doi.org/10.4102/hsag.v27i0.2009>
- Hofrath, Claudia, Meng, Michael, Dorin & Lena. (2024). Monitoring zur Umsetzung der Pflegeausbildungen: Ergebnisse der ersten Erhebungswelle 2022/2023 aus dem BIBB-Pflegepanel. <https://www.bibb.de/dienst/publikationen/de/19518>.
- Hofstede G (2001) *Culture's consequences: Comparing values, behaviors, institutions, and organizations across nations*. Sage Publications, Thousand Oaks, London, New Delhi. <https://doi.org/10.1080/01498>.
- Kelle, U. & Kluge, S. (2010). *Vom Einzelfall zum Typus: Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung* (2., überarbeitete Auflage). *Qualitative Sozialforschung: Band 15*. VS Verlag.
- Kirchner, H. (2000) *Mobbing im Pflorgeteam: Mit Fallbeispielen aus der Praxis*. Georg Thieme Verlag.
- Knoblauch, H. (2014): *Wissenssoziologie*. 3. Auflage. UVK Verlagsgesellschaft, München.
- Koselleck, R. (1989) *Vergangene Zukunft: Zur Semantik geschichtlicher Zeiten*. Suhrkamp.
- Kühl, S. (2020): *Organisationen. Eine sehr kurze Einführung*. Zweite Auflage. Springer: Wiesbaden.

- Lenhard, W. & Lenhard, A. (2014-2022). Berechnung des Lesbarkeitsindex LIX nach Björnson. Verfügbar unter: <http://www.psychometrica.de/lix.html>. Dettelbach: Psychometrica. DOI: 10.13140/RG.2.1.1512.3447.
- Luhmann, N. (1995): Funktionen und Folgen formaler Organisation. Vierte Auflage. Duncker & Humblot: Berlin.
- Luhmann, N. (2014): Vertrauen: Ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität, 5th edn. utb GmbH, Stuttgart, Deutschland. <https://doi.org/10.36198/9783838540047>.
- Luhmann, N. (2000): Organisation und Entscheidung. Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag. Lüscher K (1968) Der Prozeß der beruflichen Sozialisation. Ferdinand Enke, Stuttgart.
- Mannheim K (1970) Das Problem der Generationen. In: Wolff KH (ed) Wissenssoziologie: Auswahl aus dem Werk, 2nd edn. Luchterhand, Neuwied u.a., pp 509–565.
- Nohl, A.-M. (2017): Organisationen in der Dokumentarischen Mehrebenen-Analyse. In: Amling, S. & Vogd, W. (2017): Dokumentarische Organisationsforschung. Perspektiven einer praxeologischen Wissenssoziologie. Opladen: Budrich. S. 279-301.
- Nohl, A.-M. (2001): Migration und Differenzenerfahrung: Junge Einheimische und Migranten im rekonstruktiven Milieuvvergleich. Forschung Erziehungswissenschaft, vol 112. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-322-97509-6>
- Nübling M, Stöbel U, Hasselhorn HM, Michaelis M, Hofmann F (2005). Methoden zur Erfassung psychischer Belastungen. Erprobung eines Messinstruments (COPSOQ). Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund/Berlin/Dresden.
- Pötschke, M. (2019). Mehrebenenanalyse. In N. Baur, J. Blasius, N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), Springer eBook Collection. Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung (2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 1493–1509). Springer Fachmedien Wiesbaden; Imprint: Springer VS; Springer VS. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4\\_111](https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4_111).
- Robert Koch-Institut (2021). Fragebogen zur Studie Gesundheit in Deutschland aktuell: GEDA 2019/2020-EHIS. Journal of Health Monitoring 6(3):88–106. DOI 10.25646/8560.
- Sammut, R., Griscti, O. & Norman, I. J. (2021). Strategies to improve response rates to web surveys: A literature review. International Journal of Nursing Studies, 123, 104058. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104058>. Scholl, Peter: Fleschindex. Verfügbar unter: <https://fleschindex.de/berechnen>, letzter Zugriff am 03.03.2025.
- Schmidt, M., Steigenberger, N., Berndtson, M. & Uman, T. (2023). Cultural diversity in health care teams: A systematic integrative review and research agenda. Health care management review, 48(4), 311–322. <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000379>
- Schneider A, Khouri AM, Peppler L, Feißt M, Röhle R, Drewniak D, Schenk L. How are nurses' individual and their colleagues' diversity factors associated with their cooperation behaviors in teams? - Results of an online factorial survey. BMC Nurs 25, 336 (2026). <https://doi.org/10.1186/s12912-026-04572-5>

- Schumann, M., Pepler, L., Beck, P. & Schenk, L. (2024). Navigating transitions: a qualitative study of nursing teams' experiences of educational and cultural transitions in Germany. *BMC Nursing*, 23(1), 1-16. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02383-0>
- Teixeira, G., Lucas, P. & Gaspar, F. (2024). Impact of Nurse Manager's Attributes on Multi-Cultural Nursing Teams: A Scoping Review. *Nursing reports (Pavia, Italy)*, 14(3), 1676–1692. <https://doi.org/10.3390/nursrep14030125>
- Wallander, L. (2009). 25 years of factorial surveys in sociology: A review. *Social Science Research*, 38(3), 505–520. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2009.03.004>.
- Yolci, Arda; Schenk, Liane; Sonntag, Pia-Theresa; Pepler, Lisa; Schouler-Ocak, Meryam; Schneider, Anna (2022): Observed and personally experienced discrimination: findings of a cross-sectional survey of physicians and nursing staff. In: *Human resources for health* 20 (1), S. 83. DOI: 10.1186/s12960-022-00779-0.
- Zander, B., Dobler, L., Bäuml, M., & Busse, R. (2014). Implizite Rationierung von Pflegeleistungen in deutschen Akutkrankenhäusern – Ergebnisse der internationalen Pflegestudie RN4Cast. [Nursing Tasks Left Undone in German Acute Care Hospitals – Results from the International Study RN4Cast]. *Gesundheitswesen*, 76(11), 727-734.
- Zieger, B. (2024). Was Generationen voneinander lernen können. *Pflegezeitschrift*, 77(8), 10–12. <https://doi.org/10.1007/s41906-024-2657-1>.

## V Anlagen

- Anlage 1: a) Aushang zur Information der Patient\*innen über die Teilnehmende Beobachtung im Krankenhaus  
b) Aushang zur Information der Bewohner\*innen über die teilnehmende Beobachtung im Pflegeheim  
c) Studieninformation zur Gruppendiskussion  
d) Studieninformation zu themenzentrierten Leitfadeninterviews
- Anlage 2: Übersichten über die erhobenen qualitativen Daten
- Anlage 3: Diskussionsimpulse für Gruppendiskussionen in Krankenhäusern und Pflegeheimen mit exmanentem Fragenteil
- Anlage 4: Postskriptum zu den Gruppendiskussionen
- Anlage 5: Leitfaden für die Themenzentrierten Leitfadeninterviews mit leitenden und nicht-leitenden Pflegekräften
- Anlage 6: Workshop-Poster  
a) Workshop-Poster Krankenhäuser  
b) Workshop-Poster Pflegeheime  
c) Workshop-Poster für obere Leitungsebene  
d) Workshop-Ergebnisposter Krankenhäuser

- e) Workshop-Ergebnisposter Pflegeheime
- Anlage 7:
  - a) Studieninformation zur Online-Befragung (Einladungsschreiben)
  - b) Intranetmeldung zur Online-Befragung in deutscher Sprache
  - c) Intranetmeldung zur Online-Befragung in englischer Sprache
  - d) Flyer Online-Befragung
  - e) Reminder Online-Befragung
- Anlage 8: Vignetten im faktoriellen Survey
- Anlage 9:
  - a) Fragebogen der Online-Umfrage (Deutsch)
  - b) Fragebogen der Online-Umfrage (Englisch)
- Anlage 10: Übersicht über die in der Online-Befragung eingesetzten standardisierten Fragebogeninstrumente mit mehr als einem Item
- Anlage 11: Regressionsanalysen mit dem Outcome Arbeitszufriedenheit [gesperrt bis 30.06.2026]
- Anlage 12: Deskriptive Beschreibung der Teilnehmenden an der Online-Befragung [gesperrt bis 30.06.2026]
- Anlage 13: Unterschiede in der Bewertung von Arbeitsbedingungen hinsichtlich individueller Diversitätsfaktoren [gesperrt bis 30.06.2026]
- Anlage 14: Zusammenhänge in der Bewertung von Arbeitsbedingungen und dem Alter [gesperrt bis 30.06.2026]
- Anlage 15: Ergebnisse der Multilevel-Analysen des faktoriellen Surveys [gesperrt bis 30.06.2026]
- Anlage 16: Workshop-Poster mit Erläuterungen der Einflussfaktoren [gesperrt bis 30.06.2026]



**Liebe Patientinnen und Patienten,  
liebe Angehörige,**

wie Sie vielleicht aus den Medien wissen, ist die Situation der Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeheimen aus den unterschiedlichsten Gründen gerade sehr angespannt. Viele verlassen ihren Beruf, andere kommen aus dem Ausland dazu. Außerdem kann man seit einiger Zeit Pflegewissenschaften studieren, so dass nicht mehr alle angehenden Pflegekräfte automatisch eine Ausbildung absolvieren. Um zu verstehen, wie sich dadurch der Arbeitsalltag und die Zusammenarbeit der Pflgeteams verändert, führen wir derzeit eine Studie zum Thema *Pflegeteams im Spannungsfeld von Migration und Akademisierung am Beispiel von Krankenhaus und Pflegeheim* durch.

Deswegen sind wir an einzelnen Tagen vor Ort und beobachten die Pflgeteams in ihrem Arbeitsalltag auf Station. Da wir uns nur für die Stationsabläufe und die Pflegekräfte interessieren, erheben wir keine personenbezogenen Daten und keine Gesundheitsdaten von Ihnen.

Trotzdem können Sie unserer Anwesenheit während Ihrer Behandlung auf dieser Station widersprechen. In diesem Fall geben Sie bitte dem Pflegepersonal oder uns Bescheid.

**Sie haben Fragen? Sprechen Sie uns gerne an!**

**Das Projektteam:**

Prof. Dr. Liane Schenk (Konsortialführung), Dr. Lisa Peppler, Dr. Anna Schneider  
Charité – Universitätsmedizin Berlin  
Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft

Prof. Dr. Maja Apelt (Konsortialpartner), Martin Feißt  
Organisations- und Verwaltungssoziologie  
Universität Potsdam

**Fördermittelgeber:** Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

**Laufzeit:** 01.09.2021 bis 31.08.2024



**Liebe Bewohnerinnen und Bewohner,  
liebe Angehörige,**

wie Sie vielleicht aus den Medien wissen, ist die Situation der Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeheimen aus den unterschiedlichsten Gründen gerade sehr angespannt. Viele verlassen ihren Beruf, andere kommen aus dem Ausland dazu. Außerdem kann man seit einiger Zeit Pflege studieren, so dass nicht mehr alle angehenden Pflegekräfte automatisch eine Ausbildung absolvieren. Um zu verstehen, wie sich dadurch der Arbeitsalltag und die Zusammenarbeit der Pflgeteams verändert, führen wir derzeit eine Studie zum Thema *Pflgeteams im Spannungsfeld von Migration und Akademisierung am Beispiel von Krankenhaus und Pflegeheim* durch.

Deswegen sind wir an einzelnen Tagen vor Ort und beobachten die Pflgeteams in ihrem Arbeitsalltag. Da wir uns nur für die organisatorischen Abläufe und die Pflegekräfte interessieren, erheben wir keine personenbezogenen Daten und keine Gesundheitsdaten von Ihnen.

Sollten Sie sich dennoch von unserer Anwesenheit gestört fühlen, geben Sie bitte dem Pflegepersonal oder uns Bescheid.

**Sie haben Fragen? Sprechen Sie uns gerne an!**



Lisa Peppler



Martin Feißt

**Das Projektteam:**

Prof. Dr. Liane Schenk (Konsortialführung), Dr. Lisa Peppler, Dr. Anna Schneider  
Charité – Universitätsmedizin Berlin  
Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft

Prof. Dr. Maja Apelt (Konsortialpartner), Martin Feißt  
Organisations- und Verwaltungssoziologie  
Universität Potsdam

**Fördermittelgeber:** Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

**Laufzeit:** 01.09.2021 bis 31.08.2024



CharitéCentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften

**Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft**

Charitéplatz 1 | 10117 Berlin  
Direktorin: Prof. Dr. Adelheid Kuhlmei

**Arbeitsbereich: Versorgungsforschung**

Leitung: Prof. Dr. Liane Schenk

**Studienkoordinatorin:**

Dr. Lisa Pepler  
Tel. 030/450-529 185  
Fax 030/450-529 991  
lisa.pepler@charite.de

**Care in Transition –**

**Pflegeteams im Spannungsfeld von Migration und Akademisierung  
am Beispiel von Krankenhaus und Pflegeheim (CareTrans)**

**Studieninformation: Gruppendiskussionen**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit bieten wir Ihnen die Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie an. Die Studie „CareTrans“ wird am Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin sowie am Lehrstuhl für Organisations- und Verwaltungssoziologie der Universität Potsdam durchgeführt. Finanziert wird die Studie vom Gemeinsamen Bundesausschuss Innovationsausschuss, Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin. Verantwortlich für die Initiierung und Durchführung der Studie sind Frau Prof. Dr. Liane Schenk (Projektleitung), Frau Prof. Dr. Maja Apelt (Projektpartnerin), Frau Dr. Lisa Pepler (Projektkoordinatorin) und Herr Martin Feißt (Projektmitarbeiter).

Über die Studie „CareTrans“

Mit der Studie „CareTrans“ verfolgen wir das Ziel, die Zusammenarbeit in Pflegeteams zu verbessern, die sich durch Diversität auszeichnen; das heißt, in denen die Pflegekräfte hinsichtlich ihrer Qualifikationen und Herkunftsländer sowie ihres Alters und ihres Geschlechts divers sind. Auf Basis der Gruppendiskussionen und anderer Erhebungsverfahren werden wir Instrumente zur Personal- und Organisationsentwicklung erarbeiten, um die Arbeitsbedingungen und die Versorgung in Krankenhäusern und Pflegeheimen mittel- und langfristig zu verbessern.

Ablauf und Dauer der Gruppendiskussion

Die Diskussionsleiterin bzw. der Diskussionsleiter wird Ihnen ein Fallbeispiel zum Thema vorstellen und Ihnen Fragen dazu stellen, die vorher von der Forschergruppe ausgearbeitet wurden. Die Diskussion dauert etwa eine Stunde. Für das leibliche Wohl wird gesorgt. Die Diskussion wird mit einem Tonbandgerät aufgezeichnet, anschließend im genauen Wortlaut verschriftlicht (transkribiert) und pseudonymisiert.

### Mögliche Risiken und Abbruch der Teilnahme

Für Sie bestehen keinerlei Risiken. Die Teilnahme an einer Gruppendiskussion ist freiwillig und mit keinerlei Nachteilen für Sie verbunden. Sie können die Teilnahme jederzeit abbrechen, auch daraus entstehen für Sie keinerlei Nachteile.

### Möglicher Nutzen

Die Ergebnisse der Studie werden sowohl auf Fachtagungen und in Fachzeitschriften präsentiert als auch in die pflegerische Ausbildung der Charité – Universitätsmedizin Berlin eingebracht. Zudem werden die Instrumente zur Personal- und Organisationsentwicklung den dafür verantwortlichen Personen zur Verfügung gestellt.

### Datenschutzrechtliche Information

Die Rechtsgrundlagen der Datenerhebung sind das Berliner Datenschutzgesetz (BlnDSG) sowie die EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). Verantwortlich für die Datenerhebung ist Charité – Universitätsmedizin Berlin, Charitéplatz 1, 10117 Berlin. Die ausführende Stelle ist das Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, Charitéplatz 1, 10117 Berlin.

*Ihre Kontaktdaten* (dienstliche E-Mail-Adresse und Telefonnummer) werden ausschließlich zum Zweck der Kontaktaufnahme, der Zusendung von Informationsmaterialien sowie zur Terminvereinbarung im Rahmen der Gruppendiskussionen der Studie CareTrans erhoben. Ihre Kontaktdaten werden passwortgeschützt auf dem Server der Charité gespeichert. Zugang haben ausschließlich die mit den Gruppendiskussionen beauftragten Mitarbeiter\*innen des Projektes CareTrans. Nach Beendigung des Projektes CareTrans werden Ihre Kontaktdaten gelöscht. Sie werden außerdem keinesfalls an Dritte weitergegeben.

*Die qualitativen Studiendaten*, die mit den Gruppendiskussionen erhoben werden, werden getrennt von den Kontaktdaten auf dem Server der Charité aufbewahrt, so dass eine Verknüpfung ausgeschlossen ist. Die Audiodateien werden zur Transkription verschlüsselt an einen externen Dienstleister gesendet, der die fertigen Transkripte verschlüsselt an uns zurücksendet. Die mit den Gruppendiskussionen beauftragten Mitarbeiter\*innen pseudonymisieren die Transkripte, so dass diese keinerlei Informationen enthalten, die Rückschlüsse auf konkrete Personen oder Einrichtungen zulassen. Auch Publikationen werden keine Rückschlüsse auf Ihre Identität zulassen. Zugang zu den Daten haben ausschließlich die Mitarbeiter\*innen des Projektes „CareTrans“. Die Audiodateien werden direkt nach der Pseudonymisierung des entsprechenden Transkriptes gelöscht. Entsprechend der Empfehlung der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) werden die Daten (Transkripte) als Grundlagen für Veröffentlichungen auf haltbaren und gesicherten elektronischen Datenträgern am Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften für zehn Jahre aufbewahrt. Nach Ablauf der zehn Jahre werden die Daten gelöscht.

Zugriff auf die Re-Identifizierungsliste haben nur die Studienleiterin und von ihr autorisierte Studienmitarbeiter\*innen. Diese Liste sowie die Einwilligungen zur Studienteilnahme werden nach Abschluss der Studie gelöscht. Damit werden die Daten anonym. Nach dieser Anonymisierung bestehen die nachfolgend genannten Rechte nur noch eingeschränkt, da der Datensatz nicht mehr einer Person zugeordnet werden kann.

*Recht auf Widerruf Ihrer Einwilligung* (Art. 7 DSGVO): Wenn Sie in die Verarbeitung durch das Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft durch eine entsprechende Erklärung eingewilligt haben, können Sie die Einwilligung jederzeit für die Zukunft ohne Nachteile widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung bleibt davon unberührt.

*Recht auf Auskunft* (Art. 15 DSGVO): Sie haben das Recht auf Auskunft über die Sie betreffenden gespeicherten personenbezogenen Daten.

*Recht auf Berichtigung* (Art. 16 DSGVO): Wenn Sie feststellen, dass unrichtige Daten zu Ihrer Person verarbeitet werden, können Sie Berichtigung verlangen.

*Recht auf Löschung* (Art. 17 DSGVO): Sie haben das Recht, die Löschung Ihrer Daten zu verlangen, wenn bestimmte Löschründe vorliegen. Dies ist insbesondere der Fall, wenn diese zu dem Zweck, zu dem sie ursprünglich erhoben oder verarbeitet wurden, nicht mehr erforderlich sind.

*Recht auf Einschränkung der Verarbeitung* (Art. 18 DSGVO): Sie haben das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten. Dies bedeutet, dass Ihre Daten zwar nicht gelöscht, aber gekennzeichnet werden, um ihre weitere Verarbeitung oder Nutzung einzuschränken.

Zur Wahrnehmung der vorgenannten Rechte wenden Sie sich bitte an die für die Verarbeitung der personenbezogenen Daten verantwortliche Stelle: Prof. Dr. Liane Schenk, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Charitéplatz 1, 10117 Berlin, Telefon: 030/450-529 174, E-Mail: liane.schenk@charite.de.

Bei Anliegen zur Datenverarbeitung und zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Anforderungen können Sie sich auch an die Datenschutzbeauftragte der Charité Universitätsmedizin Berlin wenden: Datenschutzbeauftragte der Charité Universitätsmedizin Berlin, Charitéplatz 1, 10117 Berlin, Telefon: +49 30 450 580016, E-Mail: datenschutzbeauftragte@charite.de.

Für den Fall, dass Sie eine Datenverarbeitung für rechtswidrig halten, haben Sie die Möglichkeit, bei der für die Charité - Universitätsmedizin Berlin zuständigen Aufsichtsbehörde Beschwerde einzureichen: Berliner Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit, Friedrichstraße 219, 10969 Berlin, Telefon: +49 30 13889-0, Fax: +49 30 2155050, E-Mail: mailbox@datenschutz-berlin.de.

---

Unterschrift Prof. Dr. Liane Schenk (Projektleitung)

**Vielen Dank für Ihre Teilnahme!**

Universität Potsdam · August–Bebel–Str. 89 · 14482 Potsdam



**Wirtschafts- und  
Sozialwissenschaftliche Fakultät**  
Professur für Organisations- und  
Verwaltungssoziologie

Prof. Dr. Maja Apelt

Telefon: 0331/977-3390 01

Assist.: 0331/977-3418

E-Mail: [maja.apelt@uni-potsdam.de](mailto:maja.apelt@uni-potsdam.de)

## **Care in Transition – Pflegeteams im Spannungsfeld von Migration und Akademisierung am Beispiel von Krankenhaus und Pflegeheim (CareTrans)**

### **Studieninformation: Themenzentrierte Leitfadeninterviews**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit bieten wir Ihnen die Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie an. Die Studie „CareTrans“ wird am Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin sowie am Lehrstuhl für Organisations- und Verwaltungssoziologie der Universität Potsdam durchgeführt. Finanziert wird die Studie vom Gemeinsamen Bundesausschuss Innovationsausschuss, Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin. Verantwortlich für die Initiierung und Durchführung der Studie sind Frau Prof. Dr. Liane Schenk (Projektleitung), Frau Prof. Dr. Maja Apelt (Projektpartnerin), Frau Dr. Lisa Pepler (Projektkoordinatorin) und Herr Martin Feißt (Projektmitarbeiter).

#### Über die Studie „CareTrans“

Mit der Studie „CareTrans“ verfolgen wir das Ziel, die Zusammenarbeit in Pflegeteams zu verbessern. Besonders interessieren uns hierbei Teams, deren Pflegekräfte hinsichtlich ihrer Qualifikationen und Herkunftsländer sowie ihres Alters und ihres Geschlechts divers aufgestellt sind. Auf Basis der Themenzentrierten Leitfadeninterviews und anderer Erhebungsverfahren werden wir Instrumente zur Personal- und Organisationsentwicklung erarbeiten, um die Arbeitsbedingungen und die Versorgung in Krankenhäusern und Pflegeheimen mittel- und langfristig zu verbessern.

#### Ablauf und Dauer der Themenzentrierten Leitfadeninterviews

Die Interviewerin bzw. der Interviewer wird Ihnen Fragen zum Thema stellen, die vorher von der Forschergruppe ausgearbeitet wurden. Das Interview dauert etwa eine Stunde. Das Interview wird mit einem Tonbandgerät aufgezeichnet, anschließend im genauen Wortlaut verschriftlicht (transkribiert) und pseudonymisiert.

Landeshauptkasse  
BIC/SWIFT: WELADEDXXX  
IBAN: DE09300500007110402844

Dienstgebäude:  
August-Bebel-Str. 89  
Haus 7, Zi.329  
14482 Potsdam

E-Mail: [maja.apelt@uni-potsdam.de](mailto:maja.apelt@uni-potsdam.de)  
Internet: [uni-potsdam.de/ls-apelt/](http://uni-potsdam.de/ls-apelt/)

### Mögliche Risiken und Abbruch der Teilnahme

Für Sie bestehen keinerlei Risiken. Die Teilnahme an einem Interview ist freiwillig und mit keinerlei Nachteilen für Sie verbunden. Sie können die Teilnahme jederzeit abbrechen, auch daraus entstehen für Sie keinerlei Nachteile.

### Möglicher Nutzen

Die Ergebnisse der Studie werden sowohl auf Fachtagungen und in Fachzeitschriften präsentiert als auch in die pflegerische Ausbildung der Charité – Universitätsmedizin Berlin eingebracht. Zudem werden die Instrumente zur Personal- und Organisationsentwicklung den dafür verantwortlichen Personen zur Verfügung gestellt.

### Datenschutzrechtliche Information

Die Rechtsgrundlagen der Datenerhebung sind das Berliner Datenschutzgesetz (BlnDSG) sowie die EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). Verantwortlich für die Datenerhebung ist Universität Potsdam, Am Neuen Palais 10, 14469 Potsdam. Die ausführende Stelle ist die Professur für Organisations- und Verwaltungssoziologie, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät, Universität Potsdam, August-Bebel-Str. 89, 14482 Potsdam.

*Ihre Kontaktdaten* (dienstliche E-Mail-Adresse und Telefonnummer) werden ausschließlich zum Zweck der Kontaktaufnahme, der Zusendung von Informationsmaterialien sowie zur Terminvereinbarung im Rahmen der Themenzentrierten Leitfadeninterviews der Studie CareTrans erhoben. Ihre Kontaktdaten werden passwortgeschützt auf dem Server der Universität Potsdam gespeichert. Zugang haben ausschließlich die mit den Leitfadeninterviews beauftragten Mitarbeiter\*innen des Projektes CareTrans. Nach Beendigung des Projektes CareTrans werden Ihre Kontaktdaten gelöscht. Sie werden außerdem keinesfalls an Dritte weitergegeben.

*Die qualitativen Studiendaten*, die mit den Leitfadeninterviews erhoben werden, werden getrennt von den Kontaktdaten auf dem Server der Universität Potsdam aufbewahrt, so dass eine Verknüpfung ausgeschlossen ist. Die Audiodateien werden zur Transkription verschlüsselt an einen externen Dienstleister gesendet, der die fertigen Transkripte verschlüsselt an uns zurücksendet. Die mit den Leitfadeninterviews beauftragten Mitarbeiter\*innen pseudonymisieren die Transkripte, so dass diese keinerlei Informationen enthalten, die Rückschlüsse auf konkrete Personen oder Einrichtungen zulassen. Auch Publikationen werden keine Rückschlüsse auf Ihre Identität zulassen. Zugang zu den Daten haben ausschließlich die Mitarbeiter\*innen des Projektes „CareTrans“. Die Audiodateien werden direkt nach der Pseudonymisierung des entsprechenden Transkriptes gelöscht. Entsprechend der Empfehlung der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) werden die Daten (Transkripte) als Grundlagen für Veröffentlichungen auf haltbaren und gesicherten elektronischen Datenträgern an der Universität Potsdam für zehn Jahre aufbewahrt. Nach Ablauf der zehn Jahre werden die Daten gelöscht.

Zugriff auf die Re-Identifizierungsliste haben nur die Studienleiterin und von ihr autorisierte Studienmitarbeiter\*innen. Diese Liste sowie die Einwilligungen zur Studienteilnahme werden nach Abschluss der Studie gelöscht. Damit werden die Daten anonym. Nach dieser Anonymisierung bestehen die nachfolgend genannten Rechte nur noch eingeschränkt, da der Datensatz nicht mehr einer Person zugeordnet werden kann.

*Recht auf Widerruf Ihrer Einwilligung* (Art. 7 DSGVO): Wenn Sie in die Verarbeitung durch die Universität Potsdam durch eine entsprechende Erklärung eingewilligt haben, können Sie die Einwilligung jederzeit für die Zukunft ohne Nachteile widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung bleibt davon unberührt.

*Recht auf Auskunft* (Art. 15 DSGVO): Sie haben das Recht auf Auskunft über die Sie betreffenden gespeicherten personenbezogenen Daten.

*Recht auf Berichtigung* (Art. 16 DSGVO): Wenn Sie feststellen, dass unrichtige Daten zu Ihrer Person verarbeitet werden, können Sie Berichtigung verlangen.

*Recht auf Löschung* (Art. 17 DSGVO): Sie haben das Recht, die Löschung Ihrer Daten zu verlangen, wenn bestimmte Löschründe vorliegen. Dies ist insbesondere der Fall, wenn diese zu dem Zweck, zu dem sie ursprünglich erhoben oder verarbeitet wurden, nicht mehr erforderlich sind.

*Recht auf Einschränkung der Verarbeitung* (Art. 18 DSGVO): Sie haben das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten. Dies bedeutet, dass Ihre Daten zwar nicht gelöscht, aber gekennzeichnet werden, um ihre weitere Verarbeitung oder Nutzung einzuschränken.

Zur Wahrnehmung der vorgenannten Rechte wenden Sie sich bitte an die für die Verarbeitung der personenbezogenen Daten verantwortliche Stelle: Prof. Dr. Maja Apelt, August-Bebel-Str. 89, 14482 Potsdam; E-Mail: [maja.apelt@uni-potsdam.de](mailto:maja.apelt@uni-potsdam.de); Tel.: 0331-977-339-001.

Bei Anliegen zur Datenverarbeitung und zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Anforderungen können Sie sich auch an den Datenschutzbeauftragten der Universität Potsdam wenden: Dr. Marek Kneis, Am Neuen Palais 10, 14469 Potsdam; E-Mail: [datenschutz@uni-potsdam.de](mailto:datenschutz@uni-potsdam.de); Tel.: 0331-977-124-409.

Für den Fall, dass Sie eine Datenverarbeitung für rechtswidrig halten, haben Sie die Möglichkeit, bei der für die Universität Potsdam zuständigen Aufsichtsbehörde Beschwerde einzureichen: Die Landesbeauftragte für den Datenschutz und für das Recht auf Akteneinsicht, Stahnsdorfer Damm 77, 14532 Kleinmachnow; E-Mail: [Poststelle@LDA.Brandenburg.de](mailto:Poststelle@LDA.Brandenburg.de); Tel.: 0332-03-356-0.

Für weitere Informationen oder bei Rückfragen wenden Sie sich gerne an Prof. Dr. Maja Apelt (E-Mail: [maja.apelt@uni-potsdam.de](mailto:maja.apelt@uni-potsdam.de); Tel.: 0331-977-339-001).

---

Unterschrift Prof. Dr. Maja Apelt

**Vielen Dank für Ihre Teilnahme!**

## Anlage 2: Übersichten über die erhobenen qualitativen Daten

### Teilnehmende Beobachtung

Fallstudie	Zeitraum	Tage	Dauer in Std./Min.
PT-A	03/22 – 05/22	10	49 Std. 15 Min.
PT-B	03/22 – 07/22	9	42 Std. 00 Min.
PT-C	08/22 – 01/22	7	24 Std. 05 Min.
PT-D	08/22 – 02/23	8	24 Std. 50 Min.
PT-E	04/23 – 06/23	11	31 Std. 30 Min.
PT-F	06/23 – 09/23	7	31 Std. 15 Min.
<b>Gesamt</b>	<b>03/22 – 9/23</b>	<b>53</b>	<b>202 Std. 55 Min.</b>

### Themenzentrierte Leitfadeninterviews

Fallstudie	Nr.	Position Interviewpartner*in	Dauer (Min.)
PT-A	1	nicht-leitend	57
PT-A	2	nicht-leitend	66
PT-A	3	nicht-leitend	59
PT-A	4	leitend	79
PT-A	5	leitend	58
PT-B	6	nicht-leitend	48
PT-B	7	leitend	35
PT-B	8	nicht-leitend	52
PT-B	9	leitend	76
PT-B	10	nicht-leitend	94
PT-C	11	leitend	87
PT-C	12	nicht-leitend	35
PT-C	13	nicht-leitend	28
PT-C	14	nicht-leitend	67
PT-D	15	leitend	52
PT-D	16/17	nicht-leitend	45
PT-E	18	nicht-leitend	38
PT-E	19	nicht-leitend	49
PT-E	20	leitend	52
PT-F	21	leitend	59
PT-F	22	leitend	67
PT-F	23/24/25	nicht-leitend	62
<b>Gesamt</b>			<b>1.265</b>

## Anlage 2: Übersichten über die erhobenen qualitativen Daten

### Gruppendiskussionen: Übersicht

Fallstudie	Nr.	Anzahl Teilnehmende	Dauer (Min.)
PT-A	1	4	38
PT-A	2	4	66
PT-B	3	4	50
PT-C	4	4	36
PT-D	5	7	40
PT-E	6	5	71
PT-F	7	3	55
PT-F	8	5	86
<b>Gesamt</b>	<b>8</b>	<b>36</b>	<b>442</b>

## Anlage 3: Diskussionsimpulse für Gruppendiskussionen

### Gruppendiskussionen

*Diskussionsimpuls (Krankenhaus)*

Projekt: CareTrans

#### Protagonist\*innen:

**Rosita:** studierte Pflegekraft aus Mexiko, 32 Jahre, seit einem Jahr auf Station

**Karl:** ausgebildeter Gesundheits- und Krankenpfleger, 47 Jahre, seit 15 Jahren auf Station

#### Szene:

Karl und Rosita treffen sich vor der Tür zu einem Patientenzimmer. Karl will der Patientin bei der Morgentoilette helfen.

**Rosita:** „Wie lange brauchst Du? Ich soll ihr Blut abnehmen, sagt der Doc.“<sup>1</sup>

**Karl:** „Und warum sollst Du das machen?“

**Rosita:** „Wieso nicht? In Mexiko habe ich das auch immer gemacht.“

**Karl:** „Ja, ja, Blut abnehmen, aber sich zu fein sein, mal einen Waschlappen in die Hand zu nehmen.“

---

#### Eingangsfrage (offen):

- Was meinen Sie zu dieser Situation?

#### Nachfragen:

- Was glauben Sie, was der Hintergrund dieser Situation ist? Warum reagiert Karl so?
- Inwiefern sehen Sie einen Zusammenhang zwischen der Szene mit Karl und Rosita und Ihrer Arbeit hier auf Station?
- Haben Sie so eine Situation oder Ähnliches schon einmal erlebt? (Falls ja: Erzählen Sie!)
  - Welche Konflikte gab es zuletzt im Team?
- Wie sind Sie damit im Team umgegangen?
  - Inwiefern gab es unterschiedliche Umgangsweisen?
- Wie sieht denn für Sie ein ideales Pflorgeteam aus?
- Haben Sie Anregungen, wie das Arbeitsklima hier im Team noch verbessert werden könnte?

---

<sup>1</sup> Anm.: Blutentnahme als Grund für Konflikte in Pflorgeteams, vgl. Kirchner, Helga (2000): Mobbing im Pflorgeteam. Mit Fallbeispielen aus der Praxis: Georg Thieme Verlag.

## Anlage 3: Diskussionsimpulse für Gruppendiskussionen

### Gruppendiskussionen

#### Diskussionsimpuls (Pflegeheim)

Projekt: CareTrans

#### Protagonist\*innen:

**Rosita:** studierte Pflegefachkraft aus Mexiko, 32 Jahre, seit einem Jahr im Pflegeheim

**Karl:** ausgebildeter Altenpfleger, 47 Jahre, seit 15 Jahren im Pflegeheim tätig

#### Szene:

Karl und Rosita treffen sich vor der Tür zu einem Bewohnerzimmer. Karl will der Bewohnerin bei der Morgentoilette helfen.

**Rosita:** „Wie lange brauchst Du? Ich soll ihr einen Blasenkatheter legen, sagt der Doc.“

**Karl:** „Und warum sollst Du das machen?“

**Rosita:** „Wieso nicht? In Mexiko habe ich das auch immer gemacht.“

**Karl:** „Ja, ja, Katheter wechseln, aber sich zu fein sein, mal einen Waschlappen in die Hand zu nehmen.“

---

#### Eingangsfrage (offen):

- Was meinen Sie zu dieser Situation?

#### Nachfragen:

- Was glauben Sie, was der Hintergrund dieser Situation ist? Warum reagiert Karl so?
- Inwiefern sehen Sie einen Zusammenhang zwischen der Szene mit Karl und Rosita und Ihrer Arbeit hier im Pflegeheim?
- Haben Sie so eine Situation oder Ähnliches schon einmal erlebt? (Falls ja: Erzählen Sie!)
- Welche Konflikte gab es zuletzt im Team?
- Wie sind Sie damit im Team umgegangen?
  - Inwiefern gab es unterschiedliche Umgangsweisen?
- Wie sieht denn für Sie ein ideales Pflorgeteam aus?
- Haben Sie Anregungen, wie das Arbeitsklima hier im Team noch verbessert werden könnte?

Gruppendiskussionen

Postskriptum

Projekt: CareTrans

**Bemerkungen:**

Bezeichnung:
Datum:
Beginn:
Dauer:
Ort:
Moderator*in: Lisa Pepler
Unterstützung:

**Teilnehmer\*innen**

Anzahl insgesamt: .....

Migration

in Deutschland geboren: .....

nicht in Deutschland geboren: .....

Qualifikation (Pflege)

Ausbildung absolviert: .....

Studium absolviert: .....

Geschlecht:

weiblich: .....

männlich: .....

divers: .....

Altersgruppe

18-29 Jahre: .....

30-39 Jahre: .....

40-49 Jahre: .....

50-59 Jahre: .....

60-69 Jahre: .....

Sitzordnung:

## Anlage 5: Leitfaden für die Themenzentrierten Leitfadenterviews

Themenzentrierter Interviewleitfaden

*Leitende Pflegekräfte*

Projekt: CareTrans

**Generelle Anmerkung:** Die Fragen sind an die jeweilige Stellung der interviewten Person in der Organisation anzupassen.

### 0) Formalia

- Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit für dieses Interview nehmen!
- Kurze Vorstellung des Interviewers bzw. der Interviewerin und kurze Projektvorstellung.
- Die Inhalte des Gesprächs bleiben vertraulich.
- Wir geben keine personenbezogenen Informationen an Kolleg\*innen oder Vorgesetzte weiter.
- Sind Sie einverstanden, dass wir das Gespräch aufzeichnen? Die Aufnahme kann auch während des Interviews unterbrochen werden.
- Die Audioaufnahme wird transkribiert und anschließend gelöscht. Das Transkript wird pseudonymisiert, so dass keine Rückschlüsse auf Personen oder Einrichtungen möglich sind.
- Wichtig: Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Für uns zählt Ihre Perspektive.
- Wenn Sie keine weiteren Fragen dazu haben und einverstanden sind, dann würde ich die Tonbandaufnahme jetzt starten.

### 1) Offene (erzählgenerierende) Eingangsfrage

- a) Zum Einstieg würde ich Sie bitten etwas zu Ihrem Werdegang zu erzählen: Sie arbeiten hier und heute in dieser Leitungsfunktion. Wie kam es dazu?
- b) Können Sie mir kurz von Ihrem gestrigen Arbeitstag erzählen?
  - i) Inwiefern war das ein normaler oder außergewöhnlicher Arbeitstag?

### 2) Zusammensetzung der Pflorgeteams

- a) Wie würden Sie die Zusammensetzung des Teams auf Ihrer Station beschreiben?
- b) Welche Einflussmöglichkeiten haben Sie auf die Zusammensetzung des Teams?

### 3) Zusammenarbeit auf Station

- a) Wenn Sie an das letzte halbe Jahr zurückdenken,
  - i) fällt Ihnen ein Ereignis auf Ihrer Station ein, das Ihnen besonders in Erinnerung geblieben ist? Welche Rolle hat die Pflege dabei gespielt?
  - ii) fällt Ihnen ein Ereignis auf Leitungsebene ein, das Ihnen besonders in Erinnerung geblieben ist? Welche Rolle haben Sie dabei gespielt?
- b) Als ich hier den Stationsalltag begleitet habe, ist mir folgendes aufgefallen: [*Aspekt der Teilnehmenden Beobachtung einfügen*]. Wie stellt sich das aus Ihrer Perspektive dar?

## Anlage 5: Leitfaden für die Themenzentrierten Leitfadeninterviews

- c) Wie sind Sie konkret in den pflegerischen Alltag auf Station eingebunden?
- d) Wo, wann und in welchem Rahmen besprechen Sie sich üblicherweise
  - i) mit den Pflegekräften auf Station?
  - ii) mit dem ärztlichen Personal?
  - iii) mit der Krankenhausleitung?
  - iv) Können Sie die Zusammenarbeit zwischen den Stationsleitungen skizzieren?
- e) Wie stellt sich aus Ihrer Sicht die Situation/Zusammenarbeit auf Ihrer Station dar?
  - i) innerhalb der Pflege?
  - ii) die Zusammenarbeit zwischen Pflegekräften und dem ärztlichen Personal?
  - iii) Welchen Einfluss hat in Ihrer Einschätzung die Diversität des Teams auf die Zusammenarbeit?

### 4) Patient\*innen und Angehörige

- a) Welche Rolle spielen die Angehörigen in Ihrem Arbeitsalltag?
  - i) Haben Sie hier ein konkretes Beispiel?
  - ii) Wie wirkt sich die Zusammenarbeit mit den Angehörigen auf die Patientenversorgung aus?

### 5) Externe Umwelten:

- a) In der Pflege passiert ja gerade sehr viel, vieles ist im Umbruch.
  - i) Wie nehmen Sie die derzeitigen Entwicklungen wahr?
  - ii) Wie verändert sich die Situation der Pflege derzeit hier vor Ort?

### 6) Zukunftsfragen

- a) Wenn Sie für Ihre Station ein Wunschteam zusammenstellen könnten – wie sähe das aus?
- b) Stellen Sie sich vor, Sie haben vollkommene Gestaltungsfreiheit. Was würden Sie als erstes ändern?
- c) Woran würden Sie als erstes merken, dass sich die Arbeitsbedingungen in der Pflege verbessert/verschlechtert haben?

### 7) Abschluss: Gibt es noch etwas, das wir noch nicht angesprochen haben und das wichtig wäre?

## Anlage 5: Leitfaden für die Themenzentrierten Leitfadeninterviews

Themenzentrierter Interviewleitfaden

*Nicht-leitende Pflegekräfte*

Projekt: CareTrans

**Generelle Anmerkung:** Die Fragen sind an die jeweilige Stellung der interviewten Person in der Organisation anzupassen.

### 8) Formalia

- Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit für dieses Interview nehmen!
- Kurze Vorstellung des Interviewers bzw. der Interviewerin und kurze Projektvorstellung.
- Die Inhalte des Gesprächs bleiben vertraulich.
- Wir geben keine personenbezogenen Informationen an Kolleg\*innen oder Vorgesetzte weiter.
- Sind Sie einverstanden, dass wir das Gespräch aufzeichnen? Die Aufnahme kann auch während des Interviews unterbrochen werden.
- Die Audioaufnahme wird transkribiert und anschließend gelöscht. Das Transkript wird pseudonymisiert, so dass keine Rückschlüsse auf Personen oder Einrichtungen möglich sind.
- Wichtig: Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Für uns zählt Ihre Perspektive.
- Wenn Sie keine weiteren Fragen dazu haben und einverstanden sind, dann würde ich die Tonbandaufnahme jetzt starten.

### 9) Offene (erzählgenerierende) Eingangsfrage

- a) Zum Einstieg würde ich Sie bitten etwas zu Ihrem Hintergrund zu erzählen: Wie kam es, dass Sie jetzt hier und heute auf dieser Station als Pflegekraft arbeiten?
- b) Können Sie mir kurz von Ihrem gestrigen Arbeitstag erzählen?
  - i) Inwiefern war das ein normaler oder außergewöhnlicher Arbeitstag?

### 10) Zusammensetzung des Teams

- a) Wie würden Sie die Zusammensetzung des Teams hier auf der Station beschreiben?
- b) Wie würden Sie Ihre eigene Rolle hier im Team beschreiben?
  - i) Welche Aufgaben haben Sie im Team/auf der Station?

### 11) Zusammenarbeit auf Station

- a) Wenn Sie an das letzte halbe Jahr zurückdenken, fällt Ihnen ein Ereignis auf Station ein,
  - i) dass Ihnen besonders in Erinnerung geblieben ist?
  - ii) bei dem die Zusammenarbeit besonders gut geklappt hat?
  - iii) bei dem die Zusammenarbeit nicht so gut geklappt hat?
  - iv) Wie hat sich das jeweils auf die Versorgung der Patient\*innen ausgewirkt?

## Anlage 5: Leitfaden für die Themenzentrierten Leitfadeninterviews

- b) Als ich hier den Stationsalltag begleitet habe, ist mir folgendes aufgefallen: [*Aspekt der Teilnehmenden Beobachtung einfügen*]. Wie stellt sich das aus Ihrer Perspektive dar?
- c) Wo, wann und in welchem Rahmen besprechen Sie sich üblicherweise
  - i) mit Ihren Kolleg\*innen?
  - ii) mit Ihren Vorgesetzten?
- d) Was denken Sie: Wie stellt sich die Situation/Zusammenarbeit hier auf Station aus Sicht der leitenden Pflegekraft dar?
- e) Was denken Sie: Wie stellt sich die Zusammenarbeit mit der Pflege aus Sicht des ärztlichen Personals dar?

### 12) Patient\*innen und Angehörige

- a) Welche Rolle spielen die Angehörigen in Ihrem Arbeitsalltag?
  - i) Haben Sie hier ein konkretes Beispiel?
  - ii) Wie wirkt sich die Zusammenarbeit mit den Angehörigen auf die Patientenversorgung aus?

### 13) Externe Umwelten:

- a) In der Pflege passiert ja gerade sehr viel, vieles ist im Umbruch. Wie nehmen Sie die derzeitigen Entwicklungen wahr – allgemein in der Pflege oder auch konkret hier vor Ort?

### 14) Zukunftsfragen

- a) Wenn Sie sich ein Wunschteam zusammenstellen könnten – wie sähe das aus?
- b) Was dürfte sich aus Ihrer Sicht auf gar keinen Fall ändern auf Station?
- c) Woran würden Sie als erstes merken, dass sich die Arbeitsbedingungen verbessert/verschlechtert haben?

### 15) Abschluss: Gibt es noch etwas, das wir noch nicht angesprochen haben und das wichtig wäre?

### 16) Nachfragen (sofern nicht bereits thematisiert)

- a) Wie lange sind Sie bereits in der Pflege berufstätig?
- b) Wie lange sind Sie bereits auf dieser Station?
- c) Welche Form der Ausbildung haben Sie?
- d) In welchem Land haben Sie Ihre Ausbildung/Ihr Studium absolviert?
- e) Welchen Einfluss hat aus Ihrer Sicht die Diversität in Ihrem Pflorgeteam auf die Zusammenarbeit und die Patientenversorgung?

**Workshop**  
Projekt CareTrans  
**Pflegeteams im Spannungsfeld von  
Migration und  
Akademisierung**

Die Pflegeteams auf  
Station sind vielfältig  
zusammengesetzt

ohne die vielfältigen Pflegekräfte  
wäre die Arbeit nicht zu schaffen

daraus entstehen aber  
auch Herausforderungen

die nicht immer gut  
zu bewältigen sind

vor allem vor dem  
Hintergrund anderer  
Belastungen

Um das zu untersuchen  
haben wir

26 Tage auf 4 Stationen  
verbracht

4 Gruppen-  
diskussionen und 17  
Interviews geführt

und alles verschriftlicht  
und anonymisiert

wir haben das Material  
gesichtet

was läuft gut?

was könnte besser  
laufen?

was kann man  
verändern?

Gesprächs-  
regeln

30 Sek.  
Diskussionszeit  
schriftlich  
diskutieren  
bei Einwänden  
blitzen

ReferentInnen

Maja Apelt  
Martin Feißt  
Michelle Wagner  
Lehrstuhl für  
Organisations-  
soziologie  
Uni Potsdam

**Dimensionen der Vielfalt**

"Multikulti haben wir"

**Herkunft**

Albanien

Türkei

Vietnam

Irak

Deutschland

Berlin

aus Ost und West

uvm.

**Qualifikation**

1-jährige Ausbildung

"wir haben kaum Assistent\*innen"

mehr wären gut

MFA/MTA

(Alten-)Pflegefachkraft

studierte Pflegekräfte

Weiterbildungen

uvm.

"wir haben alles dabei"

**Generation**

die Älteren

die Mittelalten

die Jüngeren

**Geschlecht**

männlich

"Männer sind Mangelware"

das ist schade

weiblich

transgender

**Wir arbeiten jeden Tag unabhängig von Qualifikation und  
Herkunft hervorragend zusammen!**

++

+

-

--

# Qualifikation

Aus der Qualifikation leitet sich ab, wer was macht

Pflegehelfer\*innen übernehmen Grundpflege

Pflege heißt für mich rein die Versorgung des Patienten

also essen, trinken, waschen, betten

"Examierte" übernehmen Behandlungspflege

alles, was darüber hinausgeht, ist dann Krankenschwester

Grundbedürfnisse erfüllen.

...Spritzen setzen, Tabletten geben, etc.

im Alltag ist die Grenze fließend

Das Team tut sich schwer damit, was eine Schwester darf und was ein Pflegehelfer darf.

...und Helfer\*innen erledigen oft zusätzliche Aufgaben.

jedoch nicht alle erfahren die gleiche Anerkennung

Helfer\*innen sind ein wichtiger Teil der Teams

wir haben sehr gute Pflegehelfer, das muss ich wirklich sagen!

Wenn die Schwestern mehr Pflegehelfer hätten würden die auch nicht so tot Zuhause ankommen.

erfahren aber weniger Anerkennung

Als Team sehe ich immer die Schwestern.

wir behandeln aber alle gleich

Pflegehelfer sind zweitrangig

auch formal

Es gibt eine Zweiklassengesellschaft

Wir Pflegehelfer\*innen bekommen keinen Coronabonus.

obwohl wir durch das Waschen, etc. viel mehr Kontakt zu den Covid-Patienten gehabt haben

Wir bekommen für die gleiche Schicht nur einen halben Belastungspunkt

zudem gibt es unterschiedliche Auffassungen davon, wie die Aufgaben aufgeteilt werden sollen

zeitaufwändige Grundpflege soll Aufgabe der Examinierten bleiben

Zur Pflege gehört, den Patienten von Kopf bis Fuß zu sehen!

Dafür gibt's Pflegeassistenten.

Assistenten helfen bei der Grundpflege.

Dass das Waschen aus der Pflege rausgehört, der Meinung bin ich nicht.

Also ich bin absolut der Meinung, total.

oder komplett an die Helfer\*innen abgegeben werden

Ich muss nicht drei Jahre eine Ausbildung machen, um einen Patienten zu waschen.

vor allem bei dem derzeitigen Fachkräftemangel

Pflege kann jeder

um dafür mehr Medizinische Aufgaben zu übernehmen

In der Zeit könnte ich zum Beispiel Blut abnehmen, wie in anderen Ländern auch.

aber das gehört ja zu den Ärzten...

...und wir müssen Essen austeilen und Kellnerin spielen

**In anderen Länder ist die Arbeitsteilung anders**

**Herkunft**

**Pflegekräfte haben dort oftmals studiert**

**und übernehmen mehr medizinische Aufgaben**

Wir übernehmen dort Tätigkeiten die hier nur Ärzte dürfen.

**das ist unsere Aufgabe.**

**hier trauen sich die Kollegen nicht und weigern sich**

**und keine Grundpflege**

In vielen Ländern spielt die Pflege weniger eine Rolle.

**weil das die Angehörigen übernehmen**

**das findet hier keine Anerkennung**

Pflegen können die meisten gar nicht.

**Die geben vielleicht mal ne Spritze, ein Medikament, und das wars**

Die Arbeitsweise hier anzupassen, ist schwierig

**Die meisten wollen ja nicht so arbeiten wie wir**

**Die wollen mehr das Medizinische und nicht die Pflege**

**Aber bei uns steht die Pflege im Vordergrund**

Die kommen her und denken, sie können alles

**Aber da ist nicht viel dahinter**

**Sprachprobleme erschweren den Arbeitsalltag**

zwischen den Pflegekräften

Gerade die Dienstübergaben sind wichtig,

und wenn man da nicht alles versteht, ist das halt schwierig

Ich bin in Deutschland und erwarte Deutsch

und nicht dass ich mit dem Handy googlen muss

Ich bin ja hier als Pflegekraft

...und nicht als Deutschlehrerin

aber auch gegenüber den Patient\*innen

Wenn die Patienten sagen: „Ich hätte gern einen Tee“ oder „ich hab Schmerzen“

dann sagen die nur: "Ich verstehe nicht"

**Kulturelle und sprachliche Vielfalt ist aber auch eine Bereicherung**

vor allem gegenüber den Patient\*innen

es ist hilfreich jemanden zu haben, der die Sprache kann

und die Kultur versteht

und den Hintergrund erklären kann

aber auch für die Arbeit im Team

Davor war ich in einem Team, das war überhaupt nicht divers

Und ich bin jetzt halt wirklich in einem Team, wo alles vertreten ist

und finde es total cool

Die Zusammenarbeit zwischen  
älteren und jüngeren Kolleg\*innen  
ist auf allen Stationen Thema

aber auf  
unterschiedliche Weise

**Generation**

sie zeigen unterschiedlichen  
Einsatz

und haben  
unterschiedliche  
Qualitäten

Mit den Älteren ist es schwierig

die haben keinen Bock  
was neues zu lernen

und sind nicht mehr fit

Mit den jüngeren ist es schwierig

weil die keine Erfahrung  
haben

Die Älteren springen eher mal ein

und machen noch einen  
Dienst on top

die jüngeren sagen: nee,  
jetzt ist Stop

Die neuen Kollegen wollen nicht mehr  
Vollzeit arbeiten

die wollen sich nicht  
kaputt machen

die leben nicht nur zum  
Arbeiten

**sie haben unterschiedliche Vorstellungen von der Arbeitsteilung**

die Jüngeren „können und wollen mehr als Arsch abwischen“

die Älteren sagen „Waschen und Arsch abwischen, das ist unser Job“

Die Alteingesessenen waschen nicht mehr

das machen wir Helferinnen

Ich bin von einer anderen Generation

für mich gehört zur Pflege auch Pflege

Die Schüler wollen nur noch Blutdruckmessen und schauen, was der Computer macht

Ein 60-jähriger muss nicht mehr kniend auf der Erde auf einem Patienten rumdrücken.

das kann auch ein 25-jähriger machen

der muss dann vielleicht dafür nicht die Küche aufräumen

**letztlich wir die "Mischung" aber geschätzt**

es ist angenehm und schön, wenn junge Kollegen dazukommen

die bringen neue Ideen mit

mit den Jüngeren kann ich auch mal blöd quatschen

und von der Erfahrung der Älteren kann ich profitieren

Gewichtungsfrage  
Was ist davon jetzt besonders wichtig?



**Was sollte man anders regeln?**

**Was könnte  
man  
untereinander  
anders  
absprechen?**

**wo wären  
weniger Regeln  
hilfreich?**

**Wo bräuchte es  
bessere  
Strukturen?**

**...**

**Workshop**  
Projekt CareTrans  
**Pflegeteams im Spannungsfeld von  
Migration und  
Akademisierung**

Die Pflegeteams auf den  
Wohnbereichen sind vielfältig  
zusammengesetzt

ohne die vielfältigen Pflegekräfte  
wäre die Arbeit nicht zu schaffen

daraus entstehen aber  
auch Herausforderungen

die nicht immer gut  
zu bewältigen sind

vor allem vor dem  
Hintergrund anderer  
Belastungen

Um das zu untersuchen  
haben wir

18 Tage auf 4  
Wohnbereichen verbracht

3 Gruppen-  
diskussionen und 8  
Interviews geführt

und alles verschriftlicht  
und anonymisiert

wir haben das Material  
gesichtet

was läuft gut?

was könnte besser  
laufen?

was kann man  
verändern?

Gesprächs-  
regeln

bei Einwänden  
blitzen

schriftlich  
diskutieren

30 Sek.  
Diskussionszeit

ReferentInnen

Maja Apelt  
Martin Feißt  
Michelle Wagner

Lehrstuhl für  
Organisations-  
soziologie  
Uni Potsdam

# Dimensionen der Vielfalt

## Qualifikation

(Alten-)Pflegefachkraft

studierte Pflegekräfte

Pflegehelfer/innen

Quereinsteiger/innen

## Geschlecht

weiblich

männlich

## Herkunft

Philippinen

Türkei

Vietnam

DDR

Deutschland

uvm.

## Generation

Berufserfahrene

die "Frischen"

die Jüngeren

die Älteren

**Unterschiede in der Qualifikation und Herkunft stellen keinerlei Probleme in unserem Alltag dar!**

++

+

-

--

**Pflegefachkräfte und  
Pflegehelfer\*innen arbeiten im  
Alltag eng zusammen**

**Qualifikation I**

**Es gibt aufgeteilte  
Zuständigkeiten**

"Ein Pflegehelfer wäscht, jetzt mal  
ganz salopp gesagt,

"...und macht  
Beschäftigung,  
Betreuung, Begleitung."

"Fachkräfte haben auch noch die  
Arztvisiten, die ganzen Wunden,  
Pflegeplanung und sowas"

"...Krankentransport  
bestellen, Bestellungen  
macht, etc."

**Die Arbeitsteilung ist im  
Alltag aber nicht immer so  
klar**

"Pflegehelfer dürfen delegiert werden  
und dürfen auch Fachkraftsachen  
machen"

"Welche Aufgaben das  
sind, ändert sich aber  
immer wieder"

"davon haben die  
Helfer/innen teilweise  
auch die Nase voll"

"Die Fachkräfte sind leider nicht so gut  
darin die Aufgaben zu delegieren"

"...und dann für die  
anderen Arbeiten ins  
Büro zu gehen"

"Pflegehelfer sehen oft nicht, was eine  
Fachkraft noch alles machen muss"

"Es hieß dann, ihr sitzt die  
ganze Zeit im Büro und  
wir müssen ackern"

**Es ist wichtig, dass man sich  
kennt und vertraut**

"Ich muss das als Fachkraft am Ende ja  
unterschreiben"

"In schwierigen Situationen haben wir  
wirklich tolle Helfer/innen die einem  
den Rücken freihalten"

# Qualifikation II

In der Altenpflege hat Erfahrungswissen einen hohen Stellenwert

Das Aufgabenfeld für die Teams ist extrem umfassend und anspruchsvoll

und erfordert viel zu erlernendes Wissen

hierzu gehört einerseits "kulturelles Wissen"

bspw. wie gehe ich mit Angehörigen um?

Wie verhalte ich mich, wenn eine Bewohnerin verstirbt?

und auch "fachliches Erfahrungswissen"

bspw. wie funktioniert das Gesundheitssystem?

Wann rufe ich welchen Arzt an?

Wann rufe ich die Feuerwehr?

Trotzdem mangelt es der Altenpflege an Selbstbewusstsein

"Ich bin bloß eine Pflegekraft"

"Hochintelligente Leute aus dem Ausland machen hier Altenpflege"

"und sind hier der letzte Lappen"

**In der Altenpflege arbeiten  
Menschen unterschiedlichen Alters**

**Generation**

"Der feste Stamm ist 40 aufwärts"

"bei den jungen gibt es viel  
Fluktuation"

"denn die wollen  
Erfahrungen sammeln"

Mit "Generation" sind zwei  
Aspekte gemeint

Einerseits. das Lebensalter

andererseits das Dienstalter

jung vs. alt

"Frisch" vs. "Erfahren"

die "Frischen" sind wichtig

"denn das ist ja die Zukunft, die noch  
weiterarbeitet"

"die müssen aber noch gefestigt und  
stabilisiert werden"

Es gibt zwei Haltungen  
gegenüber den "Frischen"

Man muss ihnen "mit Empathie  
begegnen und ihnen das Gefühl  
geben, dass sie nicht alleine sind"

auch wenn man es eilig  
hat

man muss miteinander  
reden

man muss sie "ins Kalte Wasser  
werfen"

"so war das bei uns  
früher auch"

und sie "nicht mit  
Samthandschuhen  
anfassen"

"Die neuen Fachkräfte brauchen  
Vertrauen, denn die können natürlich  
nicht sofort alles nach dem Examen"

# Herkunft I

in anderen Ländern ist die Arbeitsteilung anders

Fachkräfte sind i.d.R. nicht für die Grundpflege zuständig

"jetzt werden sie plötzlich in ein Altenheim gesteckt, wo sie mit Fäkalien umgehen müssen"

"das ist 'ne andere Nummer"

und es gibt unterschiedliche Vorstellungen von Altenpflege

"In euren Kulturen ist es ja oft so, dass ihr eben zurückgeben wollt..."

...was ihr das ganze Leben lang gekriegt habt"

"letztlich nehmen wir den Menschen nichts ab"

"Bei uns geht's im Prinzip in erster Linie darum, das zu erhalten, was sie noch haben"

"das nennen wir aktivierende Pflege"

Wir haben den Anspruch, dass auf unsere richtige Art und Weise gepflegt wird

Das ist aber nicht immer eine Kulturfrage

Und eine Frage der Gewohnheit

"Das unterscheidet sich auch bei uns von Einrichtung zu Einrichtung"

...und von Wohnbereich zu Wohnbereich

"Je länger sie da sind, desto besser verstehen sie, wie wir mit den Menschen umgehen"

Mangelnde Sprachkenntnisse sind ein Problem im Alltag

sowohl im Team

als auch gegenüber den Ärzt/innen

"Die verstehst du manchmal überhaupt nicht."

"das kann schnell zu Missverständnissen führen"

"ganz oft kommen schon die Ärzte und verlangen jemand, der sie versteht"

"das kann schnell zu falschen Anordnungen kommen"

**Der Neuanfang ist für internationale Pflegekräfte extrem anspruchsvoll**

Sie kommen in ein fremdes Land

mit einer fremden Sprache

einer Fremden (Arbeits-)Kultur

und einem unsicheren Aufenthaltsstatus!

Das ist den Teams und den Ärzt/innen oft nicht bewusst

„keine Frage, für die ist das eine absolute Stresssituation“

**"Und von außen wir da nicht immer so damit umgegangen, wie es nötig wäre"**

"das braucht Zeit, muss wachsen..."

**Die Einarbeitung ist deshalb zentral**

"Weil wir wollen ja auch abgeben und sagen: kümmer dich heute mal um die Medikamente"

"Weil ich dich kenne..."

...und weiß, dass ich Dir vertrauen kann"

"...weil *ich* muss es nachher unterschreiben"

**Eine Einarbeitung findet aber i.d.R. nicht statt!**

"Alle sind motiviert, aber keiner hat Zeit für irgendwas""

"das kotzt uns alle an"

"nicht nur Euch, uns genauso"

"Frag mal (Kim), die hat das Wort Einarbeitung noch nicht einmal *gehört!*"

"Die müssten eigentlich als vierter Mann laufen und nicht immer gleich als dritter"

"Wir werden nicht unterstützt, wir werden verheizt"

"und die ausländischen Kollegen werden richtig verheizt"

oder wird von den Teams selbst und "on Top" geleistet

"Und wir fummeln uns dann alleine zurecht"

"Ich habe Kollegen, auf die ich zählen kann"

"Wenn man dann später ein leichteres Arbeiten hat, wieso sollte man dann nicht jetzt die Kollegen einarbeiten?"

Auch die Praxisanleitung findet nicht wie vorgehen statt

„die macht die anderthalbjährige Ausbildung, von den zehn Stunden Anleitung hat sie zwei gekriegt.“

Internationale Fachkräfte stoßen auf Ablehnung und Vorurteile

sowohl von Bewohner/innen

"Wir haben so zwei drei Leute, die sind zum Beispiel auf vietnamesische Kräfte richtig agro"

"die dürfen da dann nicht spritzen"

als auch dem Team

„Die wollen nur in Deutschland bleiben, weil sie bei sich keine Arbeit finden“

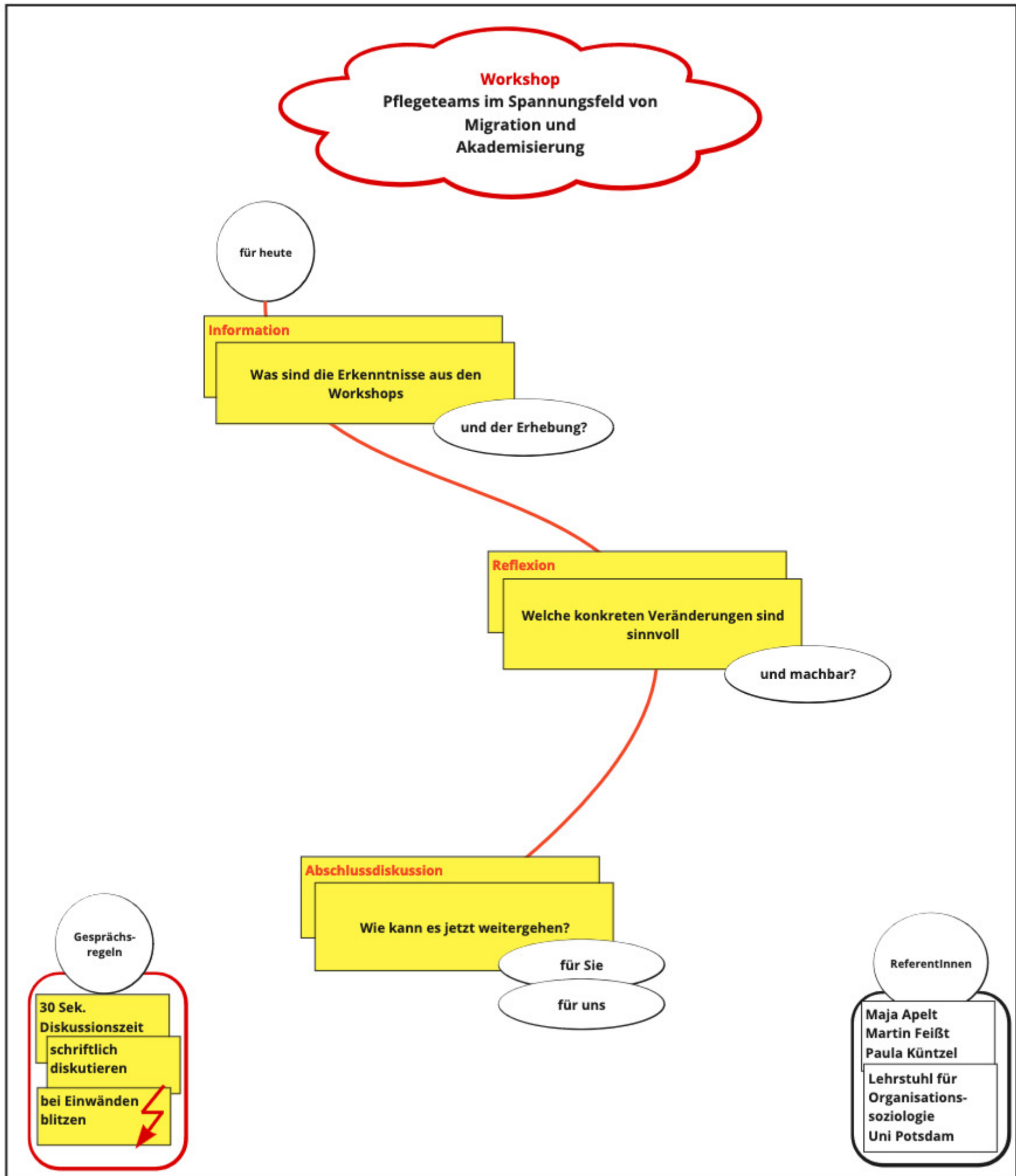
„Man weiß nicht, ob die wirklich die Ausbildung haben, die sie angeben“

„Die in den Ausländerbehörden lassen jeden rein“

Gewichtungsfrage  
Was ist davon jetzt besonders wichtig?



**Was sind Eure Ideen?  
Was müsste sich ganz konkret verbessern?**



## Problem- & Fragestellung

Die Pflegeteams auf Station sind vielfältig zusammengesetzt

ohne die vielfältigen Pflegekräfte wäre die Arbeit nicht zu schaffen

daraus entstehen aber auch Herausforderungen

die nicht immer gut zu bewältigen sind

vor allem vor dem Hintergrund anderer Belastungen

Wie kann man diesen Herausforderungen begegnen?

die sich von Station zu Station stark unterscheiden?

## was bisher geschah

Um das zu untersuchen haben wir

54 Tage auf 4 Stationen und 2 Wohnbereichen verbracht

8 Gruppendiskussionen und 25 Interviews geführt

und alles verschriftlicht und anonymisiert

wir haben das Material gesichtet

10 Workshops durchgeführt

dort die Ergebnisse diskutiert

und die Frage gestellt:

Was läuft gut?

Was könnte besser laufen?

Was kann man verändern?

# Dimensionen der Vielfalt

Dieses Poster kennen Sie bereits

Die entscheidende Frage für uns war hier:

Was wird im Alltag relevant?

Wie und wo wird es relevant?

## Qualifikation

1-jährige Ausbildung

MFA/MTA

(Alten-)Pflegefachkraft

studierte Pflegekräfte

Weiterbildungen

uvm.

## Generation

die Älteren

die Mittlalten

die Jüngeren

## Herkunft

Albanien

Türkei

Vietnam

Irak

Deutschland

Berlin

aus Ost und West

uvm.

## Geschlecht

männlich

weiblich

transgender

**Was sind für Sie im Zusammenhang  
mit Diversität...**

**... Herausforderungen?**

**... Chancen?**

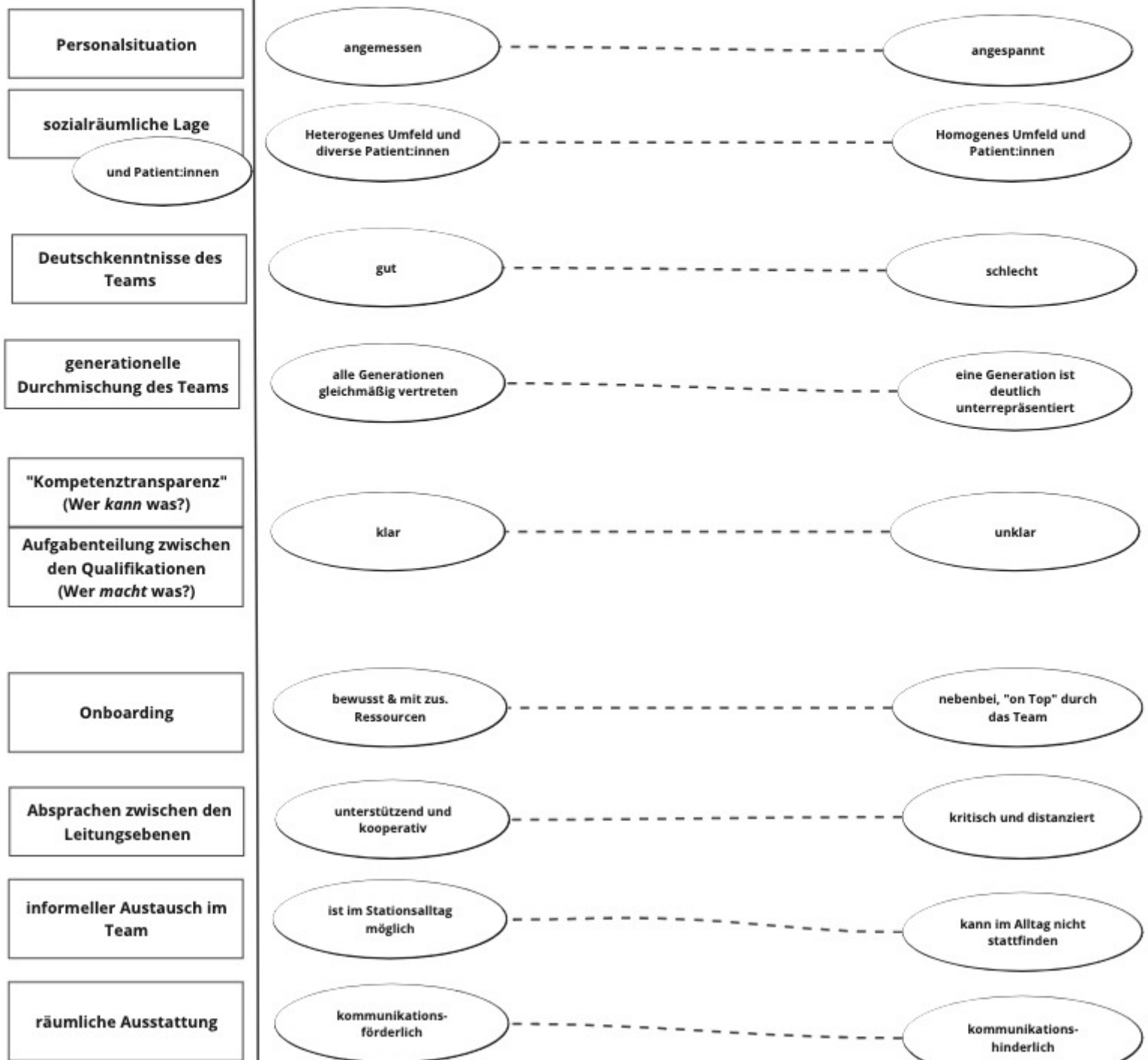
# Was beeinflusst den erfolgreichen Umgang mit Diversität?

auf Teamebene

als Ergebnis der Analyse  
unseres Materials

**Förderlich**

**Hinderlich**



um Organisationen zu verstehen (und zu verändern) sollte man sie von drei Seiten betrachten

jede Seite hat ihre Eigenlogik

sie müssen aufeinander abgestimmt werden, determinieren einander aber nicht

sie sind der Grund, warum es die perfekte Organisation nicht gibt

## Schau-seite

die Schauseite ist die offizielle Außendarstellung

nach außen und nach innen

zumeist ein geschöntes Bild, das Komplexität und Konflikte ausblendet

auf der Schauseite kommen zumeist Wertformulierungen zum Einsatz

die von anderen nur mit guter Begründung negiert werden können

da sie weitgehend aus Wertekommunikation besteht, ist sie sehr abstrakt

und gibt wenig Anhaltspunkte für konkretes Handeln

## formale Seite

die formale Seite ist spezifischer als die Schauseite

hier finden sich die mitgeteilten Mitgliedschaftsbedingungen

sie sind in bspw. in Zielvereinbarungen oder Verträgen festgehalten

es finden sich zum Teil sehr konkrete Handlungsanweisungen

standardisierte Kommunikationswege, Prozessbeschreibungen, etc.

teilweise sind auch formale Regeln eher abstrakt

z.B. ist das Management eher über Zwecke programmiert

auch formale Strukturen lassen Spielraum

in der konkreten Entscheidung müssen sie interpretiert werden

## informale Seite

die informale Seite ist die abweichende Praxis

sie entsteht als Reaktion auf die Formalstruktur

und gleicht deren Rigidität aus

häufig dominiert die Informalität

bewährte Praktiken, die nicht unbedingt formal abgesichert sind

es sind relativ stabile Erwartungen

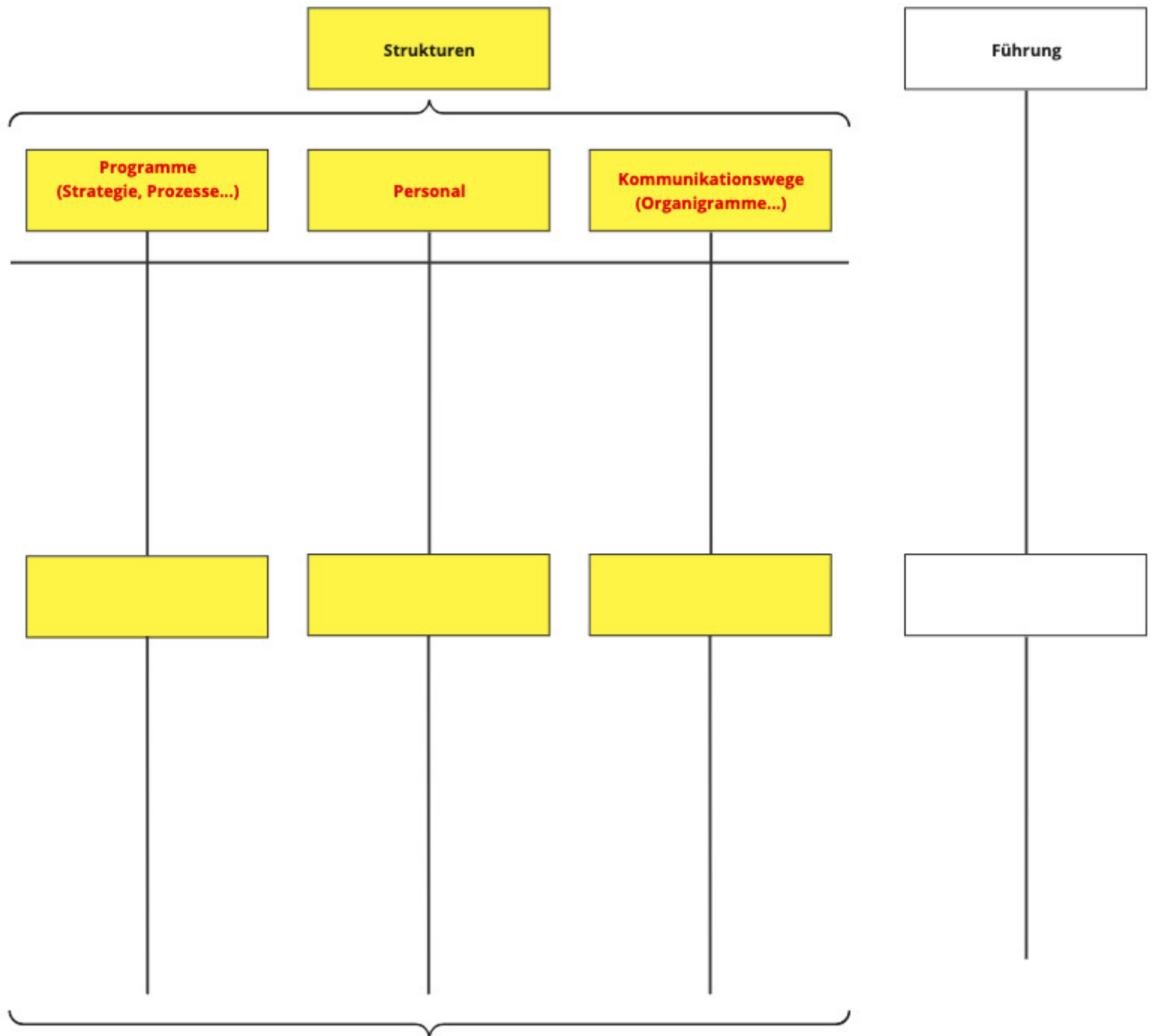
die nicht niedergeschrieben sind, die es offiziell nicht 'gibt'

das macht es schwer, sie zu verändern

im Konfliktfall siegt immer die Formalstruktur

weil hieran die Mitgliedschaft gebunden ist

das Mischpult des Managements - als ein Tool, um über  
Gestaltungs- und Führungsoptionen nachzudenken



**Probleme**

**Personal**

die Einarbeitung internationaler Pflegekräfte läuft schlecht

der Neuanfang int. PKs bedeutet enormen Stress

es gibt zu wenig Praxisanleitung

die versprochene Hilfe ist keine Hilfe

für ALLE Seiten

das führt zu Ablehnung int. PKs

Onboarding verbessern

Dienstpatenschaften und Tandems etablieren

keine falschen Versprechungen

für die int. PKs

auf den Stationen

die Sprachkenntnisse der intern. PKs sind extrem schlecht

der stressige Alltag wird noch stressiger

Kompetenzen der int. PKs können nicht gesehen werden

und auf beiden Seiten entsteht Frust

mit vielen Missverständnissen

und folgen für die Patient:innen

und Resignation

Sprachkurse VOR Arbeitsbeginn

und zusätzl. berufsbegleitend

eigene Vivantes Sprachschule einrichten

mit Fachinhalten

es gibt unterschiedliche Vorstellungen von "Arbeitsbereitschaft"

viele & niedrigschwellige Krankmeldungen

die "Jüngeren" wollen nicht mehr Vollzeit arbeiten

und nicht mehr so oft Einspringen

denn das macht "krank und kaputt"!

Psychische und allgemeine Gesundheit fördern

Flexible Arbeitszeitmodelle

# Probleme

## Programme (Prozesse, etc.)

Vorstellungen der Arbeitsteilung, Tätigkeitsbereiche und von "guter Pflege" sind unklar oder unterschiedlich

zwischen exam. PKs und PHs

es gibt unterschiedliche Prioritäten im Alltag

Helfer\*innen fühlen sich z.T. nicht wertgeschätzt

aber auch zwischen den Generationen

das führt zu Unzufriedenheiten und Reibungen

bspw. beim "Corona-Bonus"

und zu Zeitverlust

mehr Klarheit würde auch zu mehr Selbstbewusstsein führen

bspw. gegenüber der Ärzteschaft

mehr Klarheit darüber, was jeder kann und darf

regelmäßige Supervisionen

mehr Flexibilität im Alltag

und weniger Grauzonen

um situative Priorisierung im Alltag zu ermöglichen

Unklarheiten gibt es auch zwischen int. PKs und dt. PKs

im Ausland ist das Aufgabenspektrum anders

Hiervon könnten wir viel lernen

das Wissen der intern. PKs kommt kaum zur Geltung

auch was die Akademisierung betrifft

z.B. welche Rolle akademisierte PKs spielen könnten

...da diese so arbeiten sollen wie wir hier

hinzu kommt Zeitmangel

und Sprachbarrieren

Offenheit gegenüber dem, was die Int. PKs mitbringen

mehr Zeit für Kommunikation & Wertschätzung

Mentoring Programme einsetzen

sowie Respekt & Rücksicht

und fachlicher Austausch

für die auch Zeit zur Verfügung steht

# Probleme

Kommunikationswege  
(Hierarchie, Dienstwege,  
etc.)

Das ist Zeit, die an anderer  
Stelle fehlt

z.B. für  
Einarbeitung, etc.

Krankheitsausfälle verursachen extrem viel Kommunikation

Ersatz suchen kostet die  
Leitungen extrem viel Zeit  
und Nerven

da alle möglichen  
Stellen abtelefoniert  
werden müssen

PKs müssen oft Einspringen

keine Planbarkeit  
und ständige Angst  
angerufen zu

das muss Aufhören!

PK-Pools könnten eine  
Lösung sein

in der Praxis ist der  
aber nicht spontan  
genug

und Stations-PKs  
planen ihre Dienste

um die der  
Poolmitarbeiter  
herum

Bessere Absprachen im  
Team

Über das Thema  
Krankheitsausfälle  
sprechen

Personalpool besser  
organisieren

sinnvolles System von  
Jokerdiensten/Flexdienste  
einführen

Leitungen trauen sich nicht, Kritik am Personal zu üben

bei Kritik melden sich die  
PKs am nächsten Tag krank

keine Lohnfortzahlung im  
Krankheitsfall

wenn jemand sagt: „Dann  
kündige ich“...

...sagen „Ja mach  
doch!“

Leitungen sorgen für die  
Rahmenbedingungen auf  
Stationen

darin sollen sie  
unterstützt werden

**Was können wir jetzt tun?**

**und wo können wir  
mit Hebeln  
ansetzen?**

Was nehmen Sie mit?

Wie geht es jetzt weiter?

für Sie

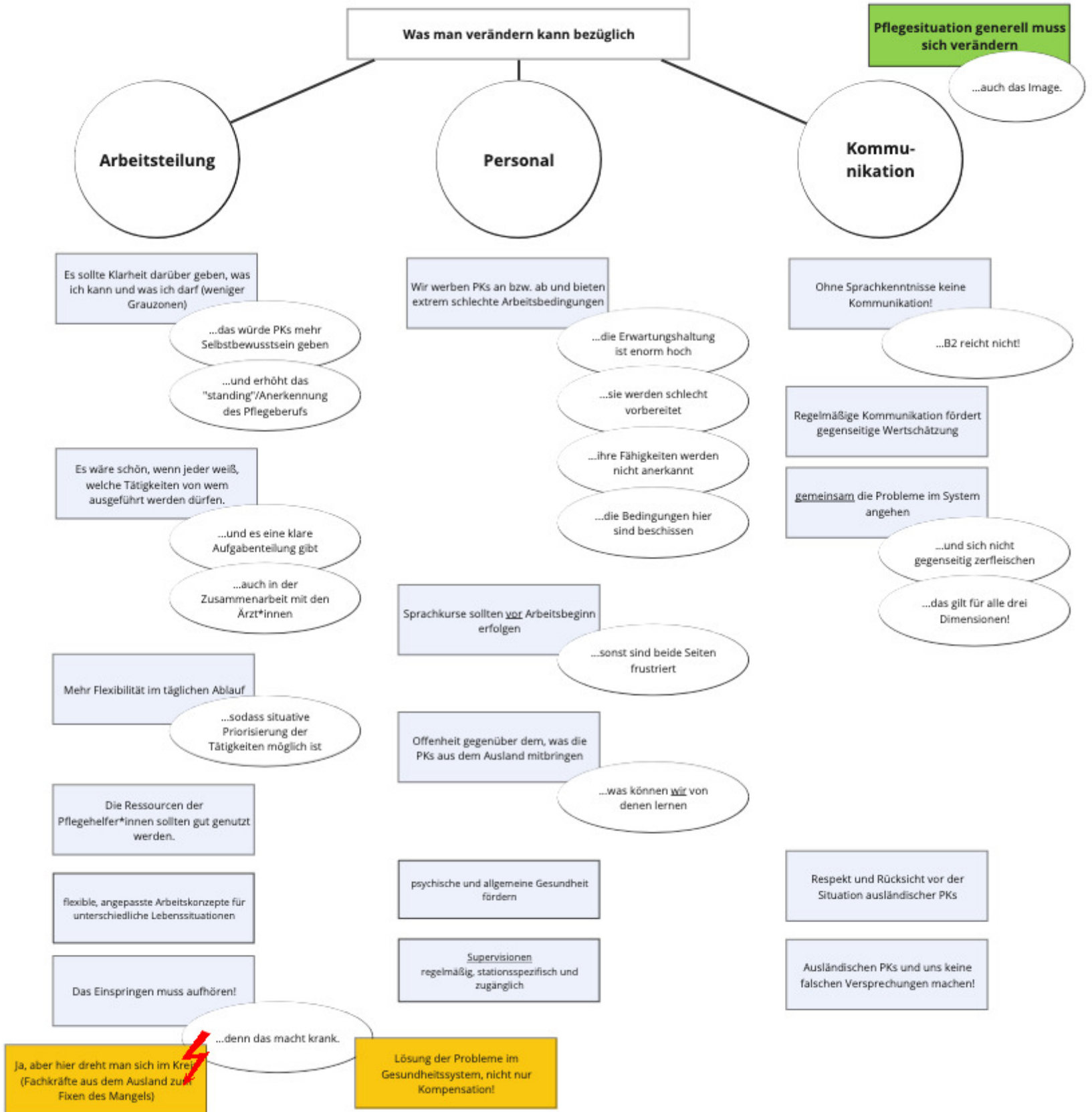
für uns

wir nehmen die  
Erkenntnisse von heute  
mit

und lassen sie in unser  
geplantes Buch einfließen

"Diversität in  
Pflegeteams  
gestalten"

# Anlage 6 d) Workshop-Ergebnisposter Krankenhäuser



# Zusammenarbeit

Es braucht Strukturen, in denen Vielfalt nicht als Mehr-Belastung erlebt wird

...und Vielfalt muss im gesamten KKH gelebt und gefördert werden

Es braucht Absprachen im Team bezüglich der Schichten

es muss über Krankmeldungen im Team gesprochen werden

Wünsche explizit äußern und als Team versuchen, diese zu berücksichtigen

Warum nehmen Pflegehelfer\*innen mangelnde Wertschätzung wahr?

Die Debatte flachte ab und nun ist sie „plopp“ wieder da

Warum ist das noch so? Wir sollten sie fragen!

„Wertschätzung“ - großes Wort, für Kleinigkeiten...

die Zuständigkeiten / Arbeitsteilung wird / soll sich ändern durch Akademisierung

auch die Aufgabenteilung mit den Ärzten

Die Leute werden akademisiert und qualifiziert, kommen aber nicht mehr auf Station an

Wir machen aus Pflegehelfern gerne Fachkräfte - wenn sie es können!

Fachweiterbildungen innerhalb des Teams mit einplanen ist schwierig

# Strukturen

normalerweise ist die Schicht solide besetzt, aber eben nicht für Ausnahmesituationen

Jokerdienste einführen!

...die bleiben dann aber für 4 Flexdienste auch 4 Tage zuhause

dürfen dann aber keine Jokerdienste mehr machen

# Schauseite

Wir stehen erst am Anfang des Fachkräftemangels!

In anderen Branchen gibt es aber arbeitnehmerfreundliche Angebote - bringt mehr Druck wirklich was?

den schlechten Ruf geben wir uns selbst

# Rahmenbedingungen

24/7  
365 Tage im Jahr - das ist die Basis

eigene Bedürfnisse in Einklang bringen, aber mit Blick „aufs große Ganze“

die Arbeit ist kaum mehr in Vollzeit zu machen

Vielleicht braucht es eine weitere Verringerung der Arbeitszeit?

Aufgrund von Fachkräftemangel bieten wir schon flexible Arbeitszeiten an

# Führung

Unserer Aufgabe als Leitung ist es, Rahmenbedingungen zu schaffen

und ansprechbar für das Team zu sein!

Vielleicht sollten Leitungen wieder mehr führen!

...und wie bei Kindern Grenzen setzen und erziehen

Auch Leitungen trauen sich nicht Kritik am Personal zu üben

... aus Angst, dass die Person sich nächsten Tag krank meldet

Wenn jemand sagt: „Dann kündige ich“, soll die Antwort lauten: „Ja mach doch!“

## Was sind Eure Ideen? Was müsste sich ganz konkret verbessern?

Tätigkeitsbezogene Sprachkurse in der Anerkennung

nicht nur  
Alltagsdeutsch

zuverlässig und verbindlich stattfindende Praxisanleitung

nicht nur stundenweise

Die Anerkenner so gut es geht in jeder Hinsicht unterstützen

...denn die haben ein schweres Leben

Förder- und Weiterbildungsmöglichkeiten für Pflegehelfer\*innen

...damit Fachkräfte besser unterstützt werden können

...bspw. bei der Dokumentation

Den Pflegeberuf nach außen attraktiver darstellen

...damit es auch in Zukunft noch Pflegepersonal gibt

Die Arbeitsbelastung muss reduziert werden

Wie lange schaffen wir es unter den jetzigen Bedingungen noch?

Wir geben alles für die Bewohner/innen

Aber auch uns muss es gutgehen

Die Unterbesetzung ist gefährlich

Sowohl für die Bewohner/innen

Als auch für uns

**Studieninformation zur Online-Befragung von beruflich Pflegenden  
[E-Mail-Vorlage, deshalb ohne Briefkopf]**

---

Einladung zur Online-Umfrage für die Studie

**Care in Transition – Pflegeteams im Spannungsfeld von Migration und Akademisierung am  
Beispiel von Krankenhaus und Pflegeheim (CareTrans)**

Liebe Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Charité – Universitätsmedizin Berlin / Vivantes –  
Netzwerk für Gesundheit GmbH,

die Zuwanderung von Pflegekräften aus dem Ausland und die Akademisierung des  
Pflegerberufs sind aktuell viel diskutierte Themen. Gleichzeitig ist noch wenig über die  
konkrete Zusammenarbeit im Arbeitsalltag der zunehmend diversen Pflegeteams in  
Krankenhäusern und Pflegeheimen bekannt. Hier möchten wir – die Mitarbeiter\*innen der  
Studie „CareTrans“ vom Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft  
der Charité und des Lehrstuhls für Organisations- und Verwaltungssoziologie der Universität  
Potsdam – Abhilfe schaffen. Ziel der Studie ist es, die durch Migration und Akademisierung  
entstehenden Herausforderungen und Chancen für den Versorgungsalltag von Pflegeteams  
zu untersuchen.

**Deshalb laden wir Sie herzlich dazu ein, an unserer Online-Umfrage teilzunehmen!**

Die Studie „CareTrans“ ist ein **unabhängiges Forschungsprojekt**. Sie wird aus dem  
Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) finanziert. Der zuständige  
Personal- bzw. Betriebsrat wurde über die Umfrage informiert.

Die Beantwortung der Fragen dauert etwa **15 Minuten**. Sie können die Befragung jederzeit  
unterbrechen und später fortführen, indem Sie erneut auf den untenstehenden Link klicken.

Die Teilnahme ist selbstverständlich freiwillig. Durch die Nichtteilnahme entstehen Ihnen  
keinerlei Nachteile. Unsere Datenerhebung erfolgt im Einklang mit den Vorgaben der  
Europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). Ihre Angaben werden ausschließlich zu  
den angegebenen Forschungszwecken genutzt und nicht an unberechtigte Dritte  
weitergegeben. Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung ist Ihre Einwilligung nach Art. 6 Abs.  
1 lit. a DSGVO. Vertiefende Informationen zum Datenschutz finden Sie im Anhang dieser E-  
Mail.

**Mit Ihrer Teilnahme geben Sie beruflich Pflegenden eine Stimme in der aktuellen  
gesundheitpolitischen Diskussion. Helfen Sie mit, die Arbeitsbedingungen in  
Krankenhäusern und Pflegeheimen zu verbessern!**

Hier geht es zur Umfrage: [\[Link\]](#)

**Wir freuen uns sehr über Ihre Unterstützung!**

Bei Fragen oder Anmerkungen zur Studie oder zur Befragung stehen wir sehr gerne zur Verfügung. Bitte wenden Sie sich an Dr. Anna Schneider vom Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin (Tel.: 030/450-529 188; E-Mail: [anna.schneider@charite.de](mailto:anna.schneider@charite.de)).

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Liane Schenk (Projektleiterin)

Prof. Dr. Maja Apelt (Projektpartnerin)

Dr. phil. Lisa Pepler (Projektkoordinatorin)

Dr. rer. biol. hum. Anna Schneider (Projektmitarbeiterin)

[Signatur]

[Anhang:]

## **Datenschutzerklärung**

### **Datenschutzrechtliche Information zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten nach Art. 13 DSGVO**

Onlinebefragung von Pflegekräften im Rahmen der Studie Care in Transition – Pflorgeteams im Spannungsfeld von Migration und Akademisierung am Beispiel von Krankenhaus und Pflegeheim (CareTrans)

Die Teilnahme an der Studie ist selbstverständlich freiwillig und birgt keinerlei Risiken oder Nachteile für Sie. Auch die Nichtteilnahme wird sich nicht nachteilig für Sie auswirken. Darüber hinaus können Sie die Beantwortung der Fragen jederzeit abbrechen, woraus sich auch hier keinerlei Nachteile für Sie ergeben.

#### **(1) Bezeichnung der Verarbeitungstätigkeit**

*Was ist „CareTrans“?*

CareTrans ist ein Forschungsprojekt, welches sich mit den Auswirkungen von Zuwanderung und (Teil-)Akademisierung und der daraus entstehenden Diversität der Pflorgeteams in Deutschland auseinandersetzt. Dafür werden verschiedene Methoden der Datenerhebung eingesetzt, unter anderem eine Online-Befragung von Pflegekräften in Krankenhäusern und Pflegeheimen. Die Forschungsergebnisse sollen auch dazu genutzt werden, ein Instrumentarium zur Organisations- und Personalentwicklung zu erarbeiten. Weiterführende Informationen zur Studie finden Sie unter [https://medizinsoziologie-reha-wissenschaft.charite.de/forschung/versorgungsforschung/care\\_in\\_transition\\_caretrans/](https://medizinsoziologie-reha-wissenschaft.charite.de/forschung/versorgungsforschung/care_in_transition_caretrans/).

*Wer führt CareTrans durch?*

CareTrans wird unter der Konsortialführung des Instituts für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin gemeinsam mit der Professur für Organisations- und Verwaltungssoziologie der Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität Potsdam durchgeführt. Das Projekt wird aus dem Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) finanziert. Ausführliche Informationen zu den beteiligten Einrichtungen finden Sie unter <https://medizinsoziologie-reha-wissenschaft.charite.de/> und <https://www.uni-potsdam.de/de/ls-apelt/index>.

*Wie hat Sie die Einladung zur Teilnahme an der Befragung erreicht?*

Sie bekommen diese Einladung, weil Sie als pflegerisch tätige\*r Mitarbeiter\*in an einer der beiden teilnehmenden Einrichtungen tätig sind und Ihre Email-Adresse in einem Email-Verteiler Ihrer Institution gespeichert ist. Die Pflegedirektion Ihrer Einrichtung unterstützt freundlicherweise unser Projekt, indem es die Einladung zu der Befragung über diesen Email-Verteiler gesendet hat. Projekt-Mitarbeiter\*innen von CareTrans haben hierbei zu keiner Zeit Zugang zu Ihren Email-Adressen bekommen.

## **(2) Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen**

Verantwortlich gemäß Art. 4 DSGVO ist die Charité – Universitätsmedizin Berlin, Charitéplatz 1, 10117 Berlin. Intern verantwortlich für die Studie und ausführende Stelle ist das Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, Charitéplatz 1, in 10117 Berlin, vertreten durch die Direktorin Prof. Dr. Adelheid Kuhlmei. Des Weiteren sind Prof. Dr. Liane Schenk als Projektverantwortliche, Dr. Lisa Pepler als Projektkoordinatorin und Dr. Anna Schneider als Projektmitarbeiterin an der Studie beteiligt.

Kontaktdaten der ausführenden Mitarbeitenden: Lisa Pepler, [lisa.pepler@charite.de](mailto:lisa.pepler@charite.de), Tel. 030-450-529185; Anna Schneider, [anna.schneider@charite.de](mailto:anna.schneider@charite.de), Tel. 030-450-529188.

## **(3) Kontaktdaten der Datenschutzbeauftragten:**

Datenschutzbeauftragte der Charité Universitätsmedizin Berlin, Charitéplatz 1, 10117 Berlin, Telefon: 030-450-580016, E-Mail: [datenschutzbeauftragte@charite.de](mailto:datenschutzbeauftragte@charite.de).

## **(4) Zwecke und Rechtsgrundlagen der Verarbeitung:**

### *Was passiert mit Ihren Daten?*

Die Datenerhebung erfolgt ausschließlich zu wissenschaftlichen Zwecken im Rahmen des von dem Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses finanzierten Forschungsprojekts Care in Transition (CareTrans). Rechtsgrundlage bildet dabei Ihre Einwilligung nach Art. 6 Abs. 1 lit.a DSGVO.

### *Welche Daten werden erhoben und wie?*

Die Erhebung wird mittels der von der Charité – Universitätsmedizin Berlin bereitgestellten Online-Befragungssoftware REDCap auf den Servern der Charité durchgeführt. Es werden die anonymen Umfrageeinstellungen ausgewählt. Während der Befragung werden zwei unterschiedliche Arten von Daten erhoben: Ihre inhaltlichen Angaben (folgend Befragungsdaten genannt), sowie zwei technische Angaben zur Befragung: der Zeitpunkt der Beantwortung der Fragen und die Dauer der Befragung. Diese zwei Angaben sind für den reibungsfreien Ablauf der Befragung, die anschließende Datenaufbereitung und die Sicherung der Datenqualität notwendig (so genannte Paradata). Befragungsdaten umfassen Angaben zu Einstellungen und Meinungen, sowie strukturelle Merkmale wie z.B. Geschlecht, Alter und Qualifikation.

Die Ergebnisse der Befragung sind anonym und ein Personenbezug ist nicht möglich. Falls sich eine Personenbeziehbarkeit aufgrund der Kombinationen Ihrer Antworten ergeben könnte, werden wir die Befragungsrohdaten derart aufbereiten, dass die Personenbeziehbarkeit aufgehoben wird. Eine Personenbeziehbarkeit wird zu keinem Zeitpunkt gewünscht und umgehend entfernt. In der Ergebnisdarstellung ist jede Personenbeziehbarkeit ausgeschlossen.

Ihre Befragungsdaten wertet das CareTrans-Projektteam für wissenschaftliche Zwecke in der Versorgungsforschung aus. In Veröffentlichungen werden Ergebnisse nur in aggregierter Form präsentiert, so dass keine Rückschlüsse auf Einzelpersonen möglich sind. Zum Zweck der Archivierung und Nachnutzung durch andere Wissenschaftler\*innen und Studierende werden die Daten anonymisiert und als Scientific-Use-Files (SUF) aufbereitet. Entsprechend der Empfehlung der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) werden die Daten als Grundlage für Veröffentlichungen auf haltbaren und gesicherten elektronischen Datenträgern am Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft für zehn Jahre aufbewahrt. Nach Ablauf der zehn Jahre werden die Daten gelöscht.

#### **(5) Empfänger oder Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten**

Empfänger der Daten ist ausschließlich das Projektteam von CareTrans. Es werden keinerlei personenbezogene Daten an Dritte weitergegeben.

#### **(6) Rechte der betroffenen Personen, Widerrufsbelehrungen, Beschwerderecht bei einer Aufsichtsbehörde**

Da der Datensatz nicht einzelnen Personen zugeordnet werden kann, ist eine Berichtigung, Löschung oder Auskunft zum Datensatz nicht möglich. Es besteht aber das Recht zur Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde. Zuständige Aufsichtsbehörde für die Charité – Universitätsmedizin Berlin ist die Berliner Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit, Friedrichstraße 219, 10969 Berlin, mailbox@datenschutz-berlin.de. Daneben haben Betroffene das Recht, das Team der Datenschutzbeauftragten der Charité - Universitätsmedizin Berlin, Tel: 030-450-580016, E-Mail: datenschutzbeauftragte@charite.de, zu kontaktieren und Ihr Anliegen vorzubringen.

Wenn Sie eines der oben genannten Rechte ausüben wollen, sowie für Auskünfte über das Forschungsprojekt insgesamt stehen Ihnen die wissenschaftlichen Mitarbeitenden gern unter folgender Email-Adresse zur Verfügung: caretrans@charite.de.

## Vivantes-Intranetmeldung (deutsch)

### Kategorie

- Pflege

### Meldungstitel

Friendly reminder: Umfrage „Pflegeteams im Spannungsfeld von Migration und Akademisierung“

### Haupttext

Liebe Pflegekräfte,

die Zuwanderung von Pflegekräften aus dem Ausland und die Akademisierung des Pflegeberufs sind aktuell viel diskutierte Themen.

In der Online-Umfrage im Projekt „CareTrans“ interessieren uns für **Ihre Erfahrungen!** Wie erleben Sie Ihr **Arbeitsumfeld**? Wie schätzen Sie die **Zusammenarbeit in Ihrem Pflegeteam** und mit ärztlichen Kolleg:innen ein? **Alle volljährigen Pflegefachkräfte und Pflegehilfskräfte können teilnehmen!**

Die Beantwortung der Fragen dauert ca. 15 Minuten.

**Klicken Sie hier um zur Umfrage zu gelangen:** <https://ww3.unipark.de/uc/caretrans/umfrage/>

**The survey is also available in English language!**

„CareTrans“ ist ein unabhängiges Forschungsprojekt. Die Befragung erfolgt **anonym**, d.h. es können keine Rückschlüsse auf Ihre Person gezogen werden. Sämtliche Daten verbleiben bei den wissenschaftlichen Einrichtungen und werden nicht an Dritte weitergegeben. Ihre Teilnahme ist selbstverständlich freiwillig.

Wir bedanken uns vorab für Ihr Interesse und Ihre Zeit und wünschen Ihnen viel Spaß beim Ausfüllen! Zählen Sie zu den Personen, die bereits vollständig geantwortet haben, so möchten wir uns dafür herzlich bei Ihnen bedanken!

Das CareTrans-Projektteam:

Prof. Dr. Liane Schenk, Dr. Lisa Pepler, Dr. Anna Schneider

Charité – Universitätsmedizin Berlin | Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft

Prof. Dr. Maja Apelt, Martin Feißt

Organisations- und Verwaltungssoziologie | Universität Potsdam

Sie haben Fragen oder Kommentare? Schreiben Sie uns gerne: [caretrans@charite.de](mailto:caretrans@charite.de)

## Vivantes-Intranetmeldung (englisch)

### Kategorie

- Pflege

### Meldungstitel

Friendly reminder: Survey „Collaboration in nursing teams in the context of migration and academization“

### Haupttext

Dear nurses,

the immigration of nursing staff from other countries and the academization of the nursing profession are topics that are currently much discussed.

In the online survey of the project “CareTrans” we are interested in **your experiences!** How do you experience your **work environment?** How do you evaluate the **collaboration in your nursing team** and with your doctor colleagues? **All nursing professionals and nursing assistants of legal age can participate!**

It takes about 15 minutes to answer the questions.

**Follow this link to start the survey:** <https://ww3.unipark.de/uc/caretrans/umfrage/>

CareTrans is an independent research project. The survey is **anonymous**, i.e. your personal identity can not be traced. All data remain in the research institutes and are not passed on to third parties. Of course, your participation is voluntary.

Thank you in advance for your interest and we hope you enjoy filling out the survey! If you have already answered the survey completely, we would like to thank you very much!

The CareTrans project team:

Prof. Dr. Liane Schenk, Dr. Lisa Pepler, Dr. Anna Schneider

Charité – Universitätsmedizin Berlin | Institute for Medical Sociology and Rehabilitation Science

Prof. Dr. Maja Apelt, Martin Feißt

Sociology of Organization and Administration | University of Potsdam

If you have any questions or comments, please contact us at: [caretrans@charite.de](mailto:caretrans@charite.de)



Anlage 7d Flyer Online-Befragung



Online-Umfrage

## CareTrans

Care in Transition – Pflegeteams im Spannungsfeld von Migration und Akademisierung am Beispiel von Krankenhaus und Pflegeheim



**Scannen Sie diesen QR-Code  
und machen Sie mit!**  
Weitere Informationen  
auf der Rückseite.

Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft





In unserer Online-Umfrage im Forschungsprojekt „CareTrans“ interessieren wir uns für Ihre Erfahrungen!

- Wie erleben Sie Ihr Arbeitsumfeld?
- Wie schätzen Sie die Zusammenarbeit in Ihrem Pflorgeteam und mit ärztlichen Kolleg:innen ein?
- Wie war Ihr persönlicher Weg in den Pflegeberuf?

„CareTrans“ ist ein unabhängiges Forschungsprojekt. Es wird aus dem Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) finanziert. Die Befragung erfolgt anonym, d.h. es können keine Rückschlüsse auf Ihre Person gezogen werden. Sämtliche Daten verbleiben bei den wissenschaftlichen Einrichtungen und werden nicht an Dritte weitergegeben. Unsere Datenerhebung erfolgt nach den Vorgaben der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). Ihre Teilnahme ist selbstverständlich freiwillig.

Wir bedanken uns für Ihr Interesse und wünschen Ihnen viel Spaß beim Ausfüllen!

Den QR-Code zur Teilnahme finden Sie auf der Vorderseite dieses Flyers.

**The survey is also available in English language!**



Gefördert durch:



### Das CareTrans-Projektteam:

Prof. Dr. Liane Schenk, Dr. Lisa Pepler, Dr. Anna Schneider  
Charité – Universitätsmedizin Berlin  
Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft

Prof. Dr. Maja Apelt, Martin Feißt  
Organisations- und Verwaltungssoziologie, Universität Potsdam

### Sie haben Fragen oder Kommentare?

Schreiben Sie uns gerne: [caretrans@charite.de](mailto:caretrans@charite.de)



## Anlage 7e Reminder Online-Befragung

Friendly reminder: Wie gut ist die Zusammenarbeit in Ihrem Pflege-Team? - Umfrage im Projekt "CareTrans" // How good is the collaboration in your care team? - Survey in the "CareTrans" project

\*\* English version below \*\*

Care in Transition – Pflgeteams im Spannungsfeld von Migration und Akademisierung am Beispiel von Krankenhaus und Pflegeheim (CareTrans)

Liebe Pflegekräfte,

mit dieser Mail möchten wir Sie noch einmal herzlich dazu einladen, sich an der Online-Befragung im Projekt „CareTrans“ zu beteiligen. Je höher die Anzahl der Teilnehmenden an dieser Befragung ist, desto aussagekräftiger sind die Ergebnisse!

In der Online-Umfrage interessieren wir uns vor allem für die Einschätzung Ihres **Arbeitsumfelds** und der **Zusammenarbeit in Ihrem Pflege-Team**. **Alle volljährigen Pflegefachkräfte und Pflegehilfskräfte** können daran teilnehmen!

Die Beantwortung der Fragen dauert ca. 15 Minuten.

**Klicken Sie hier um zur Umfrage zu gelangen:** <https://ww3.unipark.de/uc/caretrans/umfrage/>

**Oder scannen Sie diesen QR-Code mit Ihrem Mobiltelefon:**



**The survey is also available in English language!**

Zählen Sie zu den Personen, die bereits vollständig geantwortet haben, so möchten wir uns dafür herzlich bei Ihnen bedanken!

„CareTrans“ ist ein **unabhängiges Forschungsprojekt**. Die Befragung erfolgt **anonym**, d.h. es können keine Rückschlüsse auf Ihre Person gezogen werden. Sämtliche Daten verbleiben bei den wissenschaftlichen Einrichtungen und werden nicht an Dritte weitergegeben. Ihre Teilnahme ist selbstverständlich freiwillig.

Das CareTrans-Projektteam:

Prof. Dr. Liane Schenk, Dr. Lisa Pepler, Dr. Anna Schneider

Charité – Universitätsmedizin Berlin | Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft

Prof. Dr. Maja Apelt, Martin Feißt

Organisations- und Verwaltungssoziologie | Universität Potsdam

Sie haben Fragen oder Kommentare? Schreiben Sie uns gerne: [caretrans@charite.de](mailto:caretrans@charite.de)

**\*\* English version \*\***

Care in Transition – how nursing teams collaborate in the context of migration and academization, taking hospitals and care homes as examples (CareTrans)

Dear nursing staff,

with this mail we would like to invite you once again to participate in the online survey in the project "CareTrans". The higher the number of participants, the more informative the results will be!

In the online survey, we are primarily interested in your assessment of your **working environment** and the **cooperation in your nursing team**. **All nursing professionals and nursing assistants of legal age** can participate!

It takes about 15 minutes to answer the following questions.

**Follow this link to start the survey:** <https://ww3.unipark.de/uc/caretrans/umfrage/>

**Or scan this QR code with your mobile phone:**



If you have already answered the survey completely, we would like to thank you very much!

CareTrans is an **independent research project**. The survey is **anonymous**, i.e. your personal identity can not be traced. All data remain in the research institutes and are not passed on to third parties. Of course, your participation is voluntary.

The CareTrans project team:

Prof. Dr. Liane Schenk, Dr. Lisa Pepler, Dr. Anna Schneider

Charité – Universitätsmedizin Berlin | Institute for Medical Sociology and Rehabilitation Science

Prof. Dr. Maja Apelt, Martin Feißt

Sociology of Organization and Administration | University of Potsdam

If you have any questions or comments, please contact us at: [caretrans@charite.de](mailto:caretrans@charite.de)

Fallbeispiel „Körperpflege“

<p>Sie befinden sich im Frühdienst und Ihr Team ist voll besetzt. Sie übernehmen eine Patientin, bei der Sie als nächstes die Körperpflege durchführen wollen. Aufgrund eines Neuzugangs können Sie diese Aufgabe nicht selbst erledigen. Es ergibt sich, dass <b>Ihr/Ihre 24-jähriger/-jährige   42-jähriger/-jährige   59-jähriger/-jährige (Dimension: Alter/Generation) Kollege   Kollegin M. (Dimension: Geschlecht)</b> sich bei Ihnen meldet, <b>der/die aus Deutschland   Frankreich   China (Dimension: Migrationserfahrung)</b> kommt und dort <b>Pflege studiert   eine Pflegeausbildung absolviert (Dimension: Akademisierung)</b> hat. M. schlägt vor, an Ihrer Stelle die Körperpflege an der Patientin durchzuführen.</p>						
<p><b>Ich traue M. zu, die Körperpflege an der Patientin durchzuführen.</b></p> <p>Bitte geben Sie auf einer Skala von 1 („Trifft gar nicht zu“) bis 6 („Trifft sehr zu“) an, wie sehr die folgende Aussage zutrifft.</p>						
Trifft gar nicht zu	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft etwas zu	Trifft zu	Trifft sehr zu	Keine Angabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	
<p>Bitte denken Sie an Ihr derzeitiges Pflorgeteam.</p> <p><i>Wenn Sie aktuell in mehreren Teams arbeiten, denken Sie an das Pflorgeteam, in welchem Sie zuletzt gearbeitet haben.</i></p> <p><b>Die Kolleginnen und Kollegen aus meinem Arbeitsumfeld würden M. zutrauen, die Körperpflege an der Patientin durchzuführen.</b></p>						
Trifft gar nicht zu	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft etwas zu	Trifft zu	Trifft sehr zu	Keine Angabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	
<p><b>Wie realistisch ist diese Situation für Ihren Arbeitsalltag?</b></p>						
Gar nicht realistisch	Nicht realistisch	Eher nicht realistisch	Etwas realistisch	Realistisch	Sehr realistisch	Keine Angabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	

Anlage 8: Vignetten im faktoriellen Survey

Fallbeispiel „Infusionsanlage“

<p>Sie befinden sich im Frühdienst und Ihr Team ist vollbesetzt. Kurz vor Ihrer Frühstückspause fällt Ihnen ein, dass Sie eine Infusion bei einem Ihrer Patienten anlegen müssen. Auf dem Gang kommen Sie mit Ihrer/Ihrem 24-jährigen   42-jährigen   59-jährigen (<i>Dimension Alter/Generation</i>) Kollegen   Kollegin A. (<i>Dimension Geschlecht</i>) ins Gespräch. A. schlägt vor, das Vorbereiten und Anlegen der Infusion für Sie zu übernehmen, weil er/sie sowieso gerade fertig mit der Pause sei. Kollege/Kollegin A. hat in Deutschland   Frankreich   China (<i>Dimension: Migrationserfahrung</i>) Pflege studiert   eine Pflegeausbildung absolviert (<i>Dimension: Akademisierung</i>) und arbeitet seit einigen Tagen   einigen Monaten (<i>Dimension Zusammenarbeit</i>) mit Ihnen im Team.</p>						
<p><b>Ich traue A. die Vorbereitung und Anlage der Infusion zu.</b></p> <p>Bitte geben Sie auf einer Skala von 1 („Trifft gar nicht zu“) bis 6 („Trifft sehr zu“) an, wie sehr die folgende Aussage zutrifft.</p>						
Trifft gar nicht zu	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft etwas zu	Trifft zu	Trifft sehr zu	Keine Angabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	
<p>Bitte denken Sie an Ihr derzeitiges Pflorgeteam.</p> <p>Wenn Sie aktuell in mehreren Teams arbeiten, denken Sie an das Pflorgeteam, in welchem Sie zuletzt gearbeitet haben.</p> <p><b>Die Kolleginnen und Kollegen aus meinem Arbeitsumfeld würden A. die Vorbereitung und Anlage der Infusion zutrauen.</b></p>						
Trifft gar nicht zu	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft etwas zu	Trifft zu	Trifft sehr zu	Keine Angabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	
<p><b>Wie realistisch ist diese Situation für Ihren Arbeitsalltag?</b></p>						
Gar nicht realistisch	Nicht realistisch	Eher nicht realistisch	Etwas realistisch	Realistisch	Sehr realistisch	Keine Angabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	

Anlage 8: Vignetten im faktoriellen Survey

Fallbeispiel „Diensttausch“

<p>Kurz bevor Sie nach Ihrem Schichtende die Station bzw. den Bereich verlassen wollen, spricht Sie Ihre/Ihr 24-jähriger/-jährige   42-jähriger/-jährige   59-jähriger/-jährige (<i>Dimension: Alter/Generation</i>) Kollege   Kollegin W. (<i>Dimension: Geschlecht</i>) an. W. fragt, ob Sie nächsten Sonntag einen Dienst tauschen könnten. Da W. einen dringenden Termin hat, hofft er/sie auf Ihre Hilfe. An dem betreffenden Tag haben Sie selbst keine privaten Pläne. Sie arbeiten seit einigen Tagen   einigen Monaten (<i>Dimension Zusammenarbeit</i>) mit W. zusammen, der/die aus Deutschland   Frankreich   China (<i>Dimension: Migrationserfahrung</i>) kommt und Pflege studiert   eine Pflegeausbildung absolviert (<i>Dimension: Akademisierung</i>) hat.</p>						
<p><b>Ich bin bereit, den Dienst mit W. zu tauschen.</b></p> <p>Bitte geben Sie auf einer Skala von 1 („Trifft gar nicht zu“) bis 6 („Trifft sehr zu“) an, wie sehr die folgende Aussage zutrifft.</p>						
Trifft gar nicht zu	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft etwas zu	Trifft zu	Trifft sehr zu	Keine Angabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	
<p>Bitte denken Sie an Ihr derzeitiges Pflorgeteam.</p> <p>Wenn Sie aktuell in mehreren Teams arbeiten, denken Sie an das Pflorgeteam, in welchem Sie zuletzt gearbeitet haben.</p> <p><b>Die Kolleginnen und Kollegen aus meinem Arbeitsumfeld wären bereit, den Dienst mit W. zu tauschen.</b></p>						
Trifft gar nicht zu	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft etwas zu	Trifft zu	Trifft sehr zu	Keine Angabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	
<p><b>Wie realistisch ist diese Situation für Ihren Arbeitsalltag?</b></p>						
Gar nicht realistisch	Nicht realistisch	Eher nicht realistisch	Etwas realistisch	Realistisch	Sehr realistisch	Keine Angabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	

Anlage 8: Vignetten im faktoriellen Survey

Fallbeispiel „Neuzugang“ (nicht in der Onlinebefragung genutzt)

<p>Ihre Schicht hat begonnen. Alle Patientinnen und Patienten wurden auf die anwesenden Kolleginnen und Kollegen aufgeteilt. Heute ist Ihr Team voll besetzt   unterbesetzt (<i>Dimension: Personalbesetzung</i>). Unter anderem arbeiten Sie mit C., Ihrem/Ihrer neuen 24-jährigen   42-jährigen   59-jährigen (<i>Dimension Alter/Generation</i>) Kollegen   Kollegin C. (<i>Dimension Geschlecht</i>) zusammen, der/die Pflege studiert   eine Pflegeausbildung absolviert (<i>Dimension: Akademisierung</i>) hat und aus Deutschland   Frankreich   China (<i>Dimension: Migrationserfahrung</i>) kommt. Im Verlauf der Schicht wird ein Neuzugang angekündigt. Der neue Patient soll sich in einem guten Allgemeinzustand befinden. Im Team wird besprochen, wer diesen Neuzugang übernimmt. Die Schichtleitung schlägt vor, dass entweder C. oder Sie den Patienten übernehmen.</p>						
<p>Bitte geben Sie auf einer Skala von 1 („Trifft gar nicht zu“) bis 6 („Trifft sehr zu“) an, wie sehr die folgende Aussage zutrifft.</p> <p><b>Ich biete an, den Neuzugang selbst zu übernehmen.</b></p>						
Trifft gar nicht zu	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft etwas zu	Trifft zu	Trifft sehr zu	Keine Angabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	
<p>Bitte denken Sie an Ihr derzeitiges Pflorgeteam.</p> <p><i>Wenn Sie aktuell in mehreren Teams arbeiten, denken Sie an das Pflorgeteam, in welchem Sie zuletzt gearbeitet haben.</i></p> <p><b>Die Kolleginnen und Kollegen aus meinem Arbeitsumfeld würden anbieten, den Neuzugang zu übernehmen.</b></p>						
Trifft gar nicht zu	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft etwas zu	Trifft zu	Trifft sehr zu	Keine Angabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	
<p><b>Wie realistisch ist diese Situation für Ihren Arbeitsalltag?</b></p>						
Gar nicht realistisch	Nicht realistisch	Eher nicht realistisch	Etwas realistisch	Realistisch	Sehr realistisch	Keine Angabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	

## Care in Transition – Pflegeteams im Spannungsfeld von Migration und Akademisierung am Beispiel von Krankenhaus und Pflegeheim (CareTrans)

### Erster Teil

**lang\_choice** Bitte wählen Sie Ihre bevorzugte Sprache.

- 1) Deutsch
- 2) Englisch

### A. Filterfragen

<b>age</b> Sind Sie 18 Jahre oder älter?	
1) Ja	<input type="checkbox"/>
2) Nein → Ende des Fragebogens Vielen Dank für Ihre Teilnahme! Unsere Befragung richtet sich ausschließlich an volljährige Personen.	<input type="checkbox"/>
<b>workfield</b> Arbeiten Sie derzeit in der Pflege?	
1) Ja	<input type="checkbox"/>
2) Nein → Ende des Fragebogens Vielen Dank für Ihre Teilnahme! Unsere Befragung richtet sich ausschließlich an aktuell als Pflegekraft tätige Personen.	<input type="checkbox"/>

### B. (Formal-) qualifikatorische und berufsbiographische Merkmale I

<b>workplace</b> Wo sind Sie tätig?	
1) Charité – Universitätsmedizin Berlin	<input type="checkbox"/>
2) Vivantes – Netzwerk für Gesundheit → Filter_B1a	<input type="checkbox"/>
3) Andere Einrichtung → Filter_B1a	<input type="checkbox"/>
<b>workpl_inst</b> In welcher Art von Einrichtung sind Sie tätig?	
1) Krankenhaus	<input type="checkbox"/>
2) Pflegeheim → Filter: nur Vignetten 1, 2 und 4	<input type="checkbox"/>
3) <b>workpl_inst_ft_other</b> Andere, und zwar .....	<input type="checkbox"/>
<b>work_exp</b> Wie viele Jahre arbeiten Sie bereits in der Pflege? Eine ungefähre Schätzung genügt! Ausgenommen sind jedoch Zeiträume in Elternzeit und in Beschäftigungsverhältnissen in anderen Berufen.	
Offene Angabe (Anzahl; Wertebereich: 0 - 50)	

<b>employment</b> Arbeiten Sie Vollzeit?	
1) Ja	<input type="checkbox"/>
2) Nein	<input type="checkbox"/>

### C. Wohlbefinden

<b>C1 Energie und psychisches Wohlbefinden:</b> Bitte geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, inwieweit diese auf Sie zutrifft. <b>Wie häufig...</b>					
	Immer	Oft	Manchmal	Selten	Nie/fast nie
1) <b>phy_exh...</b> sind Sie körperlich erschöpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) <b>emo_exh...</b> sind Sie emotional erschöpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) <b>drained...</b> fühlen Sie sich ausgelaugt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) <b>working_sick...</b> kommen Sie zur Arbeit, obwohl Sie sich richtig krank und unwohl fühlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) <b>work_life_bal...</b> können Sie in Ihrer Freizeit die Arbeit nicht vergessen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>C2 Wie oft treffen folgende Aussagen auf Sie zu?</b>					
	Immer	Oft	Manchmal	Selten	Nie/fast nie
1) <b>energy_lvl</b> Bei meiner Arbeit bin ich voller Energie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) <b>work_exc</b> Ich bin von meiner Arbeit begeistert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) <b>work_fulfillm</b> Ich gehe völlig in meiner Arbeit auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### D. Intra- und interdisziplinäre Zusammenarbeit

**D1** Wie nehmen Sie die **Zusammenarbeit in Ihrem aktuellen Pflorgeteam auf Ihrer Station / in Ihrem Arbeitsbereich** wahr? Bitte kreuzen Sie jeweils das Antwortfeld an, das am besten beschreibt, inwieweit Sie der jeweiligen Aussage zustimmen.

	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Bin neutral	Stimme eher zu	Stimme zu
1) <b>open_comm_nurs_team</b> In diesem Pflege-Team kann man auch Probleme und schwierige Themen offen ansprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anlage 9a: Fragebogen der Online-Umfrage

2) <b>colleg_nurs_team</b> Niemand in diesem Pflege-Team würde absichtlich etwas tun, das meiner Arbeit schadet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) <b>blaming_nurs_team</b> Wenn man in diesem Pflege-Team einen Fehler macht, dann wird einem das oft vorgehalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) <b>pers_risk_nurs_team</b> In diesem Pflege-Team kann man sich trauen, ein persönliches Risiko einzugehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) <b>discr_nurs_team</b> Die Mitglieder dieses Pflege-Teams sind manchmal Teamkolleg*innen gegenüber abweisend, die anders sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) <b>helpful_nurs_team</b> In diesem Pflege-Team ist es schwierig, andere Teammitglieder um Hilfe zu bitten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) <b>appr_nurs_team</b> Bei der Zusammenarbeit in diesem Pflege-Team werden meine besonderen Fähigkeiten und Begabungen wertgeschätzt und genutzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D2 Bitte schätzen Sie ein, in welchem Maß Ihre <u>unmittelbare Führungskraft...</u>						
	In sehr hohem Maß	In hohem Maß	Zum Teil	In geringem Maß	In sehr geringem Maß	
1) <b>dev_opp_leadersh...</b> für gute Entwicklungsmöglichkeiten der Mitarbeiter*innen sorgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2) <b>job_satisf_leadersh...</b> der Arbeitszufriedenheit einen hohen Stellenwert beimisst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3) <b>work_plan_leadersh...</b> die Arbeit gut plant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4) <b>confl_sol_leadersh...</b> Konflikte gut löst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D3 Die folgenden Fragen betreffen die kollegialen Arbeitsbeziehungen zwischen Ärzt*innen und Pflegekräften <u>auf Ihrer Station / in Ihrem Arbeitsbereich.</u>						

	Stimme zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu
1) <b>work_clim_docs</b> Das Arbeitsklima zwischen Ärzt*innen und Pflegepersonal ist gut und zeugt von gegenseitigem Respekt und Hilfsbereitschaft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) <b>appr_from_docs</b> Ärzt*innen schätzen die Beobachtungen und Beurteilungen des Pflegepersonals.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) <b>teamwork_docs</b> Ärzt*innen und Pflegepersonal arbeiten eng im Team zusammen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) <b>resp_from_docs</b> Die Pflegenden werden von den Ärzt*innen als Fachpersonal respektiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) <b>exchange_docs</b> Zusammenarbeit und Austausch zwischen Ärzt*innen und Pflegepersonal sind gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### E. Pflegeorganisation

E1 Die folgenden Fragen betreffen die Arbeitsorganisation und Ausstattung <u>auf Ihrer Station / in Ihrem Arbeitsbereich.</u>				
	Stimme zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu
1) <b>helping_hands</b> Angemessene Hilfsdienste ermöglichen es mir, mich weitgehend auf die Pflege meiner Patient*innen zu konzentrieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) <b>disc_time</b> Es gibt ausreichend Zeit und Möglichkeiten, Pflegeprobleme mit anderen Pflegefachkräften zu besprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) <b>pos_fil_qual_of_work</b> Die Besetzung mit Pflegefachkräften ist ausreichend, um eine gute Pflege zu gewährleisten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) <b>pos_fil_man_of_work</b> Die Personalbesetzung ist ausreichend, um die Pflegearbeit bewältigen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### F. (Formal-) qualifikatorische und berufsbiographische Merkmale II

<b>qualification</b> Welche <u>höchste</u> berufliche Qualifikation <u>in der Pflege</u> haben Sie zum jetzigen Zeitpunkt?	
1) Kein Abschluss → weiter mit G1	<input type="checkbox"/>
2) Derzeit in Ausbildung / im Studium → weiter mit G1	<input type="checkbox"/>
3) Ein- bis zweijährige Berufsausbildung	<input type="checkbox"/>
4) Dreijährige Berufsausbildung	<input type="checkbox"/>
5) Dreijährige Berufsausbildung mit Fachweiterbildung	<input type="checkbox"/>
6) Hochschul-/Universitätsabschluss (Bachelor, Master und höher) → Filter_F2	<input type="checkbox"/>
7) <b>qualification_ft_other</b> Andere, und zwar .....	<input type="checkbox"/>

<b>vocational_train Welche Pflege-Berufsausbildung haben Sie abgeschlossen?</b>	
1) Sozial-/ Stations-/ Pflegeassistent*in → <i>Filter: nur Vignette 4</i>	<input type="checkbox"/>
2) Alten-/ Krankenpflegehelfer*in → <i>Filter: nur Vignetten 2 und 4</i>	<input type="checkbox"/>
3) Altenpflegefachkraft	<input type="checkbox"/>
4) Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger*in / Krankenschwester, -pfleger	<input type="checkbox"/>
5) Pflege-Studium (primärqualifizierend)	<input type="checkbox"/>
6) <b>vocational_train_ft_other</b> Andere, und zwar ..... <input type="checkbox"/> <i>Filter: keine Vignetten</i>	<input type="checkbox"/>
<b>place_of_train Wo haben Sie Ihre Pflege-Ausbildung / Ihr Pflege-Studium absolviert?</b>	
Deutschland: <input type="checkbox"/>	<b>Place_of_train_ft_other</b> Anderes Land: <input type="checkbox"/> → <i>Filter_F3a</i> und zwar.....
<b>qualif_recogn Wurde Ihre Pflege-Ausbildung / Ihr Pflege-Studium in Deutschland anerkannt?</b>	
1) Ja	<input type="checkbox"/>
2) Nein	<input type="checkbox"/>
3) Anerkennungsverfahren ist noch nicht abgeschlossen → <i>Filter_F3b</i>	<input type="checkbox"/>
<b>time_recogn Wie lange dauert das Anerkennungsverfahren bereits?</b>	
1) 0 bis 6 Monate	<input type="checkbox"/>
2) 7 bis 12 Monate	<input type="checkbox"/>
3) 13 Monate und länger	<input type="checkbox"/>
<b>leadersh_pos Sind Sie in leitender Funktion (z.B. Stations- oder Bereichsleitung, Pflegedirektion) tätig?</b>	
1) Ja	<input type="checkbox"/>
2) Nein	<input type="checkbox"/>

### G. Berufliches Wohlbefinden

<b>workpl_satisf Wie zufrieden sind Sie alles in allem mit Ihrem jetzigen Arbeitsplatz?</b>				
Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Weder/noch	Eher unzufrieden	Sehr unzufrieden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Wie oft haben Sie im Laufe der letzten 12 Monate daran gedacht ...</b>				

Anlage 9a: Fragebogen der Online-Umfrage

	Nie	Einige Male im Jahr	Einige Male im Monat	Einige Male in der Woche	Jeden Tag					
1) <b>quit_job</b> ... Ihren Beruf aufzugeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
2) <b>change_job</b> ... Ihre Arbeitsstelle zu wechseln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<b>health_status</b> Ihr Gesundheitszustand: Wenn Sie den besten denkbaren Gesundheitszustand mit 10 Punkten bewerten und den schlechtesten denkbaren mit 0 Punkten: Wie viele Punkte vergeben Sie dann für Ihren derzeitigen Gesundheitszustand? Bitte markieren Sie die entsprechende Zahl.										
<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlechtester denkbbarer Gesundheitszustand							Bester denkbbarer Gesundheitszustand			

## H. Persönliche Angaben I

<b>gender</b> Welchem Geschlecht fühlen Sie sich zugehörig?	
Männlich	<input type="checkbox"/>
Weiblich	<input type="checkbox"/>
Divers	<input type="checkbox"/>
<b>year_of_birth</b> Wann sind Sie geboren? <i>Jahreszahl; z.B. 1980</i>	
Jahr .....	
<b>country_of_birth</b> In welchem Land sind Sie geboren? <i>Bitte nennen Sie das Land, zu dem Ihr Geburtsort zur Zeit Ihrer Geburt gehörte.</i>	
Deutschland: <input type="checkbox"/>	<b>country_of_birth_ft_other</b> Anderes Land: <input type="checkbox"/> und zwar ( <i>offene Angabe</i> ).....
<b>nation_german</b> Welche Staatsangehörigkeit(en) haben Sie? <i>Mehrfachnennungen möglich</i>	
Deutsch: <input type="checkbox"/>	<b>nation_ft_other</b> Andere: <input type="checkbox"/> und zwar ( <i>offene Angabe</i> ).....
<b>first_lang_german</b> Welche Sprache(n) ist / sind Ihre Muttersprache(n)? <i>Mehrfachnennungen möglich</i>	
1) Deutsch	<input type="checkbox"/>
2) <b>first_lang_ft_other</b> Andere Sprache → <i>Filter_H9a</i> und zwar ( <i>offene Angabe</i> ).....	<input type="checkbox"/>
<b>knowl_of_german</b> Wenn Deutsch nicht Ihre (alleinige) Muttersprache ist, wie schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein?	

## Anlage 9a: Fragebogen der Online-Umfrage

1) Sehr gut	<input type="checkbox"/>
2) Gut	<input type="checkbox"/>
3) Mittelmäßig	<input type="checkbox"/>
4) Schlecht	<input type="checkbox"/>
5) Sehr schlecht	<input type="checkbox"/>
<b>relationsh_status Haben Sie einen festen Partner / eine feste Partnerin?</b>	
1) Ja	<input type="checkbox"/>
2) Nein	<input type="checkbox"/>
<b>children Haben Sie Kinder?</b>	
1) Ja → <i>Filter_H11a</i>	<input type="checkbox"/>
2) Nein	<input type="checkbox"/>
<b>single_parent Sind Sie alleinerziehend?</b>	
1) Ja	<input type="checkbox"/>
2) Nein	<input type="checkbox"/>

### I. Vignetten (randomisiert 2 Fallbeispiele, je drei Vignetten)

Im folgenden Teil des Fragebogens stellen wir Ihnen kurze Fallbeispiele aus dem Pflegealltag vor. In diesen Fallbeispielen arbeiten Sie jeweils mit verschiedenen Kolleginnen oder Kollegen zusammen. Bitte lesen Sie jedes Fallbeispiel aufmerksam durch und versetzen Sie sich in die jeweilige Situation. Nach jedem Fallbeispiel folgen Fragen zu Ihrer Einstellung oder Ihrem Verhalten in der jeweiligen Situation. Bitte beantworten Sie diese Fragen in den vorgegebenen Kategorien. Sie können jederzeit zwischen den Fallbeispielen wechseln und, falls gewünscht, Änderungen an Ihren Antworten vornehmen. Benutzen Sie dafür bitte die „Zurück“-Schaltflächen unter den Fallbeispielen und nicht die Schaltflächen in Ihrem Browserfenster.

### J. Persönliche Angaben II

Vielen Dank für Ihre bisherige Teilnahme und Unterstützung! Haben Sie noch eine Minute mehr Zeit? Dann beantworten Sie bitte die letzten sieben Fragen.

<b>start_of_work</b> Seit wann arbeiten Sie an Ihrer derzeitigen Arbeitsstelle? <i>Jahreszahl, z.B. 2018</i>
Jahr.....
<b>fixed_term_empl</b> Haben Sie einen befristeten Arbeitsvertrag?

Anlage 9a: Fragebogen der Online-Umfrage

1) Ja	<input type="checkbox"/>
2) Nein	<input type="checkbox"/>
<b>weekly_overtime</b> Wie viele Überstunden machen Sie durchschnittlich pro Woche?	
<i>Offene Angabe (Anzahl; Wertebereich: 0 - 50)</i>	
<b>foreign_work_exp</b> Haben Sie bereits im Ausland in einem <u>Pflegeberuf</u> gearbeitet?	
1) Ja	<input type="checkbox"/>
2) Nein	<input type="checkbox"/>
<b>ass_own_cult_bel</b> Menschen können unterschiedlichen ethnischen oder kulturellen Gruppen angehören. Wie ist das bei Ihnen? Wie würden Sie Ihre ethnische und kulturelle Zugehörigkeit beschreiben?	
<i>Offene Angabe (Text)</i>	
<b>ass_outs_cult_bel</b> Unabhängig davon, welchen Gruppen Sie zugehören, können andere Menschen Sie teilweise trotzdem als Mitglied einer bestimmten (anderen) Gruppe wahrnehmen. Welcher ethnischen oder kulturellen Gruppe werden Sie von anderen häufiger zugeordnet?	
<i>Offene Angabe (Text)</i>	
<b>close_relations</b> Wie viele Menschen stehen Ihnen so nahe, dass Sie sich auf sie verlassen können, wenn Sie ernste persönliche Probleme haben?	
1) Keine	<input type="checkbox"/>
2) 1 bis 2	<input type="checkbox"/>
3) 3 bis 5	<input type="checkbox"/>
4) 6 oder mehr	<input type="checkbox"/>

**feedback** Haben Sie Anregungen oder Kommentare, die Sie abschließend mit uns teilen wollen? Wir freuen uns sehr auf Ihre Rückmeldung!

*Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!*

**Sie können das Browser-Fenster nun schließen.**

**Care in Transition – how nursing teams experience tensions caused by migration and academization, taking hospitals and care homes as examples (CareTrans)**

**Part one**

**A. Filter questions**

<b>A1 Are you aged 18 or over?</b>	
1) Yes	<input type="checkbox"/>
2) No → <i>Go to the end of the questionnaire</i> <i>Thank you for participating! Our survey is aimed solely at people of legal age.</i>	<input type="checkbox"/>
<b>A2 Are you currently working in nursing?</b>	
1) Yes	<input type="checkbox"/>
2) No → <i>Go to the end of the questionnaire</i> <i>Thank you for participating! Our survey is aimed solely at people who are currently working in nursing.</i>	<input type="checkbox"/>

**B. (Formal) qualifications and details of professional biography I**

<b>B1 Where do you work?</b>	
1) Charité – Universitätsmedizin Berlin	<input type="checkbox"/>
2) Vivantes – Netzwerk für Gesundheit → <i>Filter_B1a</i>	<input type="checkbox"/>
3) Other institution → <i>Filter_B1a</i>	<input type="checkbox"/>
<b>Filter_B1a What type of institution do you work in?</b>	
1) Hospital	<input type="checkbox"/>
2) Care home → <i>Filter: vignettes 1, 2 and 4 only</i>	<input type="checkbox"/>
3) Other, namely .....	<input type="checkbox"/>
<b>B3 How long (in years) have you been working in nursing?</b> <i>An approximate estimate will suffice! Please exclude periods of parental leave and when working in other professions</i>	
<i>Open-ended answer (Number; evaluation range: 0 – 50)</i>	
<b>B4 Do you work full time?</b>	
1) Yes	<input type="checkbox"/>
2) No	<input type="checkbox"/>

### C. Wellbeing

<b>C1 Energy and mental wellbeing:</b> For each of the following statements please state how far they apply to you. How often ...					
	Always	Often	Sometimes	Seldom	Never/hardly ever
1) ...do you feel physically exhausted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) ...do you feel emotionally exhausted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) ...do you feel worn out?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) ... does it occur that you come to work, even though you really feel unwell and sick?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) ... are you not able to stop thinking about work in your free time?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>C2 How often do the following statements apply to you?</b>					
	Always	Often	Sometimes	Seldom	Never/hardly ever
1) At my work, I am full of energy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) I am enthusiastic about my job.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) I am immersed in my work.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### D. Intradisciplinary and interdisciplinary collaboration

<b>D1</b> How do you see the <b>collaboration in your current nursing team on your ward / in your work area?</b> Please check the answer box that best describes how far you agree with each statement.
--

	Disagree	Somewhat disagree	Neutral	Somewhat agree	Agree
1) Members of this nursing team are able to bring up problems and tough issues.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) No one on this nursing team would deliberately act in a way that undermines my efforts.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) If you make a mistake on this nursing team, it is often held against you.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) It is safe to take a risk on this nursing team.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5) People on this nursing team sometimes reject others for being different.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) It is difficult to ask other members of this nursing team for help.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Working with members of this nursing team, my unique skills and talents are valued and utilized.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>D2 To what extent would you say that <u>your immediate superior</u>....</b>					
	To a very large extent	To a large extent	Some what	To a small extent	To a very small extent
1) ... makes sure that the members of staff have good development opportunities?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) ... gives high priority to job satisfaction?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) ... is good at work planning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) ... is good at solving conflicts?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>D3 The following questions relate to the working relationships between doctors and nurses <u>on your ward / in your work area</u>.</b>					
	Agree	Some what agree	Somewh at disagree	Disagree	
1) The working atmosphere between doctors and nursing staff is good and reflects mutual respect and helpfulness.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2) Doctors appreciate the observations and judgments of the nursing staff.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3) Doctors and nursing staff work closely together as a team.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4) Nursing staff are respected as professionals by the doctors.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5) Collaboration and exchange of views between doctors and nursing staff are good.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## E. Nursing organization

<b>E1 The following questions relate to the work organization and staff provision <u>on your ward / in your work area</u>.</b>				
	Agree	Somew hat agree	Somewh at disagree	Disagree
1) There are adequate support services allow me to spend time with my patients.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2) There is enough time and opportunity to discuss patient care problems with other nurses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) There are enough registered nurses to provide quality patient care.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) There is enough staff to get the work done	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## F. (Formal) qualifications and details of professional biography II

F1 What is your <u>highest</u> professional qualification <u>in nursing</u> ?	
1) No training certificate → <i>continue at F4</i>	<input type="checkbox"/>
2) Currently in training / studying → <i>continue at F4</i>	<input type="checkbox"/>
3) One to two years' professional training	<input type="checkbox"/>
4) Three years' professional training	<input type="checkbox"/>
5) Three years' professional training with further training	<input type="checkbox"/>
6) College / university degree (Bachelor, Master and above) → <i>Filter_F1a</i>	<input type="checkbox"/>
7) Other, namely .....	<input type="checkbox"/>
F2 What nursing training have you completed?	
1) Social assistant / ward assistant / care assistant → <i>Filter: vignette 4 only</i>	<input type="checkbox"/>
2) Elderly care aide/ nursing aide → <i>Filter: vignettes 2 and 4 only</i>	<input type="checkbox"/>
3) Geriatric nurse	<input type="checkbox"/>
4) Nurse / pediatric nurse (up to 2003)	<input type="checkbox"/>
5) Other, namely ..... → <i>Filter: no vignettes</i>	<input type="checkbox"/>
6) Academic nursing degree (primary qualification)	<input type="checkbox"/>
F3 Where did you do your nursing training / your nursing degree?	
Germany: <input type="checkbox"/>	Other country: <input type="checkbox"/> → <i>Filter_F3a</i> namely .....
Filter_F3a Has your nursing training / your nursing degree been recognized in Germany?	
1) Yes	<input type="checkbox"/>
2) No	<input type="checkbox"/>
3) The acceptance procedure is not complete → <i>Filter_F3b</i>	<input type="checkbox"/>
Filter_F3b How long has the acceptance procedure taken so far?	
1) 0 to 6 months	<input type="checkbox"/>

2) 7 to 12 months	<input type="checkbox"/>
3) 13 months or more	<input type="checkbox"/>
<b>F5 Are you in a management position (e.g. ward manager or area manager, director of nursing?)</b>	
1) Yes	<input type="checkbox"/>
2) No	<input type="checkbox"/>

## G. Professional wellbeing

<b>G1 How pleased are you with your job as a whole, everything taken into consideration?</b>										
Very satisfied	Satisfied	Neither/nor	Unsatisfied	Highly unsatisfied						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
<b>G2 In the past 12 months, how often have you thought about...</b>										
	Never	A few times a year	Some times a month	Some times a week	Each day					
1) ... giving up your profession?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
2) ... changing your job?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<b>G3 Your state of health:</b> If you evaluate the best conceivable state of health at 10 points and the worst at 0 points: How many points do you then give to your present state of health? Please select the corresponding number.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Worst conceivable state of health						Best conceivable state of health				

## H. Personal details

<b>H1 Which gender do you identify with?</b>	
Male	<input type="checkbox"/>
Female	<input type="checkbox"/>
Diverse	<input type="checkbox"/>
<b>H2 When were you born?</b> Year, e.g. 1980	
Year .....	
<b>H3 Which country were you born in?</b> Please name the country to which your place of birth belonged when you were born.	

Germany <input type="checkbox"/>	Other country: <input type="checkbox"/> namely ( <i>open-ended</i> ).....
<b>H4 What is (are) your nationality (nationalities)?</b> <i>Multiple answers possible</i>	
German: <input type="checkbox"/>	Other: <input type="checkbox"/> namely ( <i>open-ended</i> ).....
<b>H9 Which language(s) is/are your native language(s)?</b> <i>Multiple answers possible</i>	
1) German	<input type="checkbox"/>
2) Other language → <i>Filter_H9a</i> Namely ( <i>open-ended</i> ).....	<input type="checkbox"/>
<b>Filter_H9a If German is not your (only) native language, how do you estimate your command of German?</b>	
1) Very good	<input type="checkbox"/>
2) Good	<input type="checkbox"/>
3) Moderate	<input type="checkbox"/>
4) Poor	<input type="checkbox"/>
5) Very poor	<input type="checkbox"/>
<b>H10 Do you have a permanent partner?</b>	
1) Yes	<input type="checkbox"/>
2) No	<input type="checkbox"/>
<b>H11 Do you have children?</b>	
1) Yes → <i>Filter_H11a</i>	<input type="checkbox"/>
2) No	<input type="checkbox"/>
<b>Filter_H11a Are you a single parent?</b>	
1) Yes	<input type="checkbox"/>
2) No	<input type="checkbox"/>

## I. Vignettes (randomized: 2 case studies, 3 vignettes each)

In the following part of the questionnaire we present brief case studies from everyday nursing work. In each of these case studies, you are working with different colleagues. Please read each case study and imagine yourself in each situation. Each case study is followed by questions about your attitude or behavior in the situation described. Please answer these questions in the categories provided. You can

switch between the case studies at any time and you can alter your answers if you wish, using the buttons under the case study. Please do not use the “back” field in your browser window.

## J. Personal details II

Thank you for your participation and support so far! Have you got another minute? If so, please answer seven more questions.

<b>X1 When did you start work in your present employment?</b>	
<i>Year, e.g. 2018</i>	
Year.....	
<b>X2 Do you have a fixed-term employment contract?</b>	
1) Yes	<input type="checkbox"/>
2) No	<input type="checkbox"/>
<b>X3 How many hours' overtime do you do on average in one week?</b>	
<i>Open-ended (number; value range: 0 - 50)</i>	
<b>X4 Have you already worked in a <u>nursing profession</u> in a country other than Germany?</b>	
1) Yes	<input type="checkbox"/>
2) No	<input type="checkbox"/>
<b>X5 People belong to different ethnic and cultural groups. What about you? How would you describe the ethnic and cultural group you belong to?</b>	
<i>Open-ended (text)</i>	
<b>X6 Regardless of which group you belong to, other people may sometimes perceive you as a member of a certain (other) group. Which ethnic or cultural group do other people often classify you as belonging to?</b>	
<i>Open-ended (text)</i>	
<b>X7 How many people are so close to you that you can depend on them when you have serious personal problems?</b>	
1) None	<input type="checkbox"/>
2) 1 to 2	<input type="checkbox"/>
3) 3 to 5	<input type="checkbox"/>
4) 6 or more	<input type="checkbox"/>

*Do you have any final suggestions or comments you would like to share with us? We are very much looking forward to your feedback!*

*Thank you very much for your participation!*

*You can now close the browser window.*

Anlage 10: Übersicht über die in der Online-Befragung eingesetzten standardisierten Fragebogeninstrumente mit mehr als einem Item

Kategorie	Fragebogen	Skala	Anzahl Items	Beschreibung
Psychosoziale Arbeitsbedingungen	PsySafety-Check (PS-C)	Psychologische Sicherheit	7	Subjektiv empfundene Möglichkeiten zur offenen Kommunikation von Problemen und Fehlern im Team sowie die Hilfsbereitschaft, Entfaltung persönlicher Stärken und die erfahrene Akzeptanz durch Teammitglieder
	Practice Environment Scale of the Nurse Work Environment Index (revised) (PES-NWI-R)	Interprofessionelle Zusammenarbeit mit Ärzt*innen	5	Subjektiv eingeschätzter gegenseitiger Respekt, die Hilfsbereitschaft und fachliche Wertschätzung durch ärztliches Personal sowie die allgemeine Zusammenarbeit und der Austausch mit Ärzt:innen
	Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ)	Führungsqualität	4	Subjektiv eingeschätzte Fähigkeiten zur guten Arbeitsplanung und Konfliktlösung sowie der Schaffung von Entwicklungsmöglichkeiten für Mitarbeitende durch unmittelbare Führungskräfte
	Practice Environment Scale of the nurse work environment index (revised) (PES-NWI-R)	Personelle Ressourcen	4	Subjektiv eingeschätzte Ausstattung mit pflegerischen Fach- und Hilfskräften sowie die zur Verfügung stehenden zeitlichen Ressourcen für eine qualitativ gute Pflegearbeit im Alltag
Arbeitsbeanspruchungen	Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ)	Arbeitsengagement	3	Subjektiv empfundene Energie, Begeisterung und Absorption bei der Arbeit
		Burnout-Symptome	3	Subjektiv empfundene körperliche und emotionale Erschöpfung