

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen

Fachbereich Gesundheitswesen

BACHELOR-Thesis zur Erlangung des Grades

Bachelor of Science

im Studiengang Pflegemanagement

**Die Rekrutierung und Einarbeitung ausländischer Pflegekräfte
als beitragender Faktor für die Patientensicherheit im Krankenhaus**

**Eine systematische Quellenrecherche, englisch- und deutschsprachiger
Quellen aus dem Zeitraum 2015 bis 2025**

vorgelegt von:

Christina Fröhmelt

am 22. Mai 2025

Erstprüfer: Herr Prof. Dr. med. Andreas Becker

Zweitprüfer: Herr Severin Federhen

Abstract

Hintergrund

Der anhaltende Pflegenotstand und die demografische Entwicklung stellen zentrale Herausforderungen für das deutsche Gesundheitssystem dar. Als Reaktion setzen Krankenhäuser zunehmend auf die Rekrutierung internationaler Pflegekräfte. Deren Integration ist jedoch mit erheblichen Hürden verbunden: Anerkennungsprozesse, Sprachbarrieren, kulturelle Unterschiede und Differenzen im pflegerischen Selbstverständnis beeinflussen die interprofessionelle Zusammenarbeit und gefährden potenziell die Patientensicherheit – die seit 2022 das zehnte beschriebene nationale Gesundheitsziel darstellt. Daher müssen Rekrutierung und Einarbeitung internationaler Pflegekräfte unter dem Aspekt der beitragenden Faktoren der Patientensicherheit systematisch betrachtet werden.

Ziel und Fragestellung

Ziel dieser Arbeit ist es, auf Basis einer systematischen Quellenrecherche zu untersuchen, ob die Rekrutierung und Einarbeitung ausländischer Pflegekräfte einen beitragenden Faktor zur Patientensicherheit im Krankenhaus darstellen. Die gewonnenen Erkenntnisse sollen eine evidenzbasierte Grundlage für Handlungsempfehlungen bieten, die eine gezielte Integration ausländischer Pflegekräfte in das deutsche Gesundheitssystem unter besonderer Berücksichtigung der Patientensicherheit ermöglichen.

Methodik

Eine systematische Quellenrecherche mit definierten Einschlusskriterien wurde für den Zeitraum 2015–2025 in den Datenbanken MEDLINE/PubMed, Cochrane und LIVIVO durchgeführt. Eingeschlossene Studien wurden nach ihrem Evidenzniveau sowie unter Anwendung der SRQR- und STROBE-Kriterien bewertet. Berücksichtigt wurden deutsch- und englischsprachige Quellen.

Ergebnisse

Die Analyse zeigt, dass die Rekrutierung und Einarbeitung ausländischer Pflegekräfte einen beitragenden Faktor darstellen und somit einen wesentlichen Einfluss auf die Patientensicherheit haben. Besonders häufig wurden dabei Einflussnahmen in den

Bereichen der individuellen Faktoren (98,4 %), Patientenfaktoren (75 %), Teamfaktoren (70,83 %) sowie Arbeitsauftragsfaktoren (62,5 %) benannt. Organisationale, administrative und kulturelle Faktoren (32,8 %), institutionelle Kontextfaktoren (31,25 %), Arbeitsumfeldfaktoren (18,75 %) sowie Faktoren im Bereich elektronischer Informationssysteme (12,5 %) wurden ebenfalls identifiziert.

Diskussion

Die Rekrutierung und Einarbeitung internationaler Pflegekräfte betrifft alle beitragenden Faktorengruppen und wirkt sich auf verschiedene Ebenen der Krankenhäuser sowie des Gesundheitssystems aus. Die daraus entstehenden Herausforderungen ergeben sich sowohl durch aktive Fehler als auch durch latente Bedingungen. Mithilfe der Theorie des geplanten Verhaltens und systemischer Analysen lassen sich diese Faktoren gezielt betrachten und Lösungsansätze entwickeln. Insbesondere eine strukturierte Integration sowie kontinuierliche Unterstützung sind erforderlich, um die Patientensicherheit langfristig zu gewährleisten.

Schlussfolgerung

Die Ergebnisse belegen, dass die Rekrutierung und Einarbeitung ausländischer Pflegekräfte einen beitragenden Faktor der Patientensicherheit darstellen.

Um eine nachhaltige Rekrutierung und Einarbeitung internationaler Pflegekräfte zu gewährleisten, bedarf es umfassender, systemisch verankerter Strategien, die über einzelne Maßnahmen hinausgehen. Eine erfolgreiche Integration erfordert transparente und kultursensible Rekrutierungsprozesse, sprachliche und fachliche Vorbereitung, strukturierte Einarbeitung sowie gezielte psychosoziale Unterstützung. Ebenso zentral sind die aktive Einbindung und interkulturelle Schulung der bestehenden Pflegeteams. Verlässliche Anerkennungsverfahren, familienfreundliche Strukturen und verbindliche Qualitätsstandards stärken nicht nur die berufliche Integration, sondern auch die Patientensicherheit im Krankenhaus.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	I
Danksagung	I
Genderhinweis	II
Abbildungsverzeichnis	III
Tabellenverzeichnis	V
Abkürzungsverzeichnis	VII
1 Einleitung	1
2 Zielsetzung	4
2.1 Definition der Forschungsfrage.....	4
2.2 PICO-Schema	4
3 Struktur der Arbeit	5
4 Grundlagen	6
4.1 Einführung Grundlagen.....	6
4.2 Patientensicherheit	6
4.3 Definitionen.....	7
4.3.1 Unerwünschte Ereignisse	7
4.3.2 Kritische Ereignisse.....	7
4.3.3 Unsichere Handlungen.....	8
4.3.4 Beinahe-Schaden.....	9

4.4	Personenzentrierte Betrachtungsweise	9
4.5	Systemische Betrachtungsweise	9
4.5.1	Allgemeines	9
4.5.2	Beitragende Faktoren nach C. Vincent	11
4.6	Theorie des geplanten Verhaltens	15
4.7	Pflegenotstand.....	18
4.7.1	Allgemeines	18
4.7.2	Ursachen.....	18
4.7.3	Potenzielle Auswirkungen	19
4.8	Ausländische Pflegekräfte	20
4.8.1	Rekrutierung	21
4.8.2	Unterschiedliche Stufen der Sprachkompetenz	22
4.8.3	Einarbeitung.....	24
4.9	Pflegeverständnis in Deutschland	26
5	Methodik.....	27
5.1	Allgemeines	27
5.2	Beschreibung.....	27
5.3	Verwendete Suchbegriffe für die Datenbankrecherche	30
5.4	Beschreibung der verwendeten Datenbanken.....	30
5.4.1	Pubmed/MEDLINE.....	30
5.4.2	Cochrane	30
5.4.3	LIVIVO	31
5.4.4	CINAHL / EBSCO	31

5.5	Studienbewertung.....	31
5.6	Bewertung der Evidenz.....	34
6	Ergebnisse der Quellenrecherche.....	36
6.1	Darstellung der Recherche	36
6.2	Suchverläufe der Datenbankrecherchen	36
6.3	Flussdiagramm	38
6.4	Ergebnisse der Datenbankrecherchen	39
6.5	Ergebnismatrix.....	71
6.6	Zwischenfazit.....	80
7	Diskussion	85
8	Empfehlungen.....	96
9	Stärken und Limitationen.....	101
10	Zusammenfassung.....	103
11	Quellenverzeichnis	107
11.1	Allgemeine Quellen.....	107
11.2	Eingeschlossene Quellen	113
11.3	Ausgeschlossene Quellen	115
12	Anhang	118

Vorwort

Die vorliegende Arbeit entstand im Rahmen meines Studiums des Pflegemanagements an der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen in Köln.

Der Titel dieser Arbeit „**Die Rekrutierung und Einarbeitung ausländischer Pflegekräfte als beitragender Faktor für Patientensicherheit im Krankenhaus**“ wurde gewählt, da das Thema weiterhin sehr aktuell ist und eine hohe Relevanz für das Gesundheitssystem besitzt, jedoch weiterer Untersuchungen bedarf. Während meiner langjährigen Tätigkeit als stellvertretende Teamleitung einer großen chirurgischen Abteilung sind mir die Herausforderungen bei der Rekrutierung und Einarbeitung ausländischer Pflegekräfte sehr deutlich geworden. Das Management, die interdisziplinäre Zusammenarbeit und die Beachtung der Patientensicherheit sind unerlässlich, um Patientinnen und Patienten optimal zu versorgen und ihre Sicherheit zu gewährleisten.

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen bedanken, die mich während der Anfertigung dieser Bachelorarbeit unterstützt haben.

Mein besonderer Dank gilt meinem Betreuer, Herrn Prof. Dr. med. Andreas Becker, der mir mit seiner fachlichen Expertise, seinem konstruktiven Feedback und sehr großer Geduld stets eine wertvolle Unterstützung war.

Ein großes Dankeschön geht auch an meine Kommilitoninnen und Kommilitonen – für den offenen Austausch, aufmunternde Gespräche und dafür, dass immer jemand ein offenes Ohr hatte, zu jeder Zeit in den stressigen Phasen.

Ebenso möchte ich meinem Arbeitgeber meinen herzlichen Dank aussprechen. Die Unterstützung, die mir im Rahmen meines Studiums entgegengebracht wurde, war für mich von unschätzbarem Wert. Besonders danke ich meinem gesamten pflegerischen Team – für das Verständnis, die ermutigenden Worte, die gelebte Kollegialität und den Rückhalt, den ich während dieser intensiven Zeit erfahren durfte.

Der größte Dank gilt meiner Familie. Ohne ihre beständige Unterstützung, ihr Verständnis und ihren Rückhalt – sowohl emotional als auch praktisch – wäre diese Arbeit in dieser Form nicht möglich gewesen. Sie haben mir in jeder Phase des Studiums den Rücken gestärkt, wofür ich zutiefst dankbar bin.

Genderhinweis

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die Verwendung geschlechtsspezifischer Sprachformen verzichtet. Die verwendeten Personenbezeichnungen gelten im Sinne des generischen Maskulinums für alle Geschlechter.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 4-1: „Modell der Unfallentstehung nach James Reason (Mod. nach Reason 1990)“ (St. Pierre & Hofinger, 2020), eigene Darstellung durch (OpenAI, o.D.) nach St. Pierre und Hofinger (2020)	10
Abbildung 4-2: Erweiterung des Organisational Accident Causation Model (Modell der organisationalen Fehlerentstehung) nach James Reason (Vincent, 2001), aus (Vincent et al., 2024)	11
Abbildung 4-3: Rahmenkonzept der beitragenden Faktoren (Vincent et al., 1998) aus (Vincent et al., 2024, S. 16)	13
Abbildung 5-1: Suchergebnisse PubMed/ MEDLINE, nach Jahren unter Verwendung des finalen Suchstrings, eigene Darstellung	28
Abbildung 6-1: Flussdiagramm der Quellenrecherche, eigene Darstellung	38
Abbildung 7-1: Ishikawa Diagramm der beitragenden Faktoren der Patientensicherheit, eigene Darstellung	95
Abbildung 12-1: Teil 1, Prompt, Suchbegriffanfrage ChatGPT (OpenAI, o.D.), 05.03.2025	118
Abbildung 12-2: Teil 2, Prompt, Suchbegriffanfrage ChatGPT (OpenAI, o.D.), 05.03.2025	118
Abbildung 12-3: Emailkontakt mit der Stiftung Patientensicherheit Schweiz, Bitte um Erlaubnis, 30.03.2025	119

Abbildung 12-4: Emailkontakt mit der Stiftung Patientensicherheit Schweiz, Antwort
und Erteilung der Erlaubnis, 31.03.2025 119

Abbildung 12-5: Prompt, Grafikanfrage ChatGPT (OpenAI, o.D.), 25.04.2025 121

Tabellenverzeichnis

Tabelle 5-1: Ausschlusskriterien bei der Volltextsichtung, eigene Darstellung	29
Tabelle 5-2: Verwendete Suchbegriffe für die Datenbankrecherche, eigene Darstellung	30
Tabelle 5-3: Die 21 SRQR-Komponenten in deutscher Übersetzung (nach O'Brien et al., 2014), eigene Darstellung.....	32
Tabelle 5-4: Zusammenfassung des STROBE-Statement (Elm et al., 2008), eigene Darstellung	34
Tabelle 6-1: Darstellung der Recherche in Cochrane Library, eigene Darstellung	36
Tabelle 6-2: Darstellung der Recherche in der Datenbank PubMed/MEDLINE, eigene Darstellung	37
Tabelle 6-3: Darstellung der Recherche im Suchportal LIVIVO, eigene Darstellung.	37
Tabelle 6-4: Teil 1, Evidenzlevel und Bewertung der eingeschlossenen Quellen, eigene Darstellung	74
Tabelle 6-5: Teil 2, Evidenzlevel und Bewertung der eingeschlossenen Quellen, eigene Darstellung	75
Tabelle 6-6: Teil 1, Genannte beitragende Faktoren in den eingeschlossenen Quellen, eigene Darstellung	76
Tabelle 6-7: Teil 2, Genannte beitragende Faktoren in den eingeschlossenen Quellen, eigene Darstellung	77

Tabelle 6-8: Teil 3, Genannte beitragende Faktoren in den eingeschlossenen Quellen, eigene Darstellung	78
Tabelle 6-9: Teil 4, Genannte beitragende Faktoren in den eingeschlossenen Quellen, eigene Darstellung	79
Tabelle 12-1: Anwendung der Ausschlusskriterien an den Volltexten, eigene Darstellung	120

Abkürzungsverzeichnis

A	Ausschlusskriterium
AGG	Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz
AHA	American Hospital Association
ANMAC	Australian Nursing and Midwifery Accreditation Council
BA	Bundesagentur für Arbeit
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
DKF	Deutsches Kompetenzzentrum für internationale Fachkräfte in den Gesundheits- und Pflegeberufen
DKI	Deutsches Krankenhausinstitut
EBM	Evidenzbasierte Medizin
EBSCO	Elton B. Stephens Company
EQUATOR	Enhancing the QUALity and Transparency Of health Rese- arch
EU	Europäische Union
EWR	Europäischer Wirtschaftsraum
FEN(s)	Foreign educated nurse(s)
FIEN(s)	Filipino internationally educated nurse(s)
GER	Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmen für Sprachen
GIZ	Deutsche Gesellschaft für internationale Zusammenarbeit
GQMG	Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheits- versorgung
HCAHPS	Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems
IEN(s)	Internationally educated nurse(s)
IQN(s)	Internationally qualified nurse(s)
IRNN(s)	Internationally recruited neonatal nurse(s)
k.A.	Keine Angaben
k.Ab.	Kein Abstract
KDA	Kuratorium Deutsche Altershilfe
LoE	Level of Evidence
LPN(s)	Licensed practical nurse(s)

m.B.	Möglicher Bias
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MeSH	Medical Subject Headlings
NHS	National Health Service
NIH	(U.S.) National Institutes of Health
NLM	National Library of Medicine
NMC	Nursing and Midwifery Council
NNITEP	NurseNow International Transitional Education Program
ONP	Overseas Nurses Program
OQN(s)	Overseas qualified nurse(s)
RN(s)	Registered nurse(s)
SIC	<i>Sic erat scriptum</i> , so stand es geschrieben
SRQR	Standards for Reporting Qualitative Research
STROBE	Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology
TPB	Theory of Planned Behavior, Theorie des geplanten Verhaltens
vgl	vergleiche
VPN	Virtual Privat Network
WHO	World Health Organization, Weltgesundheitsorganisation
ZAV	Zentrale Auslands- und Fachvermittlung
ZB MED	Zentrum für Bibliotheks- und Informationswissenschaften in den Lebenswissenschaften

1 Einleitung

Der Pflegenotstand in deutschen Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen wird sich in den nächsten Jahren weiter verschärfen. Diese Tatsache und die zunehmende Alterung der Gesellschaft stellen eine der größten Herausforderungen für das Gesundheitswesen in Deutschland dar. Bis zum Jahr 2049 werden mehr als zwei Millionen Pflegekräfte benötigt, die erwartete Zahl der Pflegekräfte wird jedoch zwischen 280.000 und 690.000 unter dem prognostizierten Bedarf liegen. Dies geht aus Daten des Statistischen Bundesamtes hervor. (Statistisches Bundesamt, 2024)

Dem gegenüber steht die Patientensicherheit, einer der zentralen Aspekte der Gesundheitsversorgung. Sie umfasst insbesondere die Vermeidung von Schäden und Risiken für Patienten während ihrer Behandlung. Seit 2022 ist sie als zehntes nationales Gesundheitsziel beschrieben. (Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V., 2022)

„Das Gesundheitsziel Patientensicherheit macht deutlich, dass es gilt, eine Patientensicherheitskultur sowie Patientensicherheitskompetenz auf allen Ebenen des Gesundheitswesens aktiv zu fördern und auszubauen.“ (Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V., 2022, S. 10).

Angesichts des dringenden Bedarfs von qualifiziertem Pflegefachpersonal, greifen deutsche Gesundheitseinrichtungen vermehrt auf die Rekrutierung internationaler Pflegekräfte zurück, um die erforderliche Kompetenz der Patientensicherheit sowie Qualität und Kontinuität der pflegerischen Versorgung sicherzustellen. Studien des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) zeigen, dass nahezu jedes Krankenhaus in Deutschland in den letzten Jahren internationale Pflegekräfte beschäftigt hat und auch künftig auf deren Mitarbeit angewiesen sein wird. (DKI, 2025)

Auch ein Positionspapier des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe (DBfK) betont die Notwendigkeit an qualifiziertem Pflegepersonal, denn ein Mangel erhöht die Arbeitsbelastung und verschlechtert die Arbeitsbedingungen, wodurch das Risiko für unsichere Handlungen und unerwünschte Ereignisse (vgl. Kapitel 4.3.) in der Patientensicherheit und der Patientenversorgung steigt. Eine ausreichende qualifizierte Personalausstattung ist somit essenziell. (DBfK, 2018)

Die Rekrutierung und die darauffolgende Einarbeitung ausländischer Pflegekräfte sind jedoch mit vielfältigen Herausforderungen verbunden. Pflegekräfte, die in Deutschland arbeiten möchten, brauchen eine staatliche Zulassung. Der ausländische Abschluss

muss anerkannt werden – durch Gleichwertigkeitsprüfung, Kenntnisprüfung oder Anpassungslehrgang. Zudem sind ausreichende Deutschkenntnisse, Sprachniveau B1 bis B2, ein ärztliches Attest zur gesundheitlichen Eignung und ein Nachweis der Straffreiheit erforderlich. (BMWK, 2024)

Laut der deutschen Gesellschaft für internationale Zusammenarbeit (GIZ) werden die Pflegekräfte in ihrem Herkunftsland umfassend auf ihren Einsatz vorbereitet – etwa durch Orientierungstage zum Leben in Deutschland – jedoch stellt die tatsächliche kulturelle Anpassung nach ihrer Ankunft eine große Herausforderung dar (GIZ, 2025). Oftmals erleben die Pflegekräfte einen Kulturschock und Akkulturationsstress, was die Integration in neue Arbeitskulturen erheblich erschwert (Peppler, 2024).

Ein weiterer entscheidender Aspekt, der bei der Rekrutierung internationaler Pflegekräfte bedacht werden muss, sind deren individuelle Motivationen und Erwartungen. Die Beweggründe für eine berufliche Migration reichen von persönlichen Karrierezielen bis hin zu wirtschaftlichen Notwendigkeiten. Weichen Erwartungen und Realität stark voneinander ab, kann dies die Integration erheblich erschweren. (Peppler, 2024)

Neben der Rekrutierung ist eine gezielte, systematische und individuell angepasste Einarbeitung essenziell, um Herausforderungen wie Sprachbarrieren, kulturelle Unterschiede, Integrationsaspekte und Qualifikationsunterschiede zu bewältigen. Gleichzeitig ist sicherzustellen, dass internationales Pflegepersonal die institutionellen Anforderungen und Aufgaben in deutschen Krankenhäusern erfüllen kann. (Bundesministerium für Gesundheit, 2024; Glaser, 2024)

Internationale Pflegekräfte stehen in Deutschland oft vor einer Diskrepanz zwischen ihrem professionellen Selbstverständnis aus dem Herkunftsland und den tatsächlichen Pflegeaufgaben, die sie hier übernehmen müssen. Während sie in vielen Ländern vor allem für behandlungspflegerische und medizinische Tätigkeiten zuständig sind, umfasst ihr Berufsbild in Deutschland zusätzlich grundpflegerische Aufgaben und die Krankenbeobachtung. Diese Abweichung führt häufig zu Verunsicherung, Frustration und einem Gefühl der Dequalifizierung. Ihr akademisches Wissen wird von etablierten Pflegekräften oft nicht anerkannt, sondern als praxisfern oder überheblich abgetan, wodurch ihre fachliche Expertise häufig ungenutzt bleibt. (Peppler, 2024; Pütz et al., 2019)

Neben diesen strukturellen Unterschieden erschweren auch variierende Ausbildungsstandards und -inhalte die Eingewöhnung in das deutsche Gesundheitssystem. Internationale Pflegekräfte müssen sich mit neuen Pflegemodellen und -techniken vertraut machen, um sicher im Berufsalltag agieren zu können – ein Prozess, der sich direkt auf die Pflegequalität auswirkt. (Jung & Voss, 2019)

Gleichzeitig stellen Sprachbarrieren und kulturelle Unterschiede eine große Herausforderung dar, da sie die Teamkommunikation, interdisziplinäre Zusammenarbeit und die Patientenbetreuung beeinflussen. Besonders in der Patientenkommunikation sind hohe sprachliche und interkulturelle Kompetenzen erforderlich, um auf die Bedürfnisse der Patienten angemessen einzugehen. (Glaser, 2024; Köhler, 2023; Lücke, 2019)

Nach Einschätzung der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung (GQMG) sollte ein Sprachniveau von C1 Voraussetzung für die Berufsanerkennung und eine verantwortungsvolle Pfl egetätigkeit sein, um die Patientensicherheit zu gewährleisten. Sprachkompetenz geht über den bloßen Nachweis eines Sprachzertifikats hinaus und erfordert zudem kontinuierliche Unterstützung, um eine erfolgreiche Integration in den Berufsalltag zu ermöglichen. (GQMG, 2020)

Alle diese beispielhaft genannten Herausforderungen spiegeln sich gemäß dem London-Protokoll von Vincent et al. in den beitragenden Faktoren der Patientensicherheit wider, die entscheidend sind, um die Sicherheit der Patienten zu gewährleisten. Dazu zählen unter anderem individuelle Personalfaktoren, die Kenntnisse, sprachliche und fachliche Fähigkeiten und Einstellungen der Mitarbeitenden umfassen, Teamfaktoren, die die Qualität der Kommunikation und Zusammenarbeit betreffen, sowie Arbeitsumgebungsfaktoren, die die Bedingungen und verfügbaren Ressourcen am Arbeitsplatz widerspiegeln. (Vincent et al., 2024)

Die Sicherstellung der Patientensicherheit erfordert eine fundierte und systematische Rekrutierung sowie Einarbeitung ausländischer Pflegekräfte. Dabei ist es essenziell, potenzielle Herausforderungen, maßgebliche Einflussfaktoren und erforderliche Unterstützungsmaßnahmen gezielt zu analysieren und zu berücksichtigen, um eine nachhaltige Integration in das Gesundheitssystem zu gewährleisten.

2 Zielsetzung

Ziel dieser Arbeit ist es, die Rekrutierung und Einarbeitung ausländischer Pflegekräfte als beitragenden Faktor für die Patientensicherheit innerhalb des Krankenhauses zu identifizieren. Dies erfolgt durch eine systematische Quellenrecherche. Die Ergebnisse dieser Arbeit dienen als fundierte Basis für Empfehlungen, um die Integration internationaler Pflegekräfte in das deutsche Gesundheitssystem gezielt zu verbessern – unter Gewährleistung der Patientensicherheit.

2.1 Definition der Forschungsfrage

Eine klar definierte Forschungsfrage ist entscheidend für die Quellenrecherche, da sie den Forschungsprozess lenkt und den Umfang sowie die Relevanz der Quellen bestimmt (Universität Basel).

Die Definition der Fragestellung erfolgt unter Berücksichtigung verschiedener Aspekte, die sich in der Anwendung des PICO-Schemas widerspiegeln.

2.2 PICO-Schema

„Das PICO-Format dient dazu, klinische Fragen so zu stellen, dass sie möglichst mit Ja oder Nein beantwortet werden können. Hierbei stehen die Buchstaben P für Patient/Patientin, I für Intervention, C für Comparison (Kontrollintervention) und O für Outcome (Zielkriterium).“ (Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V., 2025).

P kann jedoch auch für Population oder Problem stehen, da nicht alle Fragestellungen, die im PICO-Schema formuliert werden, zwingend Patienten betreffen müssen.

- | | |
|---|---|
| P | Ausländische Pflegekräfte in Krankenhäusern |
| I | Rekrutierung und Einarbeitung dieser Pflegekräfte |
| C | <i>nicht erforderlich, da kein Vergleich gezogen wird</i> |
| O | Beitrag zur Patientensicherheit im Krankenhaus |

Die verschiedenen Aspekte führen zu der folgenden präzisierten Fragestellung:

Stellen die Rekrutierung und Einarbeitung internationaler Pflegekräfte einen beitragenden Faktor für die Patientensicherheit im Krankenhaus dar?

3 Struktur der Arbeit

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in mehrere Kapitel und untersucht die Rekrutierung sowie Einarbeitung ausländischer Pflegekräfte als Einflussfaktor auf die Patientensicherheit im Krankenhaus.

Den Auftakt bilden das Vorwort, ein Genderhinweis zur besseren Lesbarkeit sowie das Abbildungs-, Tabellen- und Abkürzungsverzeichnis.

Der erste Abschnitt dieser Bachelorarbeit umfasst die Einleitung (Kapitel 1) und die Zielsetzung (Kapitel 2). In Kapitel 4 werden die Grundlagen der Patientensicherheit sowie zentrale Begriffe und Hintergrundinformationen erläutert, um eine fundierte Basis für die weitere Arbeit zu schaffen.

Kapitel 5 beschreibt die Methodik der systematischen Recherche und deren Ablauf. Die Ergebnisse dieser Recherche werden in Kapitel 6 dargestellt und die ausgewählten Quellen näher erläutert. Daran anschließend folgt in Kapitel 7 eine kritische Diskussion der gewonnenen Erkenntnisse.

Auf Grundlage dieser Diskussion werden in Kapitel 8 Empfehlungen zur Berücksichtigung der Rekrutierung und Einarbeitung ausländischer Pflegekräfte im Kontext der Patientensicherheit formuliert. Kapitel 9 reflektiert die Stärken und Limitation der Arbeit. Eine Zusammenfassung der zentralen Inhalte findet sich in Kapitel 10.

Im Anschluss folgt das Quellenverzeichnis, das in allgemeine Quellen sowie eingeschlossene und ausgeschlossene Quellen der systematischen Recherche unterteilt ist. Den Abschluss der Arbeit bilden der Anhang..

4 Grundlagen

4.1 Einführung Grundlagen

In diesem Kapitel werden zentrale Begriffe und Inhalte beschrieben, die für das Verständnis der nachfolgenden Kapitel relevant sind.

4.2 Patientensicherheit

Es gibt bis heute keine einheitliche Definition für Patientensicherheit, teilweise finden sich in der Literatur sogar widersprechende Formulierungen und Konzepte.

„Patientensicherheit als Abwesenheit unerwünschter Ereignisse...“ (Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., 2014, S. 13).

Diese Formulierung beschreibt traditionelle Sicherheitsbestrebungen, ist jedoch nicht umfassend genug, um die Bedeutung der Patientensicherheit widerzuspiegeln.

„Die Vermeidung, Prävention und Verbesserung von unerwünschten Ergebnissen oder Schädigungen, die sich aus dem Behandlungsprozess ergeben.“ (Vincent, 2012, S. 13).

Diese Definition beinhaltet nicht nur den Wunsch, ein unerwünschtes Ereignis (vgl. Kapitel 4.3.2.) zu vermeiden, sondern auch die Möglichkeit, dass unerwünschte Ereignisse dennoch auftreten können. Es geht darum, Fehler und Risiken in der medizinischen Versorgung wahrzunehmen, zu vermeiden und eine Sicherheitskultur zu etablieren, in der offen über Zwischenfälle gesprochen und aus ihnen gelernt wird.

„Safety is something a system does, not something a system has.“ (Woods et al., 2006).

Das Zitat verdeutlicht, dass ein Unternehmen, beispielsweise ein Krankenhaus, aktiv werden muss, um Patientensicherheit gewährleisten zu können.

4.3 Definitionen

Um die Tiefe des Themas Patientensicherheit einordnen zu können, sind die nachfolgenden Definitionen grundlegend.

4.3.1 Unerwünschte Ereignisse

Ein unerwünschtes Ereignis ist *„[e]ine unbeabsichtigte Schädigung, die sich eher auf die medizinische Behandlung als auf den Krankheitsprozess zurückführen lässt und so gravierend ist, dass sie eine Verlängerung des Spitalaufenthalts oder im Zeitpunkt des Austritts für den Patienten eine vorübergehende oder bleibende Beeinträchtigung oder Behinderung oder beides zur Folge hat.“* (Vincent, 2012, S. 19).

Diese Ereignisse können in verschiedene Kategorien unterteilt werden: unbeabsichtigte unerwünschte Ereignisse, Schäden, vermeidbare sowie unvermeidbare unerwünschte Ereignisse.

Unbeabsichtigte unerwünschte Ereignisse sind nicht mit absichtlich herbeigeführten oder medizinisch notwendigen Schädigungen – etwa im Rahmen eines operativen Eingriffs – gleichzusetzen. Die daraus resultierenden Schäden können jedoch in ihrer Schwere variieren und reichen von dem in der Definition benannten verlängerten Krankenhausaufenthalt, über zusätzliche diagnostische oder therapeutische Maßnahmen, bis hin zu tödlichen Verläufen.

Ein vermeidbares unerwünschtes Ereignis zeichnet sich dadurch aus, dass es durch geeignete Maßnahmen hätte verhindert werden können. Im Gegensatz dazu beschreibt ein unvermeidbares unerwünschtes Ereignis eine medizinische Intervention mit einer bekannten, aber unvermeidlichen Nebenwirkung, die trotz des unerwünschten Effekts notwendig ist. (Vincent, 2012)

4.3.2 Kritische Ereignisse

Ein kritisches Ereignis könnte entweder unmittelbar zu einem unerwünschten Ereignis führen oder dessen Eintrittswahrscheinlichkeit bedeutsam erhöhen. Um solchen Situationen entgegenzuwirken, sind gezielte und bewusste Maßnahmen erforderlich. Darüber hinaus ist es essenziell, technische, soziale sowie fachliche Schutzmechanismen zu etablieren, um das Risiko des Auftretens eines kritischen Ereignisses wirksam zu minimieren. (Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., 2014)

4.3.3 Unsichere Handlungen

Im deutschen Sprach- und Kulturraum wird der Begriff ‚Fehler‘ häufig mit Schuld assoziiert. Aus diesem Grund hat sich in der Literatur zur Patientensicherheit der Ausdruck ‚unsichere Handlung‘ als übergeordneter Begriff etabliert.

In Anlehnung nach Senders & Moray (1991) ist eine unsichere Handlung ist eine Tätigkeit, die „...von einem Regelwerk [...] nicht gewünscht wurde; die Aufgabe oder das System außerhalb der annehmbaren Grenzen geführt hat; von der handelnden Person nicht beabsichtigt wurde.“ (Vincent, 2012, S. 26).

Unsichere Handlungen betreffen sowohl begangene Handlungen als auch unterlassene Handlungen.

Nach Reason (2000) können unsichere Handlungen in drei unterschiedliche Perspektiven untergliedert werden.

In der ersten Perspektive wird betrachtet, ob eine Handlung absichtlich oder unabsichtlich erfolgt. Ist die unsichere Handlung unabsichtlich, spricht man von einem Fehler. Erfolgt sie absichtlich, handelt es sich um einen Verstoß, der gegebenenfalls strafrechtliche Folgen nach sich zieht. Dabei ist zu beachten, dass es nur die Handlungsabsicht ist, die als absichtlich betrachtet wird – nicht jedoch die Folgen der Handlung. Die zweite Perspektive bezieht sich auf die Handlungsebene, die in die zwei Bereiche Planung und Ausführung unterteilt wird. Fehler auf der Planungsebene können wissensbasiert oder regelbasiert sein. Regelbasierte Fehler entstehen, wenn falsche Regeln auf eine Situation angewendet werden, während wissensbasierte Fehler aus einem Mangel an notwendigem Wissen oder Fachkenntnissen resultieren.

Fehler auf der Ausführungsebene lassen sich in Aufmerksamkeits- und Gedächtnisfehler unterteilen. Aufmerksamkeitsfehler entstehen, wenn eine Handlung von der geplanten Reihenfolge abweicht, insbesondere bei automatisierten Tätigkeiten. Gedächtnisfehler treten auf, wenn sich der Handelnde nicht an Teile des Arbeitsablaufs erinnern kann. Eine Differenzierung der Handlungsebene ist für die Kategorisierung eines Verstoßes jedoch nicht notwendig. (St. Pierre & Hofinger, 2020, S. 39–45)

Nach Reason ist eine weitere Perspektive zu betrachten, „...um zu verstehen, wie Menschen zu Zwischenfällen und kritischen Situationen beitragen: Fehler, die die Sicherheit des Patienten gefährden, können aktiv von der Person begangen werden, die den Patienten in einer konkreten Situation behandelt. Sie können aber auch das Resultat

von Entscheidungen sein, die vollkommen losgelöst von der konkreten Situation getroffen wurden.“ (St. Pierre & Hofinger, 2020, S. 45).

Bei der Analyse menschlicher Einflussfaktoren auf Zwischenfälle wird zwischen aktiven und latenten Fehlern unterschieden. Aktive Fehler entstehen durch direkte Handlungen oder Unterlassungen, etwa durch medizinisches Fachpersonal, und haben oft unmittelbare Auswirkungen. Latente Fehler sind tief im System verankerte Schwächen, die aktive Fehler begünstigen und deren Folgen verstärken können. (St. Pierre & Hofinger, 2020, S. 45–46)

4.3.4 Beinahe-Schaden

Die Definition eines Beinahe-Schadens ist: „...ein Fehler ohne Schaden, der zu einem Schaden hätte führen können.“ (Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., 2014, S. 8).

4.4 Personenzentrierte Betrachtungsweise

In der personenzentrierten Betrachtungsweise steht die handelnde Person im Mittelpunkt der Fehlerentstehung. Eine ausschließlich personenzentrierte Perspektive auf Fehlerursachen und Problemlösungen greift jedoch zu kurz, da sie die eigentlichen Ursachen unberücksichtigt lässt. (St. Pierre & Hofinger, 2020, S. 40–48)

4.5 Systemische Betrachtungsweise

4.5.1 Allgemeines

Wie in Kapitel 4.3.3. erläutert, unterscheidet James Reason zwischen aktiven und latenten Fehlern. Während bei der personenzentrierten Betrachtungsweise das Fehlverhalten einzelner Menschen im Fokus steht, berücksichtigt die systemische Betrachtung zusätzlich die Rahmenbedingungen und Schwachstellen, unter denen diese Personen arbeiten. James Reason veranschaulicht mit dem sogenannten Käsescheiben-Modell (Abb. 1) die Entstehung von Fehlern aus systemischer Sicht. (Reason, 2000) Das Modell zeigt auf, dass sowohl aktive Fehler als auch latente Bedingungen zu unerwünschten Ereignissen – im Modell als ‚Unfall‘ bezeichnet – führen können. Die hintereinander gereihten Käsescheiben stehen dabei sinnbildlich für verschiedene Schutzmechanismen, die Fehler abfangen sollen. Diese Sicherheitsbarrieren wirken

auf unterschiedlichen Ebenen und müssen dort gezielt integriert werden. (Reason, 2000)

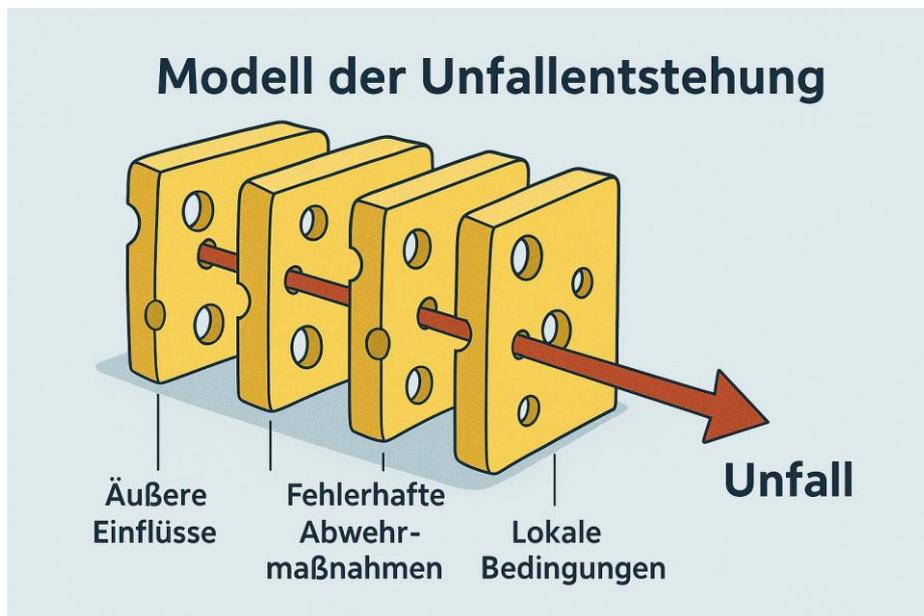


Abbildung 4-1: „Modell der Unfallentstehung nach James Reason (Mod. nach Reason 1990)“ (St. Pierre & Hofinger, 2020), eigene Darstellung durch (OpenAI, o.D.) nach St. Pierre und Hofinger (2020)

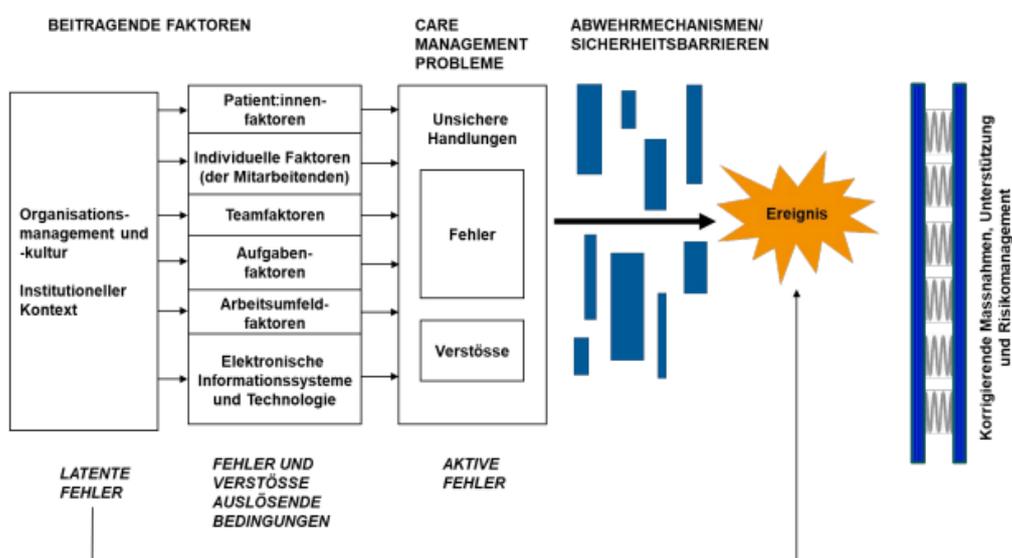
Das Modell vermittelt jedoch auch, dass es stets ein vorhandenes Risiko für Zwischenfälle gibt, wenn die möglichen Sicherheitsbarrieren durchbrochen werden (Vincent, 2012, S. 29).

James Reasons Modell macht deutlich, dass Fehler selten durch eine einzelne Ursache entstehen, sondern das Ergebnis einer Kette unzureichender Schutzmaßnahmen und systembedingter Schwächen sind. Diese Lücken – im Modell als Löcher in den Käsescheiben dargestellt – bestehen oft schon lange im System und werden als latente Bedingungen bezeichnet. Wenn ein aktiver Fehler hinzukommt und sämtliche Sicherheitsbarrieren gleichzeitig versagen, kann es zu einem schwerwiegenden Ereignis kommen. Um solche Situationen beispielsweise im Krankenhaus zu verhindern, sind aufeinander abgestimmte Schutzmaßnahmen erforderlich: rechtliche Regelungen, klare Richtlinien und Absprachen, verantwortungsvolle Entscheidungen auf Leitungsebene sowie die Mitwirkung aller Beteiligten – einschließlich des gesamten Personals und der Patienten. Bereits kleine Anpassungen innerhalb dieser Strukturen können dazu beitragen, kritische Zwischenfälle zu vermeiden. Das Modell zeigt somit, wie wichtig eine systemische Sichtweise auf Fehlerursachen ist. (Merkle, 2014)

4.5.2 Beitragende Faktoren nach C. Vincent

„Der Begriff ‚beitragende Faktoren‘ sollte im Großen und Ganzen den von James Reason definierten „fehlerverursachenden Bedingungen“ oder „latenten Bedingungen“ entsprechen.“ (Vincent et al., 2024, S. 14).

Das Käsescheiben-Modell von Reason wurde von Vincent et al. weiterentwickelt und speziell für den Einsatz im Gesundheitswesen adaptiert (Abb.2). Das „Modell der organisationalen Fehlerentstehung“ veranschaulicht sowohl unmittelbare Fehler und fehlerhafte Prozesse als auch latente, im Hintergrund wirkende Fehlerquellen (Vincent et al., 2024).



1

Abbildung 4-2: Erweiterung des Organisational Accident Causation Model (Modell der organisationalen Fehlerentstehung) nach James Reason (Vincent, 2001), aus (Vincent et al., 2024)

„[D]as organisationale Fehlermodell [wurde] um die Ebene ‚Korrigierende Massnahmen [sic], Unterstützung und Risikomanagement‘ ergänzt. Damit deckt es nun auch die kritische Folgezeit des Ereignisses ab, wenn Schritte zum Schutz und zur Versorgung der Betroffenen – [Patienten], Angehörigen und Personal – unternommen werden müssen.“ (Vincent et al., 2024, S. 10).

¹ Eine Genehmigung, die die Verwendung der Abbildung innerhalb dieser Bachelorthesis bestätigt, liegt vor und ist dem Anhang beigelegt

Die beitragenden Faktoren der Patientensicherheit ermöglichen verschiedenen Betrachtungsweisen, die zur Entstehung eines Zwischenfalls beitragen können.

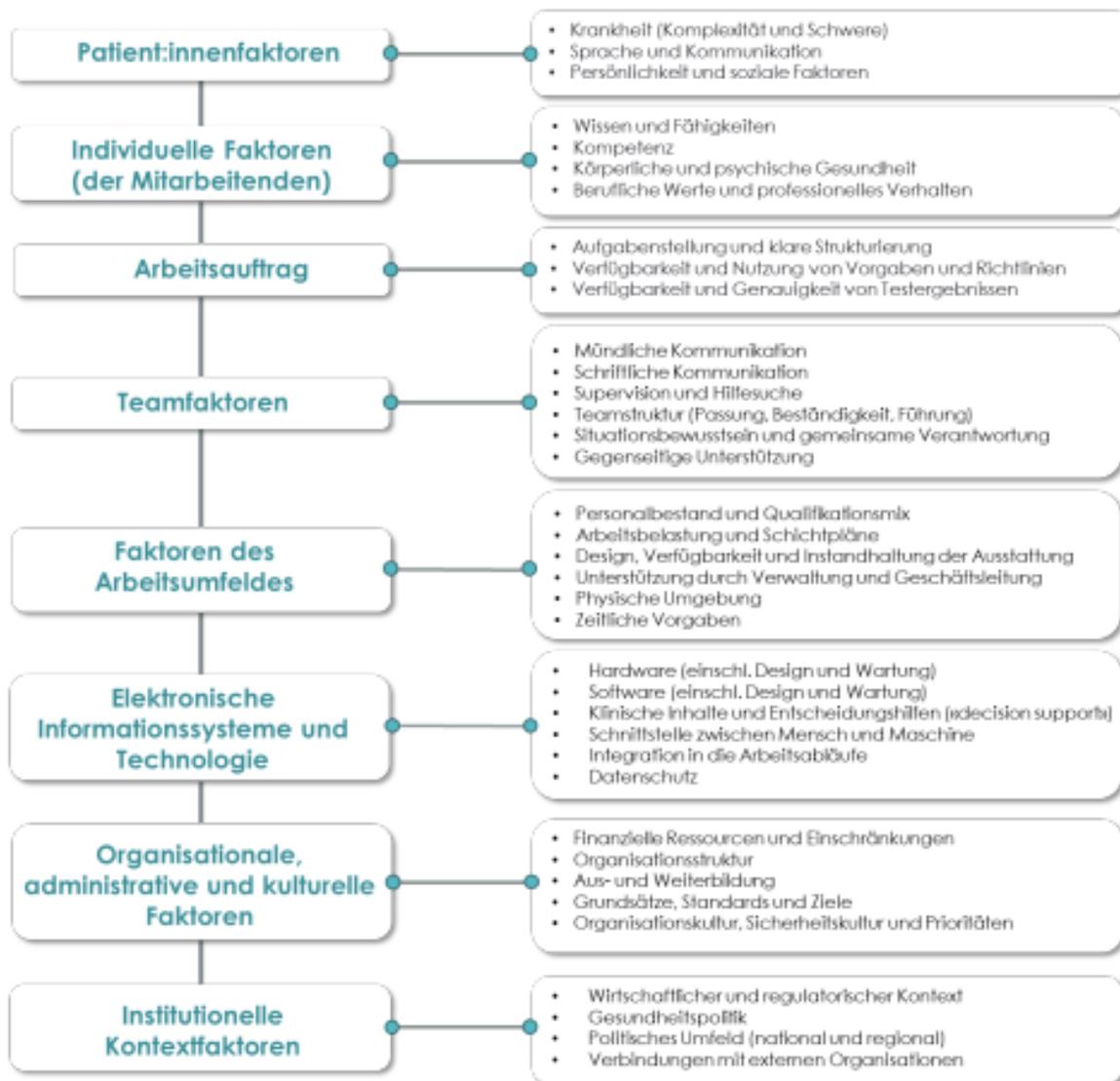
Zahlreiche ‚Ereignisse‘ im Gesundheitswesen sowie in anderen Branchen können nur umfassend verstanden werden, wenn sie aus einer ganzheitlichen, systemischen Perspektive betrachtet werden. Zwar stehen häufig individuelle Handlungen und Fehlleistungen im Mittelpunkt, doch werden diese maßgeblich durch das unmittelbare Arbeitsumfeld sowie durch übergeordnete organisatorische Strukturen beeinflusst und begrenzt. (Vincent et al., 2024)

„Zu diesen Bedingungen gehören beispielsweise hohe Arbeitsbelastung und Müdigkeit; ungenügende Kenntnisse, Fähigkeiten oder Erfahrung; ungenügende Beaufsichtigung oder Anleitung; stressreiche Umgebung; schneller Wandel innerhalb einer Organisation; unzureichende Kommunikationssysteme; schlechte Planung und Terminierung; mangelhafte Wartung von Maschinen und Gebäuden.“ (Vincent et al., 2024, S. 10).

Die acht Faktoren, die zur Patientensicherheit beitragen, wurden von Vincent et al. (2024) im Zuge der jüngsten Überarbeitung des London-Protokolls aktualisiert. Dabei wurde das ursprüngliche Modell aus den 1990er Jahren, das zunächst nur sieben Kategorien umfasste, grundlegend erweitert. Diese Aktualisierung berücksichtigt die wachsende Bedeutung digitaler Informationssysteme und technologischer Entwicklungen im Gesundheitswesen.

Die erste Faktorengruppe, die **Patientenfaktoren**, umfasst individuelle persönliche Merkmale der Patienten sowie die Komplexität und Schwere der Grunderkrankung, sprachliche Barrieren, individuelle Kommunikationsformen, kulturelle und religiöse Hintergründe. Diese Aspekte können die Kommunikation und das gegenseitige Verständnis zwischen Patienten und medizinischem Personal, sowie die medizinische Versorgung beeinflussen.

Ebenfalls entscheidend sind **individuelle Faktoren** auf Seiten des Personals im Gesundheitswesen. Hierzu gehören Kenntnisse, Fähigkeiten und die allgemeine berufliche Kompetenz, aber auch die physische und psychische Gesundheit. Stress, Übermüdung, Ablenkung oder private Belastungen können die Leistungsfähigkeit beeinträchtigen. Ergänzend dazu spielen berufliche Werte sowie professionelles Handeln eine Rolle.



2

Abbildung 4-3: Rahmenkonzept der beitragenden Faktoren (Vincent et al., 1998) aus (Vincent et al., 2024, S. 16)

Auch die Faktoren des **Arbeitsauftrages** beeinflussen die Patientensicherheit. Dabei stehen die Aufgaben- und Prozessgestaltung sowie die Verfügbarkeit und Verständlichkeit von Richtlinien, Vorgaben und medizinischen Informationen im Fokus. Effiziente, standardisierte Arbeitsabläufe und klare Richtlinien spielen hier eine Rolle. Der Zugang zu vollständigen und aktuellen Patientendaten sowie die Möglichkeit zur Rücksprache mit erfahrenen Kollegen sind ebenfalls von hoher Relevanz.

² Eine Genehmigung, die die Verwendung der Abbildung innerhalb dieser Bachelorthesis bestätigt, liegt vor und ist dem Anhang beigelegt

Auch die **Teamfaktoren** nehmen einen wesentlichen Einfluss auf die Patientensicherheit, da sie die interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation im medizinischen Umfeld betreffen. Eine funktionierende Teamdynamik kann das Risiko von Fehlern deutlich reduzieren. Insbesondere eine klare Teamstruktur, effektive mündliche und schriftliche Kommunikation sowie Supervision und kollegiale Unterstützung sind hierbei zentral. Ebenso förderlich wirken sich psychologische Sicherheit, ein ausgeprägtes Situationsbewusstsein und ein gemeinsames Verantwortungsgefühl im Team aus. Diese Elemente tragen dazu bei, ein Umfeld zu schaffen, in dem offene Kommunikation, gegenseitige Unterstützung und sicheres Handeln möglich sind.

Die Faktoren des **Arbeitsumfeldes** stellen einen weiteren Aspekt für die Patientensicherheit dar. Sie umfassen sowohl physische als auch organisatorische Rahmenbedingungen. Dazu zählen unter anderem der Personalbestand, der Qualifikationsmix innerhalb des Teams, die Gestaltung von Schichtplänen sowie die allgemeine Arbeitsbelastung. Ebenso sind infrastrukturelle Gegebenheiten, die Verfügbarkeit und die Instandhaltung medizinischer Geräte sowie die physische Umgebung oder zeitliche Vorgaben relevante Aspekte. Die Unterstützung durch Verwaltung und Management bildet eine zusätzliche Grundlage für ein sicheres und funktionales Arbeitsumfeld.

Neben den unmittelbaren Einflussgrößen auf die Patientensicherheit spielt auch die übergeordnete Organisationsebene eine zentrale Rolle. **Organisationale, administrative und kulturelle Faktoren** prägen maßgeblich die gelebte Sicherheitskultur, die Implementierung von Schulungs- und Weiterbildungsprogrammen sowie die Bereitstellung von qualifiziertem Personal und angemessenen Ressourcen. In diesem Zusammenhang sind insbesondere die finanzielle Ausstattung, betriebsinterne Standards und langfristige Ziele von Bedeutung. Darüber hinaus wirken sich die Führungsqualität sowie die Organisationsstruktur entscheidend auf die Etablierung sicherheitsorientierter Arbeitsprozesse aus.

Auf einer weiteren übergeordneten Ebene spielen **institutionelle Kontextfaktoren** eine Rolle für die Patientensicherheit. Diese umfassen externe Rahmenbedingungen wie gesetzliche Vorgaben, regulatorische Vorschriften, finanzielle Anreize sowie gesellschaftliche und gesundheitspolitische Erwartungen. Sie bestimmen maßgeblich die grundlegenden Strukturen und Prozesse im Gesundheitswesen und beeinflussen damit die Möglichkeiten zur sicheren Versorgung. Der wirtschaftliche Kontext, politische Rahmenbedingungen sowie die Anbindung an externe Institutionen bilden somit den

institutionellen Rahmen, innerhalb dessen Patientensicherheit gewährleistet werden kann.

Mit der Überarbeitung des Modells von Vincent et al. im Jahr 2024 wurde eine achte Faktorengruppe ergänzt - **die elektronischen Informationssysteme und Technologien**. Diese Erweiterung geht auf die fortschreitende Digitalisierung im Gesundheitswesen ein. Sie umfasst zentrale Aspekte wie die Qualität, Verlässlichkeit und Benutzerfreundlichkeit von Hard- und Software, elektronischen Patientenakten, computer-gestützten Entscheidungshilfen sowie Alarm- und Warnsystemen. Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auf der Schnittstelle zwischen Menschen und Maschine sowie dem Datenschutz. Obwohl diese technologischen Entwicklungen erhebliche Potenziale zur Verbesserung der Patientensicherheit bieten – etwa durch präzisere Diagnostik, schnelleren Informationszugang oder standardisierte Entscheidungsprozesse – können sie auch neue Risiken mit sich bringen. Dazu zählen fehlerhafte Schnittstellen, unzureichende Integration in klinische Arbeitsabläufe, mangelhafte Schulung des Personals oder eine potenziell problematische Abhängigkeit von automatisierten Systemen.

Die Berücksichtigung aller acht Faktorengruppen ermöglicht eine differenzierte Analyse der Sicherheitslage in Gesundheitseinrichtungen und schafft die Grundlage für gezielte Maßnahmen zur Risikominimierung und Qualitätssteigerung in der Patientenversorgung. (Vincent et al., 2024)

4.6 Theorie des geplanten Verhaltens

Die von Icek Ajzen entwickelte Theorie des geplanten Verhaltens (Theory of Planned Behavior, TPB) baut auf der ursprünglichen Theorie des überlegten Handelns auf. Ziel dieser Theorie war es, den Zusammenhang zwischen den Einstellungen einer Person und ihrem tatsächlichen Verhalten zu erklären. In den 1980er Jahren erweiterte Ajzen das ursprüngliche Modell, um auch Situationen zu berücksichtigen, in denen Menschen ihr Verhalten nicht vollständig kontrollieren können.

Das Modell ist in verschiedene theoretische Ebenen unterteilt, die es ermöglichen, sowohl die Entstehung von Verhaltensabsichten als auch das tatsächliche Verhalten genauer zu untersuchen. Das zentrale Konzept der TPB ist die Annahme, dass das Verhalten einer Person in erster Linie durch ihre Absicht – Intention - bestimmt wird, dieses Verhalten auszuführen. (Graf, 2007, S. 34–35)

Das Kernmodell der TPB identifiziert auf der ersten theoretischen Ebene drei zentrale Faktoren, die die Intention beeinflussen: Einstellungen, subjektive Normen und wahrgenommene Verhaltenskontrolle.

Die **Einstellungen** einer Person beziehen sich auf die individuelle Bewertung eines Verhaltens und die Überzeugungen über die möglichen Konsequenzen dieses Verhaltens. Es wird angenommen, dass positive Einstellungen die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass eine Person die Absicht entwickelt, dieses Verhalten auszuführen. Diese Einstellungen werden stark von spezifischen Verhaltensüberzeugungen beeinflusst, die das Verhalten mit den erwarteten Ergebnissen verknüpfen.

Die zweite wichtige Komponente des Modells sind die **subjektiven Normen**. Sie spiegeln wider, inwieweit eine Person glaubt, dass relevante Bezugspersonen - wie Familienmitglieder, Freunde oder Kollegen - ein bestimmtes Verhalten von ihr erwarten. Da Menschen häufig nach sozialer Akzeptanz streben, können diese sozialen Erwartungen einen erheblichen Einfluss auf die Bildung der Verhaltensabsicht haben. Subjektive Normen entstehen aus den Überzeugungen des Menschen aus seiner sozialen Bezugsgruppen.

Die dritte zentrale Komponente ist die **wahrgenommene Verhaltenskontrolle**, die eine Erweiterung des ursprünglichen Modells darstellt und der Tatsache entspricht, dass nicht alle Verhaltensweisen vollständig unter der Kontrolle der handelnden Person stehen. Sie beschreibt das Ausmaß, in dem eine Person glaubt, über die notwendigen Fähigkeiten, Ressourcen und Gelegenheiten zu verfügen, um ein bestimmtes Verhalten tatsächlich auszuführen. Diese Wahrnehmung wird sowohl durch persönliche Erfahrungen als auch durch externe Faktoren beeinflusst. Ein hohes Maß an wahrgenommener Kontrolle kann nicht nur die Intention verstärken, ein Verhalten auszuführen, sondern auch einen direkten Einfluss auf das Verhalten ausüben. (Graf, 2007, S. 35–37)

Die zweite Theorieebene der TPB betrachtet die spezifischen Überzeugungen, die den drei Hauptfaktoren Einstellung, subjektive Norm und wahrgenommene Verhaltenskontrolle zugrunde liegen. Dazu gehören **Verhaltensüberzeugungen**, die die Erwartungen über die Konsequenzen eines bestimmten Verhaltens umfassen. Positive Verhaltensüberzeugungen führen in der Regel zu einer stärkeren positiven Einstellung gegenüber dem Verhalten, während negative Überzeugungen die Einstellung schwächen können.

Darüber hinaus spielen **normative Überzeugungen** eine entscheidende Rolle, da sie die Bedeutung der Meinungen und Erwartungen anderer Personen für das Individuum widerspiegeln und somit die subjektiven Normen beeinflussen. Hinzu kommen **Kontrollüberzeugungen**, die sich auf wahrgenommene Faktoren beziehen, die die Ausführung des Verhaltens entlasten oder behindern können. Diese Kontrollüberzeugungen bilden die Grundlage für die wahrgenommene Verhaltenskontrolle und berücksichtigen sowohl interne als auch externe Bedingungen.

Je stärker diese spezifischen Überzeugungen sind, desto robuster und zielgerichteter können die daraus resultierenden Verhaltensabsichten sein.

Die dritte Theorieebene der TPB fokussiert sich auf **situative und kontextuelle Faktoren**, die das Verhalten einer Person beeinflussen können. Dabei werden insbesondere solche Hintergrundfaktoren berücksichtigt, die einen direkten Einfluss auf das Verhalten haben. Dazu gehören Umweltbedingungen, soziale Unterstützungsnetzwerke sowie spezifische Barrieren, die die Ausführung eines Verhaltens fördern oder hemmen können. Neben diesen situativen Einflüssen spielen auch **Ziel- und Planungsüberlegungen** eine zentrale Rolle. Die Berücksichtigung zeitlicher Aspekte, individueller Rahmenbedingungen und persönlicher Ziele ermöglicht ein vertieftes Verständnis, wie und unter welchen Umständen ein Verhalten tatsächlich ausgeführt wird. Diese Analyse hilft dabei, besser zu verstehen, wie Absichten und tatsächliches Verhalten zusammenhängen, und zeigt auf, wie komplex menschliches Handeln in verschiedenen Situationen sein kann. (Graf, 2007, S. 37–38)

4.7 Pflegenotstand

4.7.1 Allgemeines

Der Pflegenotstand in Deutschland ist ein komplexes und vielschichtiges Problem, das durch eine Reihe von Faktoren verursacht wird und weitreichende Auswirkungen auf die Gesellschaft hat. Die Ursachen und potenziellen Auswirkungen des Pflegenotstands sind eng miteinander verknüpft und beeinflussen sich gegenseitig.

4.7.2 Ursachen

Nach einer kommunikationswissenschaftlichen Studie von Bülow & Brettschneider (2023) ist der Pflegenotstand in Deutschland das Ergebnis eines komplexen Zusammenspiels verschiedener interner und externer Faktoren. Eine der Ursachen ist der demografische Wandel. Die steigende Lebenserwartung führt zu einer erhöhten Nachfrage nach Pflegeleistungen. Gleichzeitig nehmen Multimorbidität und chronische Erkrankungen zu, wodurch der Bedarf an qualifizierten Pflegekräften weiter steigt. (Bülow & Brettschneider, 2023)

Ein weiteres zentrales Problem stellt der Fachkräftemangel dar. Statistische Erhebungen zeigen, dass die Anzahl ausgebildeter Pflegekräfte nicht ausreicht, um den steigenden Anforderungen gerecht zu werden. Infolgedessen kann die vorgeschriebene Fachkraftquote häufig nicht eingehalten werden. (Statistisches Bundesamt, 2024)

Die Attraktivität des Pflegeberufs wird zusätzlich durch unzureichende Arbeitsbedingungen gemindert. Niedrige Löhne, begrenzte Aufstiegsmöglichkeiten, ungünstige Arbeitszeiten sowie eine oft mangelnde gesellschaftliche Anerkennung tragen dazu bei, dass sich wenige Menschen für eine Laufbahn in der Pflege entscheiden.

Historische Faktoren spielen ebenfalls eine Rolle. Die Pflege wurde über lange Zeit als „*Liebedienst*“ betrachtet, was angemessene Entlohnung und Professionalisierung erschwerten. (Bülow & Brettschneider, 2023, S. 8)

Zwar führten Reformen in den 1950er- und 1960er-Jahren zu einer verstärkten Akademisierung und strukturellen Verbesserung des Berufsfeldes, dennoch bestehen weiterhin erhebliche Herausforderungen.

Hinzu kommt die zunehmende Komplexität der Pflege. Fortschritte in der Medizin und Medizintechnologie haben nicht nur die Lebenserwartung verlängert, sondern auch die

Anforderungen an Pflegekräfte erheblich erhöht. Dies verschärft den Fachkräftemangel weiter, da höhere Qualifikationen erforderlich sind, um den wachsenden medizinischen und pflegerischen Herausforderungen gerecht zu werden.

Insgesamt ergibt sich ein vielschichtiges Problemfeld, das durch gezielte Reformen und strukturelle Verbesserungen bewältigt werden muss, um die zukünftige Versorgungssicherheit im Pflegebereich zu gewährleisten. (Bülow & Brettschneider, 2023)

4.7.3 Potenzielle Auswirkungen

Wie bereits in der Einleitung dargestellt, wird bis zum Jahr 2049 ein Bedarf von rund zwei Millionen Pflegekräften erwartet. Prognosen zufolge wird die tatsächlich verfügbare Anzahl an Pflegekräften jedoch deutlich unter diesem Wert liegen, sodass ein erheblicher Pflegenotstand droht. (Statistisches Bundesamt, 2024)

In ihrer Inhaltsanalyse beschreiben Bülow und Brettschneider (2023), die daraus resultierenden Folgen, welche nicht nur die Pflegekräfte selbst, sondern auch die Pflegebedürftigen sowie das gesamte Gesundheitssystem betreffen werden. Mit einer stetig wachsenden Zahl älterer Menschen, die auf pflegerische Unterstützung angewiesen sind, wird sich der bestehende Fachkräftemangel voraussichtlich weiter verschärfen. Dies könnte zu einer zusätzlichen Belastung eines ohnehin bereits stark beanspruchten Systems führen und damit die Versorgungssicherheit langfristig gefährden. Ein zentraler Aspekt dieses Fachkräftemangels ist die potenzielle Verschlechterung der Pflegequalität. Eine unzureichende Personalausstattung kann dazu führen, dass pflegebedürftige Personen nicht in dem erforderlichen Maße individuell betreut werden. Überlastete Pflegekräfte sind häufig nicht in der Lage, eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen. Dies kann wiederum die Gesundheit und das Wohlbefinden der Betroffenen erheblich beeinträchtigen. Darüber hinaus führt der zunehmende Personalmangel zu einer erheblichen Belastung des bestehenden Pflegepersonals. Die steigenden Anforderungen und der chronische Zeitdruck begünstigen psychische und physische Erschöpfung, was sich in Form von Stress, Überarbeitung und einer steigenden Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen manifestieren kann. Infolgedessen nimmt die Attraktivität des Pflegeberufs weiter ab.

Langfristig kann der anhaltende Mangel an Pflegekräften weitreichende Konsequenzen für die öffentliche Gesundheit haben. Besonders in Krisenzeiten, wie während der Corona-Pandemie, kann ein unzureichendes Pflegeangebot zu erhöhten Morbiditäts-

und Mortalitätsraten führen. Ein weiteres Problem stellt die gesellschaftliche Wahrnehmung und Wertschätzung der Pflegeberufe dar. Negative mediale Berichterstattung kann das ohnehin angespannte Berufsimago weiter verschlechtern, was sich wiederum negativ auf die Berufsentscheidung potenzieller Nachwuchskräfte auswirkt. (Bülow & Brettschneider, 2023, S. 5–18)

4.8 Ausländische Pflegekräfte

Ausländische Pflegekräfte sind Fachkräfte, die ihre berufliche Qualifikation im Ausland erworben haben und im Gesundheits- und Pflegebereich eines anderen Landes tätig sind. In den vergangenen Jahren ist die Zahl der rekrutierten internationalen Pflegekräfte in Deutschland deutlich gestiegen – vor allem als Reaktion auf den zunehmenden Fachkräftemangel im Pflegebereich. Viele dieser Pflegekräfte stammen aus Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU), aber auch aus Nicht-EU-Ländern wie Bosnien-Herzegowina, den Philippinen, Tunesien, Chile, Serbien oder Albanien. (Bülow & Brettschneider, 2023; Carstensen et al., 2004)

Die Qualifikationen internationaler Pflegekräfte variieren je nach Herkunftsland. Sie verfügen in der Regel über eine formale Ausbildung oder einen akademischen Abschluss, wie einen Bachelor in Pflege. Damit sie im Aufnahmeland tätig sein können, ist häufig ein Anerkennungsverfahren erforderlich, um die Gleichwertigkeit mit nationalen Standards sicherzustellen. Gemäß der Berufsqualifikationsrichtlinie des Europäischen Parlaments, werden die Berufsqualifikationen von Pflegekräften aus dem europäischen Ausland oder aus Ländern des Europäischen Wirtschaftsraum (EWR), automatisch anerkannt. Für Pflegekräfte aus Nicht-EU-Ländern, ist dieser Prozess oft komplex, da die Abschlüsse und Ausbildungsinhalte geprüft werden müssen und Nachqualifikationen nötig sind. (Carstensen et al., 2004; DBfK, 2018; Europäische Union, 2005)

Durch das 2012 eingeführte Anerkennungsgesetz des Bundes, das Fachkräfteeinwanderungsgesetz von 2020 sowie dessen Reform im Jahr 2023 wurden in Deutschland die Voraussetzungen für die Gewinnung qualifizierter Pflegekräfte aus Drittstaaten deutlich verbessert. (Bundesministerium der Justiz, 2012, 2023)

Viele internationale Pflegekräfte entscheiden sich bewusst für eine Tätigkeit im Ausland, um bessere berufliche Perspektiven, höhere Löhne oder einen bestimmten Le-

bensstandard zu erreichen. Gleichzeitig tragen sie dazu bei, den in vielen europäischen Ländern – darunter Deutschland – bestehenden Fachkräftemangel in der Pflege zu mildern. (Bülow & Brettschneider, 2023)

4.8.1 Rekrutierung

Die Rekrutierung internationaler Pflegekräfte nach Deutschland erfolgt vorwiegend über spezialisierte Vermittlungsagenturen, die den gesamten Prozess begleiten – von der ersten Kontaktaufnahme bis hin zur Integration der Pflegekräfte in den deutschen Arbeitsmarkt. Diese Agenturen unterstützen die Pflegekräfte dabei, sprachliche und kulturelle Barrieren zu überwinden und den Einstieg in die neue Arbeitswelt zu erleichtern. Der deutsche Arbeitsmarkt kooperiert hierbei bevorzugt mit Ländern, die ein Überangebot an qualifizierten Pflegekräften haben und *„...beachte[t] das Rekrutierungsverbot gemäß dem Verhaltenskodex der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Dort sind Länder aufgeführt, die selbst einen Mangel an Gesundheitsfachkräften haben.“* (Bundesagentur für Arbeit, 2022, S. 4).

Diese Zusammenarbeit basiert auf Vermittlungsabsprachen zwischen der Bundesagentur für Arbeit (BA) und den Arbeitsverwaltungen der Herkunftsländer, die faire und transparente Migrationsprozesse sicherstellen sollen (Bundesagentur für Arbeit, 2022).

Die Auswahl geeigneter Pflegekräfte erfolgt durch die BA und die zentrale Auslands- und Fachvermittlung (ZAV). In Auswahlgesprächen – die sowohl vor Ort als auch online durchgeführt werden – werden Qualifikationen, Berufserfahrung, Deutschkenntnisse und die persönliche Eignung der Kandidaten überprüft. Geeignete Bewerber werden anschließend deutschen Arbeitgebern vorgeschlagen, die mit den Kandidaten Vorstellungsgespräche führen und, bei Übereinstimmung, Arbeitsverträge abschließen. (GIZ, 2025)

Seit dem Jahr 2022 besteht für Unternehmen die Möglichkeit, das Gütesiegel *„Faire Anwerbung Pflege Deutschland“* zu erwerben. Dieses Siegel wurde vom Deutschen Kompetenzzentrum für internationale Fachkräfte in den Gesundheits- und Pflegeberufen (DKF) entwickelt und setzt Standards für einen ethisch vertretbaren Rekrutierungsprozess internationaler Pflegekräfte in Deutschland. Es verfolgt das Ziel, faire, respektvolle und nachhaltige Anwerbepraktiken zu fördern. Zu den zentralen Anforderungen

gehören unter anderem transparente Informationen über Erwartungen und Vertragsinhalte sowie die Einhaltung unternehmerischer Sorgfaltspflichten. Auch sollen internationale Pflegekräfte umfassend über den Rekrutierungsprozess aufgeklärt werden, ihre individuellen Wünsche berücksichtigt und unfaire Bindungsklauseln vermieden werden. Die Kosten für Vermittlung, Sprachkurse und Anreise tragen die Arbeitgeber, während finanzielle Belastungen wie Strafzahlungen oder Kautionen ausgeschlossen sind. Zudem wird ein aktives Integrationsmanagement im Betrieb vorausgesetzt, um die langfristige Eingliederung der ausländischen Fachkräfte zu unterstützen. Insgesamt soll das Gütesiegel dazu beitragen, ethische Standards in der Pflegekräftegewinnung einzuhalten und die Stabilität der Gesundheitsversorgung in Deutschland langfristig zu sichern. (Bach, 2024)

Alternativ haben Pflegekräfte die Möglichkeit, sich direkt bei deutschen Pflegeeinrichtungen oder -diensten zu bewerben, ohne eine Vermittlungsagentur in Anspruch zu nehmen (Bundesagentur für Arbeit, 2022, S. 3).

Wer jedoch dauerhaft in Pflegeberufen in Deutschland arbeiten möchte, benötigt eine staatliche Berufszulassung. Der im Herkunftsland erworbene Abschluss muss in Deutschland anerkannt werden, was entweder durch eine Prüfung der Gleichwertigkeit des Abschlusses oder durch eine Kenntnisprüfung bzw. einen Anpassungslehrgang erfolgt, um einen gleichwertigen Kenntnisstand zu erreichen. (BMWK, 2024)

Zusätzlich sind ausreichende Deutschkenntnisse auf dem Niveau B1 bzw. B2 des Europäischen Referenzrahmens für Sprachen erforderlich, wobei die genauen Anforderungen je nach Bundesland variieren können. Des Weiteren muss die gesundheitliche Eignung durch ein ärztliches Attest in Deutschland nachgewiesen werden, ebenso wie die Straffreiheit. Letzteres kann durch ein Führungszeugnis des Heimatlandes oder durch ein deutsches polizeiliches Führungszeugnis erfolgen. Für Nicht-EU-Bürger ist zudem eine Aufenthaltserlaubnis erforderlich. (BMWK, 2024)

4.8.2 Unterschiedliche Stufen der Sprachkompetenz

In Deutschland werden die Sprachkenntnisse nach dem Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmen für Sprachen (GER) eingestuft, der auf Anregung des Europarates 2001 entwickelt und 2020 aktualisiert wurde (GER, 2020).

Die Sprachniveaus B1, B2 und C1 beschreiben jeweils unterschiedliche Stufen der Sprachkompetenz:

B1

Das B1-Niveau kennzeichnet eine „*selbstständige Sprachverwendung*“ (Goethe-Institut 2025). Auf diesem Niveau sind Personen in der Lage, die wesentlichen Inhalte klar artikulierter Standardsprache zu verstehen, sofern sich das Gespräch auf vertraute Lebensbereiche wie Arbeit, Schule oder Freizeit bezieht. In der Regel können die meisten Alltagssituationen in einem deutschsprachigen Umfeld bewältigt werden. Darüber hinaus gelingt es, sich in einfacher, aber zusammenhängender Weise über persönliche Interessen zu äußern. Ebenso besteht die Fähigkeit, über Erfahrungen und Ereignisse zu berichten, eigene Wünsche und Ziele auszudrücken sowie Meinungen durch kurze Begründungen oder Erklärungen zu stützen. (GER, 2020; Goethe-Institut, 2025)

B2

Auf dem Sprachniveau B2 sind Personen in der Lage, die wesentlichen Inhalte anspruchsvoller Texte zu erfassen – auch dann, wenn diese sich mit fachlich relevanten oder komplexen Themen befassen. Sie können sich spontan und flüssig verständigen, wodurch Gespräche im Alltag und im beruflichen Kontext ohne größere Anstrengung möglich sind. Darüber hinaus beherrschen sie die sprachlichen Mittel, um sich differenziert und klar zu einer Vielzahl von Themen zu äußern, eigene Standpunkte zu vertreten sowie verschiedene Optionen unter Berücksichtigung ihrer Vor- und Nachteile kritisch zu beurteilen. (GER, 2020; Goethe-Institut, 2025)

C1

Das C1-Niveau kennzeichnet eine „*fachkundige Sprachverwendung*“ (Goethe-Institut 2025), bei der auch längere und inhaltlich komplexe Texte einschließlich impliziter Aussagen sicher verstanden werden können. Der Sprachgebrauch erfolgt weitgehend spontan und flüssig, ohne auffällige Wortsuche. Die sprachlichen Kompetenzen ermöglichen einen flexiblen und angemessenen Einsatz in unterschiedlichen Kontexten – etwa im sozialen Umfeld, im Berufsleben sowie in Ausbildung und Studium. Darüber hinaus besteht die Fähigkeit, anspruchsvolle Inhalte klar, strukturiert und detailliert darzustellen. (GER, 2020; Goethe-Institut, 2025)

4.8.3 Einarbeitung

Das DKF, unter Trägerschaft des Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA), beschreibt, dass die Einarbeitung von international rekrutierten Pflegekräften eine gezielte Anpassung des betrieblichen Einarbeitungsprozesses erfordert. Da diese Mitarbeitenden häufig erst nach ihrer Einreise mit dem Anerkennungsverfahren beginnen, ist eine direkte Einbindung in den regulären Pflegealltag, in der Rolle einer anerkannten Fachkraft, in der Regel nicht unmittelbar möglich. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, ein mehrstufiges Einarbeitungskonzept zu entwickeln, das den Zeitraum von der Ankunft bis zur vollständigen Berufsanerkennung berücksichtigt.

Besonders hilfreich ist in diesem Zusammenhang die Einrichtung eines „*Integrationsmanagements*“. Die hierfür verantwortliche Person kennt sowohl das Kompetenzprofil der neuen Pflegekraft als auch die Anforderungen des Anerkennungsprozesses sowie die innerbetrieblichen Abläufe. Gemeinsam mit weiteren beteiligten Personen, wie Praxisanleitern, kann ein individuell abgestimmter Einarbeitungsplan erstellt werden.

Da eine sofortige Beschäftigung als Pflegefachkraft formal nicht zulässig ist, bieten sich Übergangslösungen an, wie etwa eine vorübergehende Tätigkeit als Pflegehilfskraft oder Praktikant. Dabei sollte der Einarbeitungsplan jedoch bereits auf die Anforderungen der zukünftigen Fachkraftposition ausgerichtet sein. Dies verhindert, dass die neu eingestellten Mitarbeitenden sich später aus einer niedrigeren Position heraus neu etablieren müssen.

In einigen Einrichtungen wird zudem erwogen, die neuen Pflegekräfte vorübergehend vom regulären Dienst auszunehmen, um ihnen ausreichend Zeit zur sprachlichen und fachlichen Vorbereitung auf die Anerkennungsprüfung zu ermöglichen. Wird hingegen ein strukturierter Anpassungslehrgang gewählt, sind sowohl Einsatzorte als auch Lerninhalte bereits klar vorgegeben.

Für die Planung sollte ein Zeitraum berücksichtigt werden, der sich von der Einreise bis zu etwa sechs Monaten nach der Berufsanerkennung erstreckt. Ein schriftlicher Einarbeitungsplan erhöht die Transparenz, erleichtert die Evaluation und ermöglicht Anpassungen auf Grundlage regelmäßiger Feedbackgespräche mit den neuen Mitarbeitenden sowie dem Team. Ziel ist eine gelingende berufliche und soziale Integration, die sowohl die individuellen Voraussetzungen der Pflegekräfte als auch die betrieblichen Rahmenbedingungen berücksichtigt. (DKF, 2025)

Es gibt es jedoch weitere Aspekte, die genauer bedacht werden müssen, um diese Einarbeitung tatsächlich erfolgreich werden zu lassen.

Eine effektive Kommunikation ist wesentlich für erfolgreiche Einarbeitung und Zusammenarbeit. Allerdings kann die Qualität der Kommunikation stark mit dem Niveau der deutschen Sprachkenntnisse korrelieren. Unzureichende Sprachkenntnisse können die Einarbeitung und Kooperation erschweren und möglicherweise die Qualität der Behandlung sowie die Sicherheit der Patienten beeinträchtigen. Oft besteht die alltägliche Kommunikation aus regionalen Dialekten, Akzenten der international zusammengesetzten Pflegekräfte und einem spezifischen Pflegejargon - *„beispielsweise wird jemand mit B2-Zertifikat die ‚Pfanne‘ eher in der Küche suchen und sich fragen, was eine ‚Ente‘ im Krankenhaus soll.“* (Peppler, 2024, S. 179).

Kulturelle Unterschiede im Führungs- und Kommunikationsverständnis stellen eine zentrale Herausforderung für die Einarbeitung internationaler Pflegekräfte dar. Während in Deutschland häufig ein kooperativer Führungsstil mit flacher Hierarchie, offener Kommunikation und informeller Ansprache innerhalb des Teams bevorzugt wird, sind in vielen Herkunftsländern – insbesondere in Teilen Asiens und des Nahen Ostens – hierarchisch geprägte Strukturen verbreitet. Führungspersonen genießen dort einen hohen Respekt, Entscheidungsprozesse erfolgen meist autoritär, und eine direkte Kommunikation mit Vorgesetzten ist oft unüblich. Konstruktive Kritik oder das Einbringen eigener Meinungen kann in diesen Kulturen als unangemessen oder respektlos gelten. Pflegekräfte aus solchen Kontexten zeigen daher häufig Zurückhaltung, was insbesondere im deutschen Arbeitsumfeld, welches Teamarbeit und offene Rückmeldungen voraussetzt, zu Missverständnissen und Unsicherheiten führen kann. (Broome et al., 2018; Choi et al., 2021; Peppler, 2024)

In vielen Ländern – insbesondere in südostasiatischen und osteuropäischen Staaten – sind berufliche Hierarchien im Pflegebereich stark ausgeprägt und kulturell tief verankert. Pflegekräfte agieren dort innerhalb klar definierter Strukturen mit abgegrenzten Zuständigkeiten und einer ausgeprägten ärztlichen Autorität. Religiöse und kulturelle Einflüsse verstärken diese Hierarchien zusätzlich, da sie traditionelle Normen und Rollenbilder in die berufliche Praxis einbringen. Diese wirken sich auf den Umgang mit Patienten und Kolleginnen und Kollegen aus und unterscheiden sich teils deutlich von den in westlichen Gesundheitssystemen üblichen, kooperativen Arbeitsweisen. (Choi et al., 2021; Swihart et al., 2023)

4.9 Pflegeverständnis in Deutschland

Eine Untersuchung der Hans-Böckler-Stiftung (2019), zur Integration von ausländischen Pflegekräften in deutsche Pflegeeinrichtungen, verdeutlicht Unterschiede im Pflegeverständnis zwischen Deutschland und anderen Ländern. Das deutsche Pflegesystem ist in hohem Maße von der Autonomie und Einflussnahme der Ärzteschaft geprägt, was zu einer eingeschränkten Handlungsautonomie der Pflegekräfte führt. Im Gegensatz dazu sind Pflegekräfte in vielen anderen Ländern darauf eingestellt, eigenverantwortlicher und selbstständiger zu arbeiten. In Deutschland dominiert zudem ein praktisch ganzheitlicher und bedürfnisorientierter Ansatz, während migrierte Pflegekräfte häufig ein stärker medizinisch-technisch geprägtes Pflegeverständnis mitbringen. Der in Deutschland zentralisierte Pflegeprozess sowie die klare Trennung zwischen Grund- und Behandlungspflege können für zugewanderte Pflegekräfte ungewohnt und herausfordernd sein. (Pütz et al., 2019)

„Die machen natürlich eine andere Ausbildung wie wir hier, die haben teilweise alle den Bachelor in Portugal, Spanien und Griechenland. Und sind da auch einfach andere Sachen gewöhnt wie hier. Können nicht alle unbedingt ein Bett machen und wissen, wie ein Patient gewaschen wird. Sondern sind theoretisch super gut, teilweise. Teilweise aber praktisch null Erfahrung, weil die einfach in ihren Ländern nach der Ausbildung auch gar nicht als Krankenschwester arbeiten konnten.“ (Pütz et al., 2019, S. 180).

Solche Unterschiede in den beruflichen Erwartungen und praktischen Erfahrungen führen oft zu Irritationen und Konflikten. (Pütz et al., 2019)

5 Methodik

5.1 Allgemeines

In dieser Bachelorarbeit wurde die Formulierungsunterstützung DeepL Write (Kutyłowski, 2024a) genutzt. Für die Übersetzung einzelner Begriffe aus englischsprachigen Quellen wurde auf die Übersetzungstools Google Übersetzer (Google Ireland Limited, 2024) und DeepL (Kutyłowski, 2024b) zurückgegriffen. Die für die Datenbankrecherche notwendigen Suchbegriffe wurden mithilfe von ChatGPT (OpenAI, o.D.) ins Englische übersetzt. Der entsprechende Prompt ist dem Anhang beigelegt.

5.2 Beschreibung

Im Mittelpunkt der Methodik steht die systematische Quellenrecherche, die der Nachvollziehbarkeit und Transparenz dient.

Durch eine gezielte Recherche verschiedener Datenbanken wurden relevante Ergebnisse ermittelt, die einen Beitrag zur Beantwortung der Fragestellung dieser Bachelorthesis leisten.

Zu Beginn der Quellenrecherche wurde eine erste orientierende Suche über die Datenbank Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) via PubMed (vgl. 5.4.1.) durchgeführt, um einen umfassenden Überblick über das Thema sowie die vorhandene Literatur zu erhalten.

Anschließend erfolgte die systematische Quellenrecherche. Die Methodik basierte auf den nach der orientierenden Recherche identifizierten Suchbegriffen (Tab. 2). Für die systematische Quellenrecherche wurde neben PubMed/MEDLINE auch die Cochrane Library herangezogen. Der Zugang zur Datenbank Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) erfolgte über eine VPN-Verbindung der Katholischen Hochschule NRW, um nach der eigentlichen Datenbanksuche auch auf Volltexte zugreifen zu können, die in den zuvor genannten Datenbanken nicht verfügbar waren. Ergänzend zur systematischen Recherche wurde eine selektive Suche über das Suchportal LIVIVO durchgeführt.

Zur Verknüpfung der Suchbegriffe kamen Boolesche Operatoren zum Einsatz. Durch die gezielte Kombination verschiedener Suchbegriffe konnte die Treffermenge eingegrenzt und die relevanten Ergebnisse identifiziert werden (siehe Kapitel 6.2).

Nach Anwendung des finalen Suchstrings in MEDLINE/PubMed wurde der Suchzeitraum auf die Jahre 2015 bis 2025 eingegrenzt, da ab dem Jahre 2015 durchgehend eine hohe Anzahl relevanter Treffer erzielt wurde. Infolge der Corona-Pandemie kam es zwischen den Jahren 2021 und 2023 zu Verzögerungen in der Durchführung und Veröffentlichung von Studien, was sich in einem Rückgang der Publikationen in diesem Zeitraum widerspiegelt.

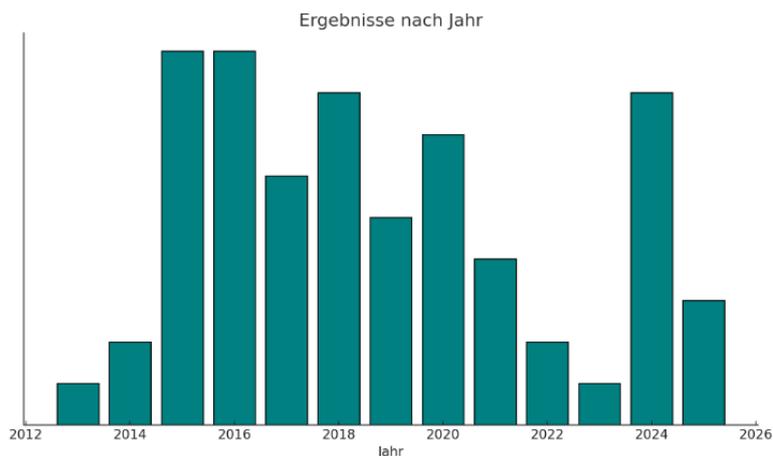


Abbildung 5-1: Suchergebnisse PubMed/ MEDLINE, nach Jahren unter Verwendung des finalen Suchstrings, eigene Darstellung

Die gezielte Auswahl der Quellen erfolgte anhand definierter Ein- und Ausschlusskriterien. Eingeschlossen wurden deutsch- und englischsprachige Publikationen aus den Jahren 2015 bis 2025. Voraussetzung für die Berücksichtigung war ein klarer Bezug zur definierten Fragestellung, insbesondere im Hinblick auf Pflegekräfte und Patientensicherheit im Kontext des stationären Krankenhaussettings. Ausgeschlossen wurden Publikationen, die weder in deutscher noch in englischer Sprache verfasst waren, da eine zuverlässige Übersetzung nicht gewährleistet werden konnte. Für die vorliegende Arbeit wurden ausschließlich empirische Studien berücksichtigt, die entweder auf quantitativen oder qualitativen Forschungsmethoden basierten. Quellen mit einem Veröffentlichungsdatum vor 2015 wurden ausgeschlossen, um die Aktualität der Datenlage zu gewährleisten. Studien, die keinen thematischen Bezug zur Forschungsfrage aufwiesen, wurden ebenfalls ausgeschlossen.

Die Sichtung der Datenbankergebnisse erfolgte zunächst anhand von Titel und Abstract. Entsprach dies inhaltlich nicht dem Thema, wurde die Quelle ausgeschlos-

sen. Erfüllte ein Abstract die festgelegten Einschlusskriterien, wurde der Volltext beschafft und geprüft. Die Volltexte wurden über die jeweiligen Datenbanken oder Suchportale bezogen. Falls sich während der Volltextanalyse herausstellte, dass eine Quelle nicht den Einschlusskriterien entsprach, wurde sie mit Angabe des Ausschlussgrundes (Tab. 1) verworfen. Die Recherche in den verschiedenen Datenbanken begann am 03.03.2025 und wurde am 01.04.2025 abgeschlossen.

Der gesamte Auswahlprozess wird durch ein Flussdiagramm (Abb.5) veranschaulicht und die Tabelle der ausgeschlossenen Quellen ist dem Anhang beigefügt (Tab.14).

Tabelle 5-1: Ausschlusskriterien bei der Volltextsichtung, eigene Darstellung

Kriterium	Beschreibung
A1	Volltexte sind nicht zugänglich
A2	Quellen mit einem Publikationsdatum vor 2015
A3	Publikationen, die sich auf ältere Erhebungszeiträume beziehen
A4	Quellen, die nicht in Deutsch oder Englisch verfasst sind.
A5	Quellen, die sich nicht auf internationale Pflegefachkräfte beziehen.
A6	Quellen, die nicht den Krankenhauskontext betreffen.
A7	Quellen ohne einen direkten bzw indirekten Bezug zur Patientensicherheit
A8	Volltext nicht passend zum Thema der Bachelorthesis, anderer Fokus

5.3 Verwendete Suchbegriffe für die Datenbankrecherche

Tabelle 5-2: Verwendete Suchbegriffe für die Datenbankrecherche, eigene Darstellung

Datenbank	Suchbegriffe	Boolsche Operationen und Trunkierungen
PubMed	Employment, foreign educated nurse, foreign nurses, healthcare safety, Hiring, immigrant healthcare workers, Integration, International nurse recruitment, international nurses, medical errors, migrant nurses, Nurse orientation and training, Onboarding, Onboarding of new nurses, Orientation, overseas nurses, patient outcomes, patient safety, quality of care, Recruitment, Recruitment of foreign nurses, Training	AND, OR
Cochrane	Employment, foreign nurses, healthcare safety, Hiring, immigrant healthcare workers, Integration, International nurse recruitment, international nurses, medical errors, migrant nurses, Nurse orientation and training, Onboarding, Onboarding of new nurses, Orientation, overseas nurses, patient outcomes, Patient safety, quality of care, Recruitment, Recruitment of foreign nurses, Training	AND, OR
Livivo	Foreign educated nurses, foreign nurses, patient safety, quality of care	AND, OR

5.4 Beschreibung der verwendeten Datenbanken

5.4.1 Pubmed/MEDLINE

MEDLINE via PubMed ist eine spezialisierte Suchmaschine für Fachdatenbanken und keine eigenständige Datenbank. Sie wird hauptsächlich genutzt, um die Inhalte der Fachdatenbank MEDLINE zu durchsuchen, die von der National Library of Medicine (NLM) der U.S. National Institutes of Health (NIH) bereitgestellt wird. (Nordhausen & Hirt, 2025)

„PubMed ist eine medizinische Datenbank mit mehr als 32 Mio. Datensätzen. Etwa 90% der Literatur ist englischsprachig.“ (Brandenburg et al., 2023, S. 56).

Themenschwerpunkte liegen im Gesundheitsbereich sowie angrenzenden Gebieten im Bereiche der Biochemie und Toxikologie. Die Suchsprache ist Englisch. (Nordhausen & Hirt, 2025)

5.4.2 Cochrane

Die Fachdatenbank Cochrane Library wird von Cochrane/ John Wiley & Sons zur Verfügung gestellt. Sie hat eine Themenvielfalt im Bereich Gesundheit, Medizin und weiteren Bereichen der Gesundheitsversorgung ab. Die zu verwendende Suchsprache ist Englisch. (Nordhausen & Hirt, 2025)

Die Cochrane Library bietet „[s]ystematische Übersichtsarbeiten (Cochrane Reviews einschließlich Reviewprotokollen), randomisiert und quasi randomisiert kontrollierte Studien [...] sowie drei Teilfachdatenbanken.“ (Nordhausen & Hirt, 2025).

5.4.3 LIVIVO

LIVIVO, betrieben vom Zentrum für Bibliotheks- und Informationswissenschaften in den Lebenswissenschaften (ZB MED), ist eine Suchmaschine, die gleichzeitig zahlreiche Datenbanken durchsucht und eine große Anzahl an Themenfeldern anbietet, darunter „*Lebenswissenschaften: Medizin, Gesundheitswesen, Ernährungs-, Umwelt-Agrarwissenschaften, Psychologie und damit verwandte Themengebiete.*“ (Nordhausen & Hirt, 2025).

Sie ermöglicht den Zugriff auf ein vielfältiges Spektrum an Dokumententypen, darunter Zeitschriftenartikel, Dissertationen, Konferenzbeiträge, Gesetzestexte, Bücher und audiovisuelle Medien. Die Benutzeroberfläche steht in deutscher und englischer Sprache zur Verfügung. (Nordhausen & Hirt, 2025)

5.4.4 CINAHL / EBSCO

CINAHL ist eine von Elton B. Stephens Company (EBSCO) bereitgestellte, wöchentlich aktualisierte Fachdatenbank. Sie umfasst ein breites Themenspektrum im Gesundheitswesen – von der Krankenpflege und Hebammenkunde bis hin zu weiteren Gesundheitsberufen. Die Recherche erfolgt in englischer Sprache. (Nordhausen & Hirt, 2025)

5.5 Studienbewertung

Standard for Reporting Qualitative Research (SRQR)

Zur Bewertung der in dieser Arbeit herangezogenen qualitativen Studien wurde der SRQR ausgewählt. Die Entscheidung für dieses Instrument erfolgte unter Einbezug des Enhancing the QUALity and Transparency Of health Research 2023 (EQUATOR Network).

Tabelle 5-3: Die 21 SRQR-Komponenten in deutscher Übersetzung (nach O'Brien et al., 2014), eigene Darstellung

Nr.	SRQR-Komponente	Beschreibung
1	Titel	Sollte das Thema und die Art der qualitativen Studie widerspiegeln.
2	Abstract	Zusammenfassung mit Hintergrund, Zweck, Methoden, Ergebnissen und Schlussfolgerungen.
3	Problemstellung	Beschreibung des Forschungsproblems und seiner Bedeutung.
4	Zielsetzung / Forschungsfrage(n)	Klare Angabe der Ziele und/oder der Forschungsfrage(n).
5	Qualitativer Ansatz und Forschungsparadigma	Beschreibung des Ansatzes (z. B. ethnographisch, phänomenologisch) und ggf. des Paradigmas.
6	Forscherrolle / Beziehung zu Teilnehmenden	Reflexion über die Rolle der Forschenden und ihre Beziehung zu den Teilnehmenden.
7	Kontext	Beschreibung des sozialen und/oder physischen Kontexts der Studie.
8	Samplingstrategie	Begründete Auswahl der Teilnehmenden und/oder Datenquellen.
9	Ethische Überlegungen	Information über Ethikkommission, Einwilligung und Datenschutz.
10	Datenerhebungsmethoden	Detaillierte Darstellung der Erhebungsmethoden (z. B. Interviews, Beobachtungen).
11	Datenerhebung	Dokumentation, wie die Datenerhebung konkret durchgeführt wurde.
12	Datenauswertung	Beschreibung des Analyseprozesses, inklusive Codierung und Themenentwicklung.
13	Vertrauenswürdigkeit	Strategien zur Sicherung von Qualität und Glaubwürdigkeit (z. B. Triangulation, Reflexion).
14	Ergebnisse / Befunde	Darstellung zentraler Ergebnisse mit Belegen aus den Daten.
15	Verknüpfung zu empirischen Daten	Zitate, Beispiele oder andere Evidenzen zur Untermauerung der Ergebnisse.
16	Integration mit früherer Forschung	Einordnung der Befunde in den bestehenden Forschungskontext.
17	Implikationen / Bedeutung / Transferierbarkeit	Diskussion der Relevanz und Anwendbarkeit der Ergebnisse.
18	Einschränkungen	Reflexion über mögliche Begrenzungen der Studie.
19	Interessenkonflikte	Offenlegung möglicher Interessenkonflikte.
20	Finanzierung	Angaben zur Finanzierung und Einfluss der Geldgeber.
21	Sonstige Informationen	Weitere relevante Angaben, z. B. über Anhänge oder ergänzende Materialien.

Der SRQR ist ein umfassender Leitfaden, der entwickelt wurde, um die Transparenz, Nachvollziehbarkeit und Qualität der Berichterstattung über qualitative Forschungsstudien zu verbessern. Ziel des SRQR ist es, eine systematische und einheitliche Struktur für die Darstellung qualitativer Forschung bereitzustellen, die die Vergleichbarkeit und Bewertung solcher Studien erleichtert. Die Entwicklung des SRQR basiert auf der Beobachtung, dass qualitative Studien - im Gegensatz zu quantitativen Studien - häufig

eine große Heterogenität in der Darstellung ihrer methodischen und inhaltlichen Komponenten aufweisen. Insbesondere die Beschreibung des Studiendesigns, die Darstellung methodischer Entscheidungen sowie die Interpretation der Ergebnisse erfolgen häufig uneinheitlich. Um dieser Problematik zu begegnen, definiert der SRQR 21 zentrale Berichtselemente, die zur Qualitätssicherung und besseren Nachvollziehbarkeit qualitativer Forschung beitragen sollen. Die Anwendung des SRQR ist nicht auf ein einziges methodisches Design beschränkt. Vielmehr wurde das Instrument bewusst offen gestaltet, um eine Vielzahl qualitativer Forschungsansätze - darunter phänomenologische, ethnographische, Grounded Theory-basierte sowie fallstudienorientierte Designs - adäquat abbilden zu können. Diese methodische Offenheit macht den SRQR zu einem vielseitig einsetzbaren Instrument zur Förderung von Qualität und Transparenz in der qualitativen Forschung. (O'Brien et al., 2014)

Die Ergebnisse der Bewertung – sowohl die erfüllten als auch die nicht erfüllten Kriterien – werden im Ergebnisteil (ab Kapitel 6.4) dargestellt.

Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE-Statement)

Neben der SRQR wurde das STROBE-Statement ausgewählt, um die definierten quantitativen Studien zu bewerten. Wie beim SRQR wurde auch bei STROBE das EQUATOR Network (2023) genutzt, um das Instrument auszuwählen.

„Das STROBE-Statement wurde entwickelt, um Autoren beim Verfassen von Berichten über analytische Beobachtungsstudien zu helfen, um Herausgebern wissenschaftlicher Zeitschriften und Gutachter bei der Auswahl von Artikeln zur Publikation zu unterstützen und um die Leser veröffentlichter Studien bei deren kritischen Beurteilung zu helfen.“ (Elm et al., 2008, S. 264).

Das STROBE-Statement enthält 22 Kriterien, die sich in sechs übergeordnete Bereiche gliedern lassen (Elm et al., 2008). Um die eingeschlossenen Quellen dieser Arbeit zu bewerten, wurden diese 22 Kriterien zusammengefasst und in einer Tabelle dargestellt (Tab. 4). Die angepasste Version ermöglicht eine systematische Beurteilung von quantitativen Studien und ihren inhaltlichen Schwerpunkten. Im Ergebnisteil dieser Arbeit (ab Kapitel 6.4) werden die Ergebnisse der Bewertung - sowohl die erfüllten als auch die nicht erfüllten Kriterien - dargestellt.

Tabelle 5-4: Zusammenfassung des STROBE-Statement (Elm et al., 2008), eigene Darstellung

Nr.	Hauptbereich	Bewertungspunkte des STROBE-Statement	Empfehlung
1	Titel und Abstract	Punkt 1	Das Design der Studie ist erkennbar Die Formulierung einer Zusammenfassung ist erfolgt
2	Einleitung	Punkte 2 und 3	Der wissenschaftliche Hintergrund wird erläutert Die Zielsetzung ist formuliert und angegeben
3	Methoden	Punkte 4 bis 12	Die Elemente des verwendeten Studiendesigns sind erläutert Angaben zum Zeitrahmen und Setting liegen vor Verwendete Daten- und Messmethoden sind angegeben Datenauswertung liegt vor Mögliche Verzerrungen (Bias und Confounder) sind angegeben und der Umgang beschrieben (oder unter Punkt 4)
4	Ergebnisse	Punkte 13 bis 17	Ergebnisdaten sind angegeben Angaben zu deskriptiven Daten wurden getroffen Angaben zu weiteren Auswertung sind gegeben
5	Diskussion	Punkte 18 bis 21	Zusammenfassung der Ergebnisse liegt vor Diskussion der Ergebnisse ist erfolgt Angaben von Stärken und Limitationen
6	Zusatzinformation	Punkt 22	Finanzierung der Studie

5.6 Bewertung der Evidenz

Das Level of Evidence (LoE) beschreibt ein hierarchisches Bewertungssystem, das die Qualität und Aussagekraft wissenschaftlicher Studien anhand ihrer Methodik und ihres Designs klassifiziert. Es wird vor allem in der evidenzbasierten Medizin (EBM) verwendet, um die Verlässlichkeit von Forschungsergebnissen zu bewerten und klinische Entscheidungen zu unterstützen. (Nolte, 2019).

Folgende Übersicht zeigt eine gängige Einteilung (Nolte, 2019):

- Level I: Systematische Reviews oder Meta-Analysen von randomisierten kontrollierten Studien (RCTs) mit hoher Qualität. Dies gilt als die stärkste Evidenz
- Level II: Einzelne randomisierte kontrollierte Studien mit gutem Design
- Level III: Nicht-randomisierte kontrollierte Studien
- Level IV: Fall-Kontroll-Studien oder Kohortenstudien
- Level V: Systematische Reviews von qualitativen oder deskriptiven Studien
- Level VI: Einzelne qualitative oder deskriptive Studien
- Level VII: Expertenmeinungen, Berichte von Fachkomitees oder narrative Übersichtsarbeiten

Höhere Evidenzgrade (z. B. Level I und II) sind mit einem geringeren Risiko von Verzerrungen verbunden und gelten als wissenschaftlich zuverlässiger. Niedrigere Evidenzstufen (z. B. Level VI und VII) sind oft subjektiver, können aber wertvolle Informationen liefern. Das LoE-System ist in erster Linie auf quantitative Forschung ausgerichtet und kann qualitative Studien, die oft kontextabhängige und subjektive Ergebnisse liefern, nicht angemessen bewerten.

Im Rahmen dieser Arbeit wurden die berücksichtigten Quellen anhand des Level-of-Evidence-Systems eingeordnet – jedoch ausschließlich zu dem Zweck, deren wissenschaftliche Verortung aufzuzeigen. Die Untersuchung befasst sich mit der Rekrutierung und Einarbeitung ausländischer Pflegekräfte als möglichem Einflussfaktor auf die Patientensicherheit. Dabei stehen nicht nur objektiv messbare Effekte im Mittelpunkt, sondern insbesondere auch subjektive Erfahrungen, institutionelle Rahmenbedingungen sowie zwischenmenschliche Dynamiken.

Fast alle ausgewerteten Studien basieren auf qualitativen Forschungsmethoden wie Interviews, Fallstudien oder Beobachtungen. Diese zielen auf individuelle Sichtweisen und kontextabhängige Prozesse ab, wodurch sie sich nur schwer in ein standardisiertes Evidenzniveau einordnen lassen. Eine rein evidenzbasierte Bewertung würde der thematischen Komplexität nicht gerecht werden und könnte relevante qualitative Erkenntnisse unangemessen abwerten.

Die Entscheidung, das Level-of-Evidence-System lediglich zur allgemeinen wissenschaftlichen Einordnung heranzuziehen, bezieht somit die methodische Vielfalt und thematischen Breite der verwendeten Quellen ein. Die Einstufungen nach dem LoE werden im Ergebnisteil dieser Arbeit (ab Kapitel 6.4) dargestellt.

6 Ergebnisse der Quellenrecherche

6.1 Darstellung der Recherche

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der im Kapitel 5 beschriebenen Quellenrecherche vorgestellt. Zunächst erfolgt eine tabellarische Darstellung der in den Datenbanken gefundenen Treffer. Im Anschluss daran veranschaulicht ein Flussdiagramm den Ablauf der Auswahl. Die analysierten Volltexte werden im Anschluss dargestellt und die zentralen Erkenntnisse abschließend in einer Ergebnismatrix zusammengeführt.

6.2 Suchverläufe der Datenbankrecherchen

Tabelle 6-1: Darstellung der Recherche in Cochrane Library, eigene Darstellung

Datenbank	Suchblock	Nummer	Suchbegriffe, Verknüpfungen, Boolesche Operationen	Filter	Treffer
Cochrane Library	Block 1	1	(Patient safety):ti,ab,kw		103066
		2	(quality of care):ti,ab,kw		84728
		3	(patient outcome):ti,ab,kw		244793
		4	(healthcare safety):ti,ab,kw		5150
		5	(medical errors):ti,ab,kw		2153
		6	#1 or #2 or #3 or #4 or #5		356980
	Block 2	7	(foreign nurses):ti,ab,kw		38
		8	(international nurses):ti,ab,kw		754
		9	(migrant nurses):ti,ab,kw		5
		10	(overseas nurses):ti,ab,kw		7
		11	#7 OR #8 OR #9 OR #10		792
	Block 3	12	(recruitment):ti,ab,kw		37352
		13	(hiring):ti,ab,kw		132
		14	(employment):ti,ab,kw		8267
		15	(integration):ti,ab,kw		8270
		16	(recruitment of foreign nurses):ti,ab,kw		6
		17	(international nurse recruitment):ti,ab,kw		170
		18	#12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17		43359
	Block 4	19	(onboarding):ti,ab,kw		103
		20	(orientation):ti,ab,kw		6713
		21	(training):ti,ab,kw		140926
		22	(nurse orientation and training):ti,ab,kw		63
		23	#19 OR #20 OR #21 OR #22		146451
	Ergebnisse	24	#6 AND #11		423
		25	#24 AND #18		203
		26	#25 AND #23		82
		27	#26	from 2015 - 2025	76

Tabelle 6-2: Darstellung der Recherche in der Datenbank PubMed/MEDLINE, eigene Darstellung

Datenbank	Suchblock	Nummer	Suchbegriffe, Trunkierung, Verknüpfung	Filter	Treffer
PubMed/ MEDLINE	Block 1	1	(patient safety[Title/Abstract]) OR (patient safety[MeSH Terms])		63,484
		2	(quality of care[Title/Abstract]) OR (quality of care[MeSH Terms])		8,698,831
		3	(patient outcomes[Title/Abstract])		76,249
		4	(healthcare safety[Title/Abstract]) OR (healthcare safety[MeSH Terms])		23,692
		5	(medical errors[Title/Abstract]) OR (medical errors[MeSH Terms])		127,716
		6	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5		8,805,665
	Block 2	7	(foreign nurses[Title/Abstract]) OR (foreign nurses[MeSH Terms])		583
		8	(international nurses[Title/Abstract]) OR (international nurses[MeSH Terms])		621
		9	(migrant nurses[Title/Abstract]) OR (migrant nurses[MeSH Terms])		237
		10	(overseas nurses[Title/Abstract]) OR (overseas nurses[MeSH Terms])		287
		11	(immigrant healthcare workers[Title/Abstract]) OR (immigrant healthcare workers[MeSH Terms])		3,9
		12	((foreign educated nurse[Title/Abstract])) OR (foreign educated nurse[MeSH Terms])		742
		13	#7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12		5,396
	Block 3	14	Recruitment[Title/Abstract]		173,474
		15	((Hiring[Title/Abstract])) OR (Hiring[MeSH Terms])		17,025
		16	(Employment[Title/Abstract]) OR (Employment[MeSH Terms])		164,447
		17	integration[Title/Abstract]		274,179
		18	(recruitment foreign nurses[Title/Abstract]) OR (recruitment foreign nurses[MeSH Terms])		97
		19	international nurse recruitment[Title/Abstract]		24
		20	#14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19		616,1
		21	Onboarding[Title/Abstract]		690
	Block 4	22	(orientation[Title/Abstract]) OR (orientation[MeSH Terms])		193,231
		23	(Training[Title/Abstract]) OR (Training[MeSH Terms])		1,440,798
		24	(onboarding new nurses[Title/Abstract]) OR (onboarding new nurses[MeSH Terms])		46
		25	(nurse orientation and training[Title/Abstract]) OR (nurse orientation training[MeSH Terms])		2,601
		26	#21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25		1,621,351
		Ergebnisse	27	#6 AND #13	
	28		#27 AND #20		423
	29		#27 AND #26		920
	30		#28 AND #29		220
	31		#28 AND #29	from 2015 - 2025	77

Tabelle 6-3: Darstellung der Recherche im Suchportal LIVIVO, eigene Darstellung

Datenbank	Suchblock	Nummer	Suchbegriffe, Verknüpfungen, Boolesche Operationen	Filter	Treffer	
LIVIVO	Block 1	1	Patient safety (Freie Suche)			
		2	quality of care (Freie Suche)			
		3	#1 OR #2	2015-2025		
	Block 2	4	foreign nurses (Freie Suche)			
		5	foreign educated nurses (Freie Suche)			
		6	#4 OR #5	2015-2025		
	Ergebnisse			Summe aller Suchkombinationen		
		7	#3 AND #6	2015-2025	64	
				Duplikatausschluss		-2
				Ergebnisse	2015-2025	62

Im Suchportal LIVIVO erfolgte eine direkte Sucheingabe mit verschiedenen Suchkombinationen, daher sind die einzelnen Treffer nicht nachzuvollziehen.

6.3 Flussdiagramm

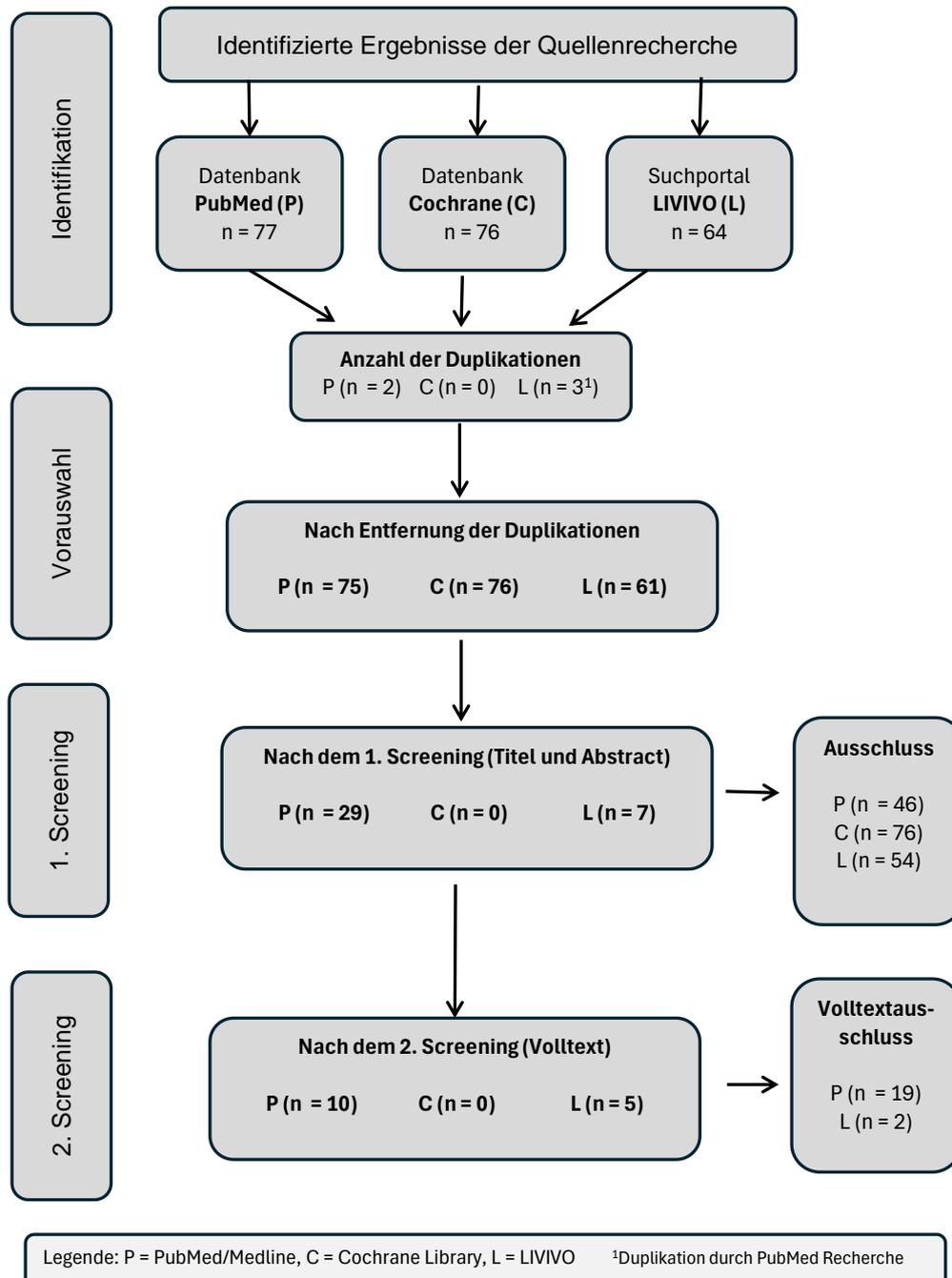


Abbildung 6-1: Flussdiagramm der Quellenrecherche, eigene Darstellung

6.4 Ergebnisse der Datenbankrecherchen

Im Zentrum der Ergebnisdarstellung steht die Analyse des Zusammenhangs zwischen dem Einsatz ausländischer Pflegekräfte im Krankenhaus, deren Rekrutierung und Einarbeitung sowie den Einflussfaktoren auf die Patientensicherheit. Die nachfolgenden Darstellungen basieren ausschließlich auf den ausgewerteten Quellen und geben deren Inhalte in Bezug auf diesen Zusammenhang wieder. Eigene Bewertungen oder Interpretationen erfolgen an dieser Stelle nicht. Eine vertiefende Betrachtung länderspezifischer Unterschiede in Gesundheits- und Ausbildungssystemen wird bewusst ausgeschlossen. Auch weiterführende Informationen, die nicht unmittelbar zum Untersuchungsfokus gehören, bleiben unberücksichtigt.

Alexis & Shillingford (2015) untersuchten in ihrer qualitativen Studie die Erfahrungen international rekrutierter Pflegekräfte im Bereich der Neugeborenenpflege (Internationally recruited neonatal nurses, IRNNs) im National Health Service (NHS) in London. Der Fokus lag auf den Herausforderungen während der Einarbeitungsphase sowie auf Faktoren, die die berufliche Integration und die Qualität der patientenbezogenen Versorgung beeinflussen. Die Datenerhebung erfolgte mittels semi-strukturierter Interviews mit 13 weiblichen IRNNs von den Philippinen und aus Jamaika. Die Interviews, mit einer Dauer von jeweils 30 bis 60 Minuten, wurden wörtlich transkribiert und den Teilnehmenden zur Überprüfung vorgelegt.

Die Ergebnisse der Studie verdeutlichen Problembereiche, mit denen IRNNs konfrontiert sind. Einige Teilnehmende berichteten, gezielt durch ihre Vorgesetzten rekrutiert worden zu sein, sahen sich jedoch bei ihrer Ankunft mit einem unzureichend vorbereiteten organisatorischen und personellen Umfeld konfrontiert. Besonders die fehlenden strukturierten Einarbeitungsprozesse wurden als belastend beschrieben und in Zusammenhang mit einem erhöhten Stressniveau gebracht. Aus Sicht der befragten Pflegekräfte könne dies negative Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung haben.

Ein wiederkehrendes Thema war der chronische Personalmangel in der neonatologischen Pflege. Die Interviewten wiesen darauf hin, dass dieser Mangel potenziell die Versorgungsqualität und -sicherheit beeinträchtigen könne. Diese Einschätzung stand im Einklang mit bestehenden Forschungsergebnissen, die eine hohe Arbeitsbelastung von Pflegekräften mit reduzierter Patientensicherheit, geringerer Arbeitszufriedenheit und erhöhter Personalfuktuation in Verbindung bringen.

Ein weiterer thematischer Schwerpunkt lag auf der begrenzten Nutzung und Anerkennung beruflicher Kompetenzen. Mehrere IRNNs berichteten, Tätigkeiten auszuführen, die unterhalb ihres Ausbildungs- und Kompetenzniveaus lagen, was von ihnen als Dequalifizierung empfunden wurde. Ursächlich hierfür wurden unklare Rollenprofile sowie eingeschränkte Möglichkeiten zur Anwendung vorhandener Qualifikationen im Berufsalltag benannt.

In diesem Zusammenhang wurde auch die Rolle des Nursing and Midwifery Council (NMC) hervorgehoben. Als zuständige Regulierungsbehörde ist der NMC für die Anerkennung internationaler Pflegequalifikationen im Vereinigten Königreich verantwortlich. Ohne diese Validierung ist die Ausübung erweiterter pflegerischer Tätigkeiten nicht gestattet, da andernfalls Risiken für die Patientensicherheit bestehen könnten.

Trotz der beschriebenen Herausforderungen äußerten einige Teilnehmerinnen eine grundsätzlich positive Einschätzung der beruflichen Entwicklungsperspektiven im NHS – insbesondere unter der Voraussetzung weiterentwickelter Anerkennungsverfahren und verbesserter struktureller Rahmenbedingungen.

Die Studie erfüllt zum Großteil die Anforderungen der SRQR. Ein vollständiger Abstract fehlt, jedoch sind die Forschungsziele, Methoden und Ergebnisse in den ersten Seiten klar beschrieben. Gemäß dem LoE wird die Studie auf Stufe IV eingeordnet.

Almansour et al. (2022) untersuchten die Wahrnehmung der Arbeitszufriedenheit ausländischer Pflegekräfte im Vergleich zu einheimischen Pflegekräften in Saudi-Arabien. Die Untersuchung wurde im Rahmen einer Dissertation durchgeführt. Grundlage der Studie bilden 26 halbstrukturierte Interviews, die zwischen Mai 2014 und Februar 2015 mit Pflegekräften unterschiedlicher Herkunft, in Krankenhäusern vor Ort geführt wurden. Durch offene Fragestellungen erhielten die Teilnehmenden die Möglichkeit, ihre individuellen Erfahrungen im Hinblick auf die Arbeitszufriedenheit frei zu schildern. Die Interviews wurden anschließend transkribiert und analysiert.

Einige der geschilderten Aspekte, wie etwa lange Schichten oder der Umgang mit Ärzten, betreffen sowohl einheimische als auch ausländische Pflegekräfte. Dennoch konnten fünf zentrale Themen benannt werden, die als besondere Herausforderungen in der Wahrnehmung der Arbeitszufriedenheit unter ausländischen Pflegekräften hervorstachen.

Ein wesentlicher Aspekt stellt die Trennung von der Familie dar. Viele der ausländischen Pflegekräfte leiden unter der räumlichen Distanz zu ihren Angehörigen. Besonders schwierig ist die Situation für unverheiratete Pflegekräfte, die häufig nur einen sogenannten „*Single*“-Vertrag erhalten, welcher eine Nachholung der Familie erschwert. Im Gegensatz dazu verfügen verheiratete Pflegekräfte in der Regel über einen „*Married*“-Vertrag, der den Familiennachzug erleichtert und somit zu einer höheren Zufriedenheit beiträgt. (Almansour et al., S. 127–128)

Diese Ungleichbehandlung führt bei den Betroffenen nicht selten zu Unzufriedenheit und einem Gefühl der Benachteiligung.

Auch Sprachbarrieren stellen eine erhebliche Herausforderung dar. Zwar erfolgt die interne Kommunikation im therapeutischen Team auf Englisch und entsprechende Sprachkenntnisse sind eine grundlegende Voraussetzung für die Tätigkeit im Krankenhaus. Doch führt der oft fehlende Zugang zur arabischen Sprache, insbesondere im direkten Kontakt mit Patienten, zu erheblichen Problemen. Da die Mehrheit der Patienten ausschließlich Arabisch spricht, sind ausländische Pflegekräfte ohne entsprechende Sprachkenntnisse in ihrer kommunikativen Handlungsfähigkeit häufig deutlich eingeschränkt.

Ein weiterer Problembereich betrifft die Gehaltsstruktur und Vergütung. Zwar erscheint das Gehalt auf den ersten Blick attraktiv, doch führen wahrgenommene Unterschiede in der Bezahlung – insbesondere in Abhängigkeit von der Nationalität – langfristig zu Unzufriedenheit. Auch die Qualität der bereitgestellten Unterkünfte variiert erheblich zwischen verschiedenen Einrichtungen und wird von den Befragten teilweise kritisch bewertet.

Darüber hinaus zeigen sich bei den befragten ausländischen Pflegekräften Zweifel an ihren beruflichen Zukunftsaussichten. Der Zugang zu saudischen Hochschulen bleibt ihnen oftmals verwehrt, was Weiterbildungs- und Aufstiegsmöglichkeiten erheblich einschränkt. Hinzu kommt eine fehlende langfristige Sicherheit, da eine dauerhafte Aufenthaltsgenehmigung schwer zu erlangen ist. Diese strukturellen Barrieren führen dazu, dass viele ausländische Pflegekräfte ihre berufliche Situation als wenig nachhaltig empfinden.

Nicht zuletzt thematisieren die Interviewten kulturelle Unterschiede und eine aus ihrer Sicht mangelhafte Professionalität einiger saudischer Kollegen. Insbesondere neu eingestellte Mitarbeitende würden mitunter fehlendes Engagement und mangelnde Arbeitsdisziplin zeigen, was zu Frustration im Arbeitsalltag führe.

Die Arbeitszufriedenheit ausländischer Pflegekräfte wird in Saudi-Arabien durch eine Vielzahl von Faktoren beeinträchtigt – allen voran durch soziale Isolation, Sprachbarrieren, ungleiche Vergütung, eingeschränkte Perspektiven sowie wahrgenommene Defizite im professionellen Umfeld. Die Autoren betonen, dass gezielte Maßnahmen, wie eine faire und transparente Rekrutierungspolitik sowie strukturierte Einarbeitungsprogramme, entscheidend zur Förderung des Wohlbefindens und der Bindung ausländischer Pflegekräfte beitragen können.

Die Studie erfüllt in weiten Teilen die Kriterien der SRQR. Eine klarere Reflexion der Rolle der Forschenden, insbesondere hinsichtlich potenzieller Einflussfaktoren auf die Datenerhebung und -auswertung, wäre jedoch wünschenswert gewesen. Ebenso fehlt ein expliziter Abschnitt über die Limitationen der Studie, der zur Einordnung der Ergebnisse beitragen könnte. Aufgrund der gewählten qualitativen Methodik sowie der auf subjektiven Erfahrungen basierenden Daten wird die Studie gemäß dem LoE auf Stufe IV eingeordnet.

Cubelo et al. (2024) beschreiben in einer systematische Übersichtsarbeit die Einflussfaktoren sowohl auf die Arbeitszufriedenheit als auch die professionellen Kompetenzen international ausgebildeter Pflegekräfte (Internationally Educated Nurses, IENs) im Rahmen ihrer beruflichen Integration. Ziel der Studie war es, die bestehende Literatur zu analysieren und zentrale Herausforderungen zu identifizieren, denen IENs während der Migration, der Integration und im weiteren Verlauf ihrer beruflichen Laufbahn in Gesundheitseinrichtungen begegnen. Im Rahmen der systematischen Literaturschau wurden insgesamt elf relevante Studien einbezogen, die qualitative, quantitative sowie gemischte Ansätze kombinierten.

Die Ergebnisse der Analyse lassen sich in drei Schwerpunkten zuordnen: Anforderungen während Migration und Tätigkeitsbeginn, Herausforderungen im Rahmen der beruflichen Integration sowie berufsbezogene Hürden und Bindungsstrategien nach erfolgter Migration.

Bereits während der Migration wirken sich Faktoren wie Sprachkenntnisse und die Trennung von Familienangehörigen im Rahmen des Rekrutierungsprozesses erheblich auf die Arbeitszufriedenheit der IENs aus. Viele Betroffene litten unter Heimweh, was sich negativ auf ihre berufliche Leistungsfähigkeit auswirkte.

Zudem stellte insbesondere der Erwerb eines Visums eine große Hürde dar. Sprachprüfungen, Fachtests und Sicherheitsüberprüfungen mussten durchlaufen werden. Häufig traten IENs zunächst in Einstiegspositionen ein, obwohl sie über fundierte Berufserfahrung verfügten, was sich ungünstig auf Gehalt und Arbeitsbedingungen auswirkte. Zudem wurden sie häufig unzureichend über den Anerkennungsprozess zur registrierten Pflegekraft informiert und stattdessen auf eine Tätigkeit als lizenzierte Pflegekraft verwiesen. Auch mangelhafte Informationen über das Aufnahmeland führten häufig zu Unsicherheit und Frustration.

Die Integration der IENs in den klinischen Alltag gestaltete sich ebenfalls herausfordernd und hatte unmittelbare Auswirkungen auf die Arbeitszufriedenheit. Eine zentrale Rolle spielten dabei strukturierte Einarbeitungsprozesse sowie Mentoringprogramme. Zwar erwies sich ein klar definierter klinischer Orientierungsprozess als entscheidend für eine erfolgreiche Integration, wurde jedoch in vielen Fällen als unzureichend wahrgenommen. Auch Mentoring-Programme zeigten sich hinsichtlich Qualität und Verfügbarkeit uneinheitlich. Besonders positiv wurden Mentoren mit ähnlichem Migrationshintergrund wahrgenommen, da diese häufig ein vertieftes Verständnis für die spezifischen Herausforderungen mitbrachten.

Ein bedeutendes Hindernis stellten zudem kulturelle Barrieren dar. Viele IENs berichteten von einem Kulturschock und erlebten Kommunikationsschwierigkeiten – sowohl im Kontakt mit Patienten als auch im interprofessionellen Team. Vorurteile führten teilweise dazu, dass die berufliche Kompetenz der IENs infrage gestellt wurde, was sich negativ auf ihre professionelle Anerkennung auswirkte.

Auch Sprachbarrieren wurden als wiederkehrende Herausforderung beschrieben. Obwohl die meisten IENs über grundlegende Sprachkenntnisse verfügten, führten Kommunikationsprobleme häufig zu Missverständnissen, Stresssituationen und einer Verschlechterung der Pflegequalität. In einigen Ländern stellte zudem der Gebrauch von regionalen Dialekten, der Umgangs- oder Fachsprache eine zusätzliche Hürde dar.

Die Unterstützung durch Führungskräfte und Kollegen stellte einen weiteren entscheidenden Faktor dar. In mehreren Fällen fehlten grundlegende Informationen, Wertschätzung und das Gefühl der Gleichbehandlung. Dies führte zu Frustration und sozialer Isolation. Berichte über Diskriminierung und Ungleichbehandlung – etwa aufgrund ethnischer Herkunft oder Nationalität – verdeutlichen die Notwendigkeit struktureller Veränderungen auf organisatorischer Ebene.

Neben institutioneller Unterstützung spielte auch das soziale Umfeld eine wichtige Rolle. Ein stabiles soziales Netzwerk – etwa durch Familie, andere IENs oder gemeinschaftlich verbundene Gruppen – hatte einen positiven Einfluss auf das Wohlbefinden und die Arbeitszufriedenheit. Viele IENs wünschten sich Möglichkeiten für gemeinsame Aktivitäten und gegenseitige Unterstützung, beispielsweise im Bereich der Kinderbetreuung. Solche sozialen Verbindungen förderten das Gefühl von Zugehörigkeit und Stabilität im neuen beruflichen Umfeld.

Nach der Migration sahen sich IENs mit verschiedenen beruflichen Herausforderungen konfrontiert, die ihre Zufriedenheit und langfristige Bindung an den Arbeitgeber wesentlich beeinflussten. Besonders zentral war dabei die Frage der beruflichen Entwicklung. Während einige IENs Positionen innehatten, die ihrer Qualifikation nicht entsprachen, gelang es anderen, bis in leitende Positionen aufzusteigen. Der Zugang zu Fort- und Weiterbildungsangeboten sowie konkrete Entwicklungsperspektiven erwiesen sich als Schlüsselfaktoren für die Arbeitszufriedenheit.

Ein weiteres Problemfeld betraf Diskriminierung und ungleiche Behandlung. Unterschiede in der Entlohnung zwischen IENs und lokal ausgebildeten Pflegekräften – sowie zwischen IENs unterschiedlicher Herkunft – führten zu Unzufriedenheit und dem Gefühl, sich übermäßig beweisen zu müssen. Solche Ungleichbehandlungen untergruben nicht nur das Zugehörigkeitsgefühl, sondern beeinflussten auch die berufliche Motivation der Betroffenen negativ.

Hinzu kamen hohe Arbeitsbelastung und Ressourcenmangel, die in vielen Einrichtungen vorherrschten. Der häufig beklagte Personalmangel wirkte sich unmittelbar auf die Arbeitsqualität aus und führte zu Frustration. IENs betonten die Bedeutung transparenter und gerechter Arbeitsverteilung sowie klar definierter Aufgabenbereiche zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen.

Besonders relevant für die langfristige Mitarbeiterbindung waren Aspekte wie Selbstbestimmung und berufliche Anerkennung. IENs legten großen Wert darauf, eigenverantwortlich arbeiten und Entscheidungen treffen zu können. Die Anerkennung ihrer fachlichen Kompetenzen sowie ein respektvoller, diskriminierungsfreier Umgang im Team waren zentrale Voraussetzungen für Zufriedenheit und nachhaltige Bindung an den Arbeitsplatz.

Abschließend betont die Studie die Notwendigkeit interdisziplinärer Zusammenarbeit, um die Integration international ausgebildeter Pflegekräfte in Gesundheitssysteme und Gesellschaft nachhaltig zu fördern.

Die Studie erfüllt die Anforderungen der SRQR, wobei lediglich die Rolle der Forschenden nicht explizit benannt wird. Gemäß LoE ist sie aufgrund der Integration qualitativer und quantitativer Daten dem Evidenzniveau III–IV zuzuordnen.

Cubelo et al. (2023) untersuchten die Erfahrungen von philippinischen international ausgebildeten Pflegekräften (Filipino internationally educated nurses, FIENs) in Finnland im Hinblick auf den Anerkennungs- und Zertifizierungsprozess, den sie durchlaufen müssen, um in Finnland als RNs arbeiten zu können. Der Fokus liegt auf den Herausforderungen und Erfolgen, die sie während der Rekrutierung und Integration erleben.

Die Studie basiert auf 10 qualitativen Interviews mit FIENs, die gezielt aus Universitätskrankenhäusern in Finnland rekrutiert wurden. Die Interviews wurden auf Philippinisch, Englisch und der philippinischen Alltagssprache Cebuano durchgeführt, um kulturelle und sprachliche Barrieren zu minimieren. Jedes Interview dauerte zwischen 55 und 90 Minuten und wurde mit Zustimmung der Teilnehmer aufgezeichnet und transkribiert.

Drei zentrale Themenkomplexe lassen sich aus den Daten ableiten: Vorerfahrungen und Herausforderungen vor der Migration, eine ambivalente Integrationsphase sowie Unsicherheiten hinsichtlich einer langfristigen Migration.

Der Migrations- und Anerkennungsprozess philippinischer Pflegekräfte in Finnland ist von zahlreichen Herausforderungen, aber auch strukturellen Chancen geprägt. Bereits vor der Migration sahen sich die FIENs mit einem komplexen und belastenden Auswahlverfahren konfrontiert. Dieses umfasste neben umfangreichen Interviews und

Sprachprüfungen auch die Anerkennung ihrer pflegerischen Qualifikationen sowie erhebliche finanzielle Hürden. Viele Teilnehmende mussten ihre bisherigen Tätigkeiten aufgeben oder stark einschränken, um sich auf den Umzug nach Finnland vorzubereiten – insbesondere um Sprachkurse zu absolvieren. Während einige Pflegekräfte diese Doppelbelastung von Arbeit und Sprachkursen bewältigen konnten, waren andere auf finanzielle Unterstützung angewiesen. Verunsicherung herrschte zudem hinsichtlich der genauen Anerkennungsverfahren. Viele FIENs nahmen zunächst an, sie müssten ihre gesamte Ausbildung in Finnland wiederholen, und erst nach ihrer Ankunft wurde deutlich, dass ein Aufbauprogramm ausreichte und die im Heimatland erworbene Berufserfahrung zumindest teilweise anerkannt wurde. Die enge Zusammenarbeit zwischen Hochschulen, Arbeitgebern und Rekrutierungsagenturen unterstützte diesen Prozess und stärkte das Vertrauen der FIENs in eine berufliche Zukunft als RN in Finnland. Besonders gefragt waren Bewerber mit Auslandserfahrung, da ihnen eine größere Anpassungsfähigkeit und Lernbereitschaft hinsichtlich der Sprache zugeschrieben wurde.

Die Phase der Integration in das finnische Gesundheitssystem war von Unsicherheiten und Differenzerfahrungen geprägt. Die Erwartungen an die sprachliche Kompetenz der FIENs erwiesen sich in der Praxis allerdings als überzogen. Obwohl sie formale Sprachtests bestanden hatten, entsprach ihr sprachliches Niveau oftmals nicht dem in der beruflichen Kommunikation geforderten. Besonders der Unterschied zwischen dem in Kursen erlernten Standardfinnisch und der tatsächlich gesprochenen Umgangssprache führte zu erheblichen Verständigungsschwierigkeiten mit Kollegen. Einige FIENs berichteten, sich nicht zu trauen, Rückfragen zu stellen, und versuchten, über stilles Beobachten zu lernen.

Die Arbeitsbedingungen seien anfangs ebenfalls schwierig gewesen. Parallel zur praktischen Tätigkeit mussten die Pflegekräfte verpflichtende Schulungen absolvieren, die zunächst nicht als Arbeitszeit anerkannt wurden. Erst später wurde diese Praxis angepasst, sodass Schulungstage als Arbeitstage gewertet wurden. Zusätzlich erschwerten nonverbale Signale seitens der Kollegen – etwa skeptisches Verhalten – das Ankommen im neuen Arbeitsumfeld und riefen Zweifel an der eigenen beruflichen Kompetenz hervor.

Die Unsicherheit, ob ein langfristiger beruflicher Verbleib in Finnland sinnvoll und möglich sei, war bei vielen FIENs spürbar. Kulturelle Barrieren, ein teilweise als unfreundlich empfundenenes Arbeitsklima, fehlende Wertschätzung und mangelnde Integration führten dazu, dass einige Teilnehmende den Wunsch hegten, Finnland wieder zu verlassen.

Trotz dieser Schwierigkeiten zeigte eine Studie auch positive Beispiele. So ermöglichte ein speziell entwickeltes Aufbauprogramm in Kooperation mit einer finnischen Hochschule den FIENs, direkt als RNs einzusteigen. Dieses Zusatzprogramm verbesserte nicht nur ihre sprachlichen Fähigkeiten, sondern auch ihre fachliche und kulturelle Vorbereitung auf den Pflegeberuf in Finnland erheblich. Allerdings handelte es sich bei dieser Kohorte um die erste und bislang einzige Gruppe, die auf diesem Weg rekrutiert wurde – ein strukturelles Problem, das laut den Autoren weiterer Forschung bedarf.

Ein grundsätzliches Hindernis für eine breitere Anerkennung ausländischer Pflegekräfte ist das Fehlen eines standardisierten Bildungs- und Anerkennungsmodells für Pflegekräfte aus Nicht-EU-/EWR-Staaten. Diese Lücke führt häufig zu Dequalifikation – also dem beruflichen Abstieg erfahrener Pflegekräfte in niedrigere Positionen, etwa als Pflegehilfen – da ihre formalen Qualifikationen nicht vollständig anerkannt werden. Zwar ist das Verfahren bewusst streng, um Patientensicherheit zu garantieren, doch erschwert dies gleichzeitig eine geregelte und faire Integration qualifizierter Arbeitskräfte in den finnischen Pflegeberuf. Besonders das Zulassungssystem der nationalen Behörde Valvira stellt eine Herausforderung dar. Für internationale Pflegekräfte sind die sprachlichen Anforderungen hoch und die inhaltlichen Anerkennungsprozesse komplex. Eine Sprachprüfung vor der Anreise reicht oft nicht aus, um die im Berufsalltag notwendige Kommunikationsfähigkeit sicherzustellen. Die Autoren der Studie fordern daher die Entwicklung standardisierter Instrumente zur spezifischen Beurteilung von Sprachkompetenz im Gesundheitswesen.

Trotz aller Barrieren erhielten schließlich alle in der Studie befragten FIENs ihre Zulassung als examinierte Pflegekräfte in Finnland. Ausschlaggebend war hier vor allem die enge Kooperation zwischen Arbeitgebern, Bildungseinrichtungen und Vermittlungsagenturen – ohne deren Unterstützung wäre der Anerkennungsprozess kaum zu bewältigen gewesen. Dennoch blieb auch nach der erfolgreichen Qualifikation bei einigen Pflegekräften die Unsicherheit bestehen, ob sie langfristig in Finnland bleiben möch-

ten. Fortbestehende Sprachbarrieren und kulturelle Unterschiede erschwerten weiterhin die tägliche Arbeit sowie die soziale Integration. Letztlich verließ nur eine von den zehn befragten Personen Finnland, um in einem anderen Land bessere berufliche Perspektiven ohne sprachliche Hürden zu verfolgen.

Zusammenfassend verdeutlicht die Studie die vielschichtigen Herausforderungen und ambivalenten Erfahrungen FIENs auf dem Weg zur Anerkennung und beruflichen Etablierung in Finnland. Sie hebt zugleich hervor, wie essenziell gezielte Unterstützungsmaßnahmen, transparente Verfahren und institutionelle Zusammenarbeit für eine gelingende und nachhaltige Integration internationaler Fachkräfte in das finnische Gesundheitssystem sind.

Die Studie erfüllt die Anforderungen der SRQR und ist gemäß dem LoE aufgrund ihres qualitativen Designs der Stufe IV zuzuordnen.

Germack et al. (2017) untersuchten in einer retrospektiven Querschnittsstudie den Zusammenhang zwischen dem Einsatz von ausländisch ausgebildeten Pflegekräften (Foreign Educated Nurses, FENs) in US-amerikanischen Krankenhäusern und der Patientenerfahrung. Die Stichprobe umfasste Daten von 425 Krankenhäusern in den vier bevölkerungsreichsten Staaten: Kalifornien, Florida, New Jersey und Pennsylvania. Insgesamt wurden Daten von 118.400 Patienten und 20.674 Pflegekräften analysiert. Für die Datenerhebung wurden drei etablierte Quellen genutzt. Die öffentlich zugänglichen Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems-Daten (HCAHPS), der Penn Multi-State Nursing Care and Patient Safety Survey, sowie der Annual Survey der American Hospital Association (AHA). Die HCAHPS-Daten erfassen mittels standardisierter Patientenbefragungen verschiedene Aspekte der Behandlungserfahrung wie Kommunikation, Pflegequalität, Schmerzmanagement und Gesamtzufriedenheit und dienen dem Vergleich der Behandlungsqualität zwischen Kliniken. Der Penn Nursing Survey liefert Einschätzungen des Pflegepersonals zu Arbeitsbedingungen und Patientensicherheit, während der AHA Survey strukturelle Informationen zu Krankenhäusern wie Personalausstattung, Größe und Leistungsangebot liefert.

Für die Auswertung wurden lineare Regressionsanalysen verwendet, um den Zusammenhang zwischen dem Anteil der FENs - unabhängige Variable - und den von den

Patienten berichteten Erfahrungen - abhängige Variable - zu untersuchen. Dabei wurden relevante Einflussfaktoren auf Krankenhaus- und Pflegeebene kontrolliert, darunter Personalausstattung, Arbeitsumgebung und Qualifikationsniveau des Pflegepersonals.

Die Ergebnisse zeigten, dass ein um 10 % erhöhter FENs-Anteil in Krankenhäusern signifikant mit negativen Patientenbewertungen einherging – insbesondere in Bezug auf die Kommunikation des Pflegepersonals, die rechtzeitige Hilfeleistung, die Erklärung von Medikamenten und das Schmerzmanagement. Diese Zusammenhänge blieben auch nach statistischer Kontrolle relevanter Krankenhauscharakteristika bestehen. Ähnliche Tendenzen zeigten sich auch in vergleichbaren Studien aus England sowie in weiteren Analysen auf der Basis von AHA-Daten.

Die Autoren interpretieren die Ergebnisse dahingehend, dass eine hohe Anzahl von FENs mit einer subjektiv schlechter wahrgenommenen Pflegequalität einhergehen kann. Als mögliche Ursachen sehen sie Unterschiede in der Ausbildung, Kommunikationsbarrieren oder unzureichende Integration und Einarbeitung - Aspekte, die weiterer Forschung bedürfen.

Die Studie erfüllt weitgehend die Kriterien des STROBE-Statements. Es liegt zwar kein vollständiger Abstract vor, aber Hintergrund, Methodik und Ergebnisse sind nachvollziehbar dargestellt. Im Rahmen der Evidenzklassifikation ist sie als retrospektive Querschnittsstudie der LoE IV zuzuordnen.

Högstedt et al. (2024) untersuchten Einflussfaktoren auf die berufliche Kompetenz und das Wohlbefinden von Pflegekräften nach dem Erwerb einer schwedischen Berufszulassung. In die Studie wurden sowohl national als auch international ausgebildete Pflegekräfte einbezogen. Wie die Autoren darlegen, ist bekannt, dass Pflegekräfte – unabhängig vom Ausbildungshintergrund – beim Einstieg in den Beruf häufig mit Einsamkeit, fehlender Unterstützung und Rollenkonflikten konfrontiert sind.

Ziel der Untersuchung war es, zu überprüfen, inwieweit diese Aspekte mit den in qualitativen Interviews geschilderten Erfahrungen übereinstimmen und ob weitere relevante Einflussfaktoren identifiziert werden konnten.

Die Studie basiert auf standardisierten Fragebögen und Interviews, die zwischen März 2020 und Februar 2022 durchgeführt wurden. Die durchschnittliche Interviewdauer betrug 63 Minuten.

Die Ergebnisse der Fragebögen verdeutlichen, dass die wahrgenommene berufliche Kompetenz von mehreren Faktoren beeinflusst wird. Zwölf Monate nach der Zulassung schätzten sich Pflegekräfte dann als besonders kompetent ein, wenn sie über ein hohes Maß an Selbstwirksamkeit verfügten, günstige strukturelle Rahmenbedingungen wahrnahmen und wenig Kritik am Arbeitsplatz erlebten. Nach 24 Monaten blieben die strukturellen Bedingungen und ein geringes Maß an Kritik weiterhin bedeutsam; zusätzlich förderte eine gute Zusammenarbeit mit Kollegen die positive Wahrnehmung der eigenen Kompetenz.

Auch das Wohlbefinden zeigte im Zeitverlauf unterschiedliche Einflussfaktoren. Ein Jahr nach der Zulassung hing es vor allem mit dem Ausmaß an struktureller Selbstbestimmung zusammen. Zwei Jahre später gewannen neben der Zusammenarbeit im Team auch Unterschiede im Ausbildungshintergrund an Bedeutung. Pflegekräfte mit schwedischem Ausbildungsabschluss berichteten ein höheres Wohlbefinden als international ausgebildete Kollegen.

Stressbelastung konnte ebenfalls mit verschiedenen Faktoren in Verbindung gebracht werden. Nach zwölf Monaten wurde ein geringeres Stressempfinden vor allem durch unterstützende strukturelle Rahmenbedingungen und wenig Kritik am Arbeitsplatz begünstigt. Nach 24 Monaten spielten darüber hinaus die Qualität der Zusammenarbeit, das Geschlecht und der Ausbildungshintergrund eine Rolle. Männer berichteten insgesamt über geringeren Stress als Frauen, ebenso wie international ausgebildete Pflegekräfte im Vergleich zu ihren in Schweden ausgebildeten Kollegen.

Die Interviews ergänzten diese Ergebnisse um ein differenziertes Bild aus der Sicht international ausgebildeter Pflegekräfte. Die Eingewöhnung in das schwedische Gesundheitssystem, sprachliche Anforderungen und kulturelle Unterschiede wurden häufig als langwierig und belastend erlebt. Teilweise bestand Unsicherheit in Bezug auf die eigene berufliche Qualifikation. Gleichzeitig betonten viele Pflegekräfte, dass ihre Ausbildung und Berufserfahrung ihnen Sicherheit gaben – insbesondere im Vergleich zu Berufsanfängern.

Belastende Arbeitsbedingungen wie hohe Anforderungen, Personalmangel und mangelnde psychosoziale Unterstützung führten zu Stress, Erschöpfung und teils auch zur Überlegung, den Beruf zu wechseln. Diskriminierungserfahrungen sowie fehlende Akzeptanz im Kollegium wirkten sich zusätzlich negativ auf das Wohlbefinden aus.

Demgegenüber stärkten Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte sowie eine gute Zusammenarbeit das Selbstvertrauen und die Arbeitszufriedenheit. Sprachliche Hürden und kulturelle Unterschiede blieben für einige dennoch eine andauernde Herausforderung.

Die Interviews bestätigten zentrale Ergebnisse der Fragebögen und verdeutlichten die Bedeutung von Selbstbestimmung, kollegialer Zusammenarbeit und einem konstruktiven Umgang mit Kritik für Kompetenzentwicklung und Wohlbefinden. Darüber hinaus wurden weitere Aspekte wie Kommunikationsprobleme, der Stellenwert von Vertrauen, Feedback und Zugehörigkeit als bedeutsam identifiziert.

Insgesamt zeigt die Studie, dass international ausgebildete Pflegekräfte in Schweden mit sowohl belastenden als auch förderlichen Bedingungen konfrontiert sind. Unterstützende Strukturen und gelingende Zusammenarbeit können ihre berufliche Entwicklung positiv beeinflussen, während sprachliche und kulturelle Barrieren sowie Diskriminierung die Integration erschweren.

Die Studie erfüllt weitgehend die Anforderungen der SRQR. Angaben zur Finanzierung und deren Einfluss auf die Forschung fehlen jedoch. Die Studie nutzt sowohl quantitative als auch qualitative Daten und wird gemäß dem LoE auf Stufe III - IV eingeordnet.

Kurup et al. (2024) untersuchten wie die international qualifizierten Pflegefachpersonen (Internationally qualified nurses, IQNs) den Übergang ihrer spezialisierten Pflegekompetenzen ins australische Gesundheitssystem erlebten und welche Faktoren dabei als förderlich oder hinderlich wahrgenommen wurden. Die Teilnehmenden stammten aus 16 verschiedenen Herkunftsländern, wobei die Mehrheit einen indischen Migrationshintergrund aufwies.

Die Untersuchung wurde in zwei Phasen durchgeführt. In Phase eins, die von Juli bis September 2022 erfolgte, wurde eine Umfrage durchgeführt. An der Umfrage nahmen insgesamt 63 IQNs teil und sie umfasste 62 strukturierte und sechs offene Fragen. Phase zwei umfasste eine vertiefende Analyse der zuvor erhobenen Daten.

Die Teilnehmenden äußerten unterschiedliche Auffassungen über die Inhalte und Ausbildungsanforderungen von Pflegekräften. Diese Unklarheiten führen zu Missverständnissen und erschweren den Transfer von Qualifikationen zwischen verschiedenen Gesundheitssystemen.

Hinsichtlich der Pflegeausbildung berichteten die Befragten von zum Teil erheblichen Unterschieden zwischen Australien und ihrem Heimatland. Während das australische System vielfach für seine Patientenorientierung und Evidenzbasierung gelobt wurde, kritisierten andere eine unzureichende Praxisvorbereitung.

Ein zentrales Spannungsfeld ergibt sich durch die häufige Beschäftigung hochqualifizierter IQNs in der Altenpflege – ein Bereich, den es in vielen Herkunftsländern kaum gibt. Dieser Tätigkeitswechsel wird durch die Verfügbarkeit entsprechender Stellen, Visabestimmungen und finanzielle Engpässe begünstigt. Die australischen Anerkennungsverfahren, z.B. durch den Australian Nursing and Midwifery Accreditation Council (ANMAC), dienen in erster Linie der Visabearbeitung und weniger der tatsächlichen Integration oder Anerkennung beruflicher Kompetenzen. Die fehlende Möglichkeit, sich in Australien als Pflegekraft registrieren zu lassen, stellt ein Problem dar. Dadurch haben viele IQNs Schwierigkeiten, ihre im Ausland erworbenen Qualifikationen adäquat nachzuweisen bzw. zu nutzen und müssen sich eigenständig und oft kostenintensiv nachqualifizieren. Im Vergleich dazu beschreiben die Autoren Programme, die einen schrittweisen und positiven Einstieg in das neue Gesundheitssystem ermöglichen, ähnlich wie die befristete Beschäftigung zur Registrierung beim britischen NHS oder bei der dänischen Gesundheitsbehörde.

Mehrere Faktoren wurden als unterstützend für einen erfolgreichen Transfer von Fachwissen genannt. Besonders wirksam sei ein förderliches Arbeitsumfeld mit kollegialer Unterstützung, Mentoring und Führungskräften, die den Integrationsprozess aktiv unterstützen. Pflegekräfte mit Berufserfahrung in anderen Gesundheitssystemen profitieren zudem von interkulturellen Kompetenzen und einem besseren Verständnis internationaler Standards. Auch persönliche Eigenschaften wie Eigeninitiative, Belastbarkeit und soziale Aktivitäten außerhalb des beruflichen Kontextes tragen wesentlich zur beruflichen und sozialen Integration bei. Soziale Netzwerke sowie ein proaktives Verhalten bei der Weiterbildung und Stellensuche haben sich als zentrale Ressourcen erwiesen.

Gleichzeitig sind international qualifizierte Pflegekräfte mit einer Vielzahl struktureller, institutioneller und kultureller Barrieren konfrontiert, die ihre berufliche Integration erheblich erschweren.

Laut den Autoren ist ein wesentliches strukturelles Defizit das mangelnde Verständnis der aufnehmenden Organisationen für die tatsächlichen Qualifikationen der IQNs. Statt

die vorhandenen Kompetenzen gezielt zu nutzen, lag der Fokus häufig allein auf der Besetzung offener Stellen. Dadurch blieben individuelle Qualifikationen der IQNs unberücksichtigt, was oft zu beruflicher Dequalifizierung führte. Trotz umfassender Ausbildung und langjähriger Berufserfahrung wurden viele IQNs in Positionen mit geringerem Anforderungsprofil eingesetzt. Dies hatte nicht nur einen schleichenden Kompetenzverlust zur Folge, sondern auch wachsende Unsicherheit hinsichtlich einer möglichen Rückkehr in das ursprüngliche Fachgebiet.

Ein weiteres zentrales Integrationshemmnis war die fehlende Anerkennung der mitgebrachten Fachkompetenz. Viele IQNs empfanden ihre Spezialisierung und Berufserfahrung als unzureichend gewürdigt. Weit verbreitetes Misstrauen gegenüber ausländischen Qualifikationen führte zu Entmutigung, Selbstzweifeln und erschwerte die berufliche Weiterentwicklung im neuen Gesundheitssystem.

Darüber hinaus berichten viele der befragten Pflegekräfte von Diskriminierungserfahrungen im Arbeitsalltag. Diese Ausgrenzung erfolgte häufig aufgrund äußerer Merkmale oder kultureller Unterschiede. Diskriminierende Vorfälle durch Patienten blieben ebenso wie das Ausbleiben adäquater Reaktionen von Vorgesetzten und Organisationen meist folgenlos, da die Betroffenen aus Angst vor negativen Konsequenzen auf eine offizielle Meldung verzichteten.

Auch finanzielle Belastungen wirkten sich negativ auf den beruflichen Werdegang aus. Die mit der Migration verbundenen Kosten - etwa für die Beantragung eines Visums oder für kostenpflichtige Nachqualifizierungen - führten dazu, dass viele IQNs ihre beruflichen Entscheidungen in erster Linie an ihren finanziellen Möglichkeiten ausrichteten und Stellen annahmen, für die sie eigentlich überqualifiziert waren.

Erschwerend kam hinzu, dass es keine strukturierten Unterstützungsangebote gab, die die Integration hätten erleichtern können. Viele Teilnehmende berichteten von einem ausgeprägten Gefühl der Orientierungslosigkeit und des Alleingelassenseins in einem für sie neuen und komplexen Gesundheitssystem.

Darüber hinaus stellte die Unklarheit über das eigene Tätigkeitsfeld eine große Belastung dar. Die Unsicherheit bezüglich der beruflichen Rechte, Pflichten und Rollen führte bei vielen IQNs zu erheblichem Stress. Aus Angst, Fehler zu machen, verzichteten sie häufig auf Bewerbungen im ursprünglichen Tätigkeitsfeld - obwohl gerade dieser Schritt von anderen Teilnehmenden als entscheidend für eine erfolgreiche Integration beschrieben wurde.

Kurup et al. beschreiben, dass IQNs trotz hoher fachlicher Qualifikation mit vielfältigen Barrieren konfrontiert sind. Für eine erfolgreiche Integration und Nutzung von Fachkompetenzen, sind daher koordinierte Maßnahmen auf politischer, fachlicher und organisatorischer Ebene notwendig. Dazu gehören transparente Anerkennungsverfahren, strukturierte Übergangsmodelle, gezielte Antidiskriminierungsstrategien sowie unterstützende Arbeitsumgebungen. Nur durch ein solches Zusammenspiel könne das Potenzial internationaler Pflegekräfte im australischen Gesundheitssystem voll ausgeschöpft werden.

Die Studie erfüllt die Kriterien des SRQR und ist aufgrund ihres qualitativen Designs dem Level of Evidence IV zuzuordnen.

Moyce et al. (2016) untersuchten die Migrationserfahrungen ausländisch ausgebildeter Pflegekräfte (Foreign Educated Nurses, FENs). Die Forschung zielte darauf ab, die Lebensrealitäten, Migrationserfahrungen und Akkulturationsprozesse ausländisch ausgebildeter Pflegekräfte zu betrachten, um die damit verbundenen Barrieren und mögliche Lösungsansätze zu identifizieren.

Die Autoren führten eine systematische Überprüfung der Literatur durch und identifizierten insgesamt 44 Studien. Davon basierten 25 Studien auf Interviews, 16 auf Umfragen und Fragebögen und zwei Studien verfolgten einen gemischten Ansatz.

Zwei Hauptthemen wurden identifiziert: Die Gründe für die Migration von Pflegekräften sowie deren Erfahrungen nach der Migration. Die Erfahrungen wurden in mehreren Unterthemen differenziert. Regulatorische Hürden, Sprach- und Kommunikationsprobleme, Rassismus und Diskriminierung, Dequalifikation, Akkulturation sowie die Rolle der Familie.

Gründe für eine Migration wurden häufig im Rahmen des „*Push-Pull*“-Modells analysiert. „*Push-Faktoren*“ können auch beschrieben werden als Umstände, die FENs aus ihren Heimatländern zu einer Migration „*drängen*“. Dies können schlechte Arbeitsbedingungen, geringe Bezahlung, emotionale Erschöpfung, politische und wirtschaftliche Unsicherheiten sowie persönliche Gründe sein. In Ländern wie den Philippinen besteht zudem eine regelrechte „*Migrationskultur*“, in der Pflegekräfte systematisch für den Export ausgebildet wurden. (Moyce et al., 2016, S. 183)

Die wichtigsten, genannten „*Pull-Faktoren*“ – Aspekte, aufgrund derer eine Migration als anziehend wirkt – waren höhere Gehälter, bessere berufliche Chancen, das Interesse an Weiterbildungs- und Sprachlernangeboten, eine größere berufliche Autonomie, flexible Arbeitszeiten sowie der Wunsch nach neuen Herausforderungen und einem verbesserten Lebensstandard für sich und die Familie. (Moyce et al., 2016, S. 183)

Allerdings standen viele FENs bei der Migration in ein neues Land vor zahlreichen Herausforderungen. Viele FENs stießen auf erhebliche Schwierigkeiten beim Erhalt der Berufszulassung. Agenturen boten oft mangelhafte oder irreführende Informationen. Häufig mussten zusätzliche Kurse belegt werden, insbesondere für Sprachkenntnisse und die landesspezifische Pflegepraxis. Manche Pflegekräfte gaben aufgrund der Komplexität des Anerkennungsverfahrens vollständig auf.

Sprachbarrieren waren ein häufiges und dauerhaftes Problem – auch nach mehreren Jahren im Aufnahmeland. Schwierigkeiten bestanden besonders während Telefonaten, im Umgang mit Dialekten, medizinischer Fachsprache, Körpersprache und Kommunikation mit Patienten oder Kollegen mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen. Diese Defizite konnten zu Stress, Isolation, beruflicher Unsicherheit und potenziellen Gefährdungen der Patientensicherheit führen.

Viele FENs berichteten von rassistischen Erfahrungen, oft aufgrund von Hautfarbe, Akzent oder kulturellen Unterschieden. Diskriminierung erfolgte durch Patienten, Kollegen und Vorgesetzte und äußerte sich unter anderem in Misstrauen gegenüber den fachlichen Fähigkeiten, sozialer Ausgrenzung, übermäßiger Kontrolle, fehlenden Aufstiegschancen und sogar Arbeitsplatzverlust. Die Folgen reichten von finanzieller Instabilität über psychische Belastungen bis hin zu Depression und Rückzug. Einige Pflegekräfte entwickelten jedoch auch Resilienzstrategien, vernetzten sich mit anderen oder reichten eine offizielle Beschwerde ein.

Viele FENs, die in ihren Herkunftsländern in leitenden oder spezialisierten Positionen tätig gewesen waren, mussten im Aufnahmeland in niedrigqualifizierten Positionen arbeiten, z. B. in Pflegeheimen. Ihre Kompetenzen wurden nicht anerkannt oder blieben ungenutzt, was zur beruflichen Frustration führte.

FENs standen vor der Herausforderung, sich nicht nur in die berufliche Kultur ihres neuen Arbeitsumfeldes, sondern zugleich in die gesellschaftliche Kultur des Aufnahmelandes zu integrieren. Der Akkulturationsprozess war dabei wichtig, um sich im

neuen Lebensumfeld zurechtzufinden – etwa bei der Wohnungssuche, dem Verstehen kultureller Normen, dem Umgang mit finanziellen Systemen oder dem Aufbau eines Zugehörigkeitsgefühls. In diesem Zusammenhang sprachen Moyce et al. von einem Kulturschock. Kulturelle Unterschiede zeigten sich unter anderem in der Gestaltung des Arbeitsumfelds, im Umgang mit Patienten, Angehörigen und Themen wie Tod und Sterben. Studien belegten aber auch, dass sich FENs, die an strukturierten Orientierungsprogrammen teilnahmen oder sich in Berufsverbänden engagierten, erfolgreicher in die neue Kultur integrieren konnten.

Ein weiteres zentrales Thema, das Moyce et al. identifizierten, betraf Unterschiede im Aufgaben- und Verantwortungsbereich. Diese resultierten häufig aus abweichenden Ausbildungsinhalten im Herkunftsland. Viele FENs empfanden die neuen Arbeitsmodelle als belastend, insbesondere wenn sie es nicht gewohnt waren, leistungsbezogen beurteilt zu werden. Genannte Herausforderungen betrafen vor allem ein höheres Maß an beruflicher Autonomie, das Delegieren von Aufgaben, eigenverantwortliche Entscheidungsfindung sowie eine gleichberechtigtere Zusammenarbeit mit Ärzten. Zudem waren viele FENs mit der Übernahme der Grundpflege, dem Einsatz neuer Technologien, erhöhten Dokumentationsanforderungen und der Kenntnis über rechtlichen Konsequenzen ihres Handelns wenig vertraut. Während sich zahlreiche FENs erfolgreich anpassten, führte die Überforderung bei manchen zum Ausstieg aus dem Pflegeberuf.

Auch familiäre Belastungen spielten eine bedeutende Rolle. Viele FENs berichteten von starkem Heimweh. Das Fehlen eines familiären Unterstützungsnetzwerks im Aufnahmeland verstärkte die emotionale Belastung zusätzlich. Gleichzeitig wirkten familiäre Aspekte auch stabilisierend. Die Möglichkeit, Angehörige im Herkunftsland finanziell zu unterstützen, stellte für viele FENs eine zentrale Motivation dar, im Gastland zu bleiben. Für Pflegekräfte, die mit ihren Familien migrierten, stand zunächst die Integration der Kinder im Vordergrund. Eigene berufliche Ambitionen wurden häufig zugunsten der familiären Eingewöhnung zurückgestellt. Ein möglicher Rückkehrwunsch wurde dabei oftmals durch die Sorge um die familiäre Stabilität im Aufnahmeland relativiert.

Moyce et al. verdeutlichten, dass international migrierte Pflegekräfte sowohl durch strukturelle als auch durch individuelle Barrieren an einer vollständigen beruflichen Integration gehindert werden konnten. Die Ergebnisse unterstrichen nach Ansicht der

Autoren die Notwendigkeit, Migrationsprozesse und Anerkennungsverfahren zu verbessern sowie kulturelle Sensibilität im Gesundheitswesen zu fördern.

Die Studie erfüllt viele Kriterien des SRQR, allerdings ist die Forscherrolle nicht klar beschrieben. Die systematische Literatursuche ist dargestellt, jedoch ohne eine detaillierte Darstellung der teilgenommenen Studien. Der Überblick zum Analyseprozess der Primärstudien fehlt; stattdessen wird auf eine thematische Analyse verwiesen. Aufgrund ihres qualitativen Designs ist die Studie dem LoE IV - V zuzuordnen.

Philip et al. (2019) untersuchten die teaminterne und interprofessionelle Kommunikation von im Ausland qualifizierten Pflegekräften (Overseas qualified nurses, OQNs) in australischen Krankenhäusern. Im Zentrum standen die Herausforderungen, die sich aus sprachlichen und kulturellen Unterschieden ergaben, sowie deren Auswirkungen auf Teamarbeit und Patientensicherheit.

Die Datenerhebung erfolgte zwischen Januar und März 2017 in einem 400-Betten-Krankenhaus in Melbourne. Die Beobachtungsstudie setzte sich aus 13 registrierten OQNs zusammen, die aus nicht-englischsprachigen Herkunftsländern stammten.

Die Forscherin begleitete die OQNs im klinischen Alltag, um kommunikative Prozesse in realen Arbeitssituationen zu erfassen. Ergänzt wurden die Beobachtungen durch Audioaufnahmen, die eine detaillierte Analyse ermöglichten.

Die Ergebnisse zeigten, dass die intra- und interprofessionelle Kommunikation vorrangig der Koordination der Patientenversorgung diene. Dazu gehörten Übergaben, Absprachen zur Medikamentengabe, die Organisation diagnostischer Maßnahmen sowie die Abstimmung von Behandlungsplänen. Kommunikationsformen reichten von Interaktionen, bis hin zu informellen, spontanen Gesprächen im Stationsalltag. Während strukturierte Gespräche vorwiegend in formellen Settings wie Schichtübergaben oder Teammeetings stattfanden, traten unstrukturierte Interaktionen meist in informellen Situationen, beispielsweise auf dem Flur, auf.

Die Analyse identifizierte mehrere Herausforderungen. Viele OQNs zeigten in interprofessionellen Umgebungen ein deutliches Zögern sowie eine eingeschränkte Durchsetzungsfähigkeit. Unklarheiten in der Kommunikation mit Ärzten wurden häufig nicht thematisiert. Auch im Umgang mit aggressivem oder unangemessenem Verhalten anderer Teammitglieder zeigten die OQNs zumeist passive Bewältigungsstrategien, indem sie Konfrontationen mieden.

Positive zwischenmenschliche Interaktionen wie gemeinsames Lachen, Smalltalk oder der Gebrauch der Muttersprache traten vor allem im Austausch mit Kollegen ähnlicher kultureller Herkunft auf. Demgegenüber blieben Gespräche mit nationalen Kollegen meist professionell und emotionslos.

Die Studie offenbarte zudem eine hohe Heterogenität in den kommunikativen Kompetenzen der Teilnehmenden. Während einige OQNs komplexe klinische Sachverhalte präzise und differenziert darzustellen vermochten, zeigten sich bei anderen, infolge sprachlicher Unsicherheiten, deutliche Hemmungen. Kritische Gespräche wurden entweder ganz vermieden oder durch einen eingeschränkten Wortschatz, Zögern, unspezifische Formulierungen beeinträchtigt. Diese Ergebnisse unterstrichen die Notwendigkeit, Schulungsbedarfe nicht pauschal zu definieren, sondern individuell zu gestalten.

Philip et al. hoben hervor, dass die identifizierten Kommunikationsprobleme weniger auf mangelnde Sprachkenntnisse als vielmehr auf kulturell geprägte Kommunikationsnormen zurückzuführen waren. In vielen Herkunftsländern der OQNs herrschten hierarchische Strukturen, die dazu führten, dass Autoritäten nicht infrage gestellt wurden.

Zudem mangelte es den OQNs an Strategien, mit respektlosem oder übergriffigem Verhalten konstruktiv umzugehen, was sich negativ auf das psychologische Sicherheitsgefühl im Team auswirkte. Diese Defizite hatten direkte Auswirkungen auf die Patientensicherheit. Unklare Absprachen, fehlende Rückfragen oder unvollständige Übergaben konnten Medikationsfehler, verzögerte Diagnosen oder unkoordinierte Behandlungsverläufe zur Folge haben. Besonders kritisch wurde dies in spezialisierten Bereichen beschrieben, in denen präzise Kommunikation entscheidend für den Therapieerfolg ist. Vor diesem Hintergrund betonte die Studie die Notwendigkeit gezielter Interventionen. Neben klassischen Sprachkursen seien vor allem interkulturelle Kommunikationstrainings erforderlich, die OQNs zur Reflexion ihrer eigenen Kommunikationsmuster anregen, ihnen Techniken vermitteln und sie auf den konstruktiven Umgang mit Konflikten vorbereiten.

Gleichzeitig wurde die Verantwortung der Einrichtungen betont. Es gelte, eine inklusive Teamkultur zu fördern, Machtungleichgewichte abzubauen und offene Kommunikationsstrukturen zu etablieren.

Auch auf Ausbildungsebene ergaben sich konkrete Empfehlungen. In den Herkunftsländern sollte durch Simulationstrainings gezielt die Kommunikation mit anderen Berufsgruppen in englischsprachigen Arbeitsumgebungen eingeübt werden. In den Zielländern wiederum seien Mentoring-Programme und unterstützende Strukturen notwendig, um OQNs die Integration in das neue Arbeitsumfeld zu erleichtern.

Die Autoren hoben hervor, dass ihre Studie eine bestehende Forschungslücke schließe, da bislang kaum empirische Daten zu den realen Kommunikationspraktiken von OQNs in multikulturellen Teams vorlagen. Die gewonnenen Erkenntnisse würden eine wertvolle Grundlage für die Entwicklung gezielter Maßnahmen zur Verbesserung interkultureller Kommunikation im Gesundheitswesen darstellen.

Die Studie erfüllte die Kriterien des SRQR, allerdings ist gibt es eine Diskrepanz zwischen der Angabe der Anzahl der eingeschlossenen Studien, die nicht nachvollziehbar ist. Sie wird aufgrund ihres Studiendesigns der Stufe IV des LoE zugeordnet.

Porter et al. (2024) untersuchte die Erfahrungen von 27 IENs während ihrer ersten sechs bis neun Monate in den USA. Die Teilnehmer, die Teil eines 12-monatigen Übergangsprogramms waren, wurden gezielt ausgewählt. Die halbstrukturierten Interviews thematisierten Akkulturation, Kulturschock und Selbstwirksamkeit und dauerten jeweils ca. 60 Minuten.

Bei der Analyse der gesammelten Daten stachen drei Hauptthemen heraus.

Das erste identifizierte Thema wurde als *„Bewältigung einer herausfordernden Reise“* beschrieben, bei der die IENs die erste Zeit als sehr emotional belastend empfanden (Porter et al., 2024, S. 571). Diese Zeit war geprägt von Einsamkeit, Heimweh und dem Gefühl der Unzulänglichkeit, ergänzt durch alltägliche Herausforderungen. Positiv hervorgehoben wurden jedoch das wachsende Selbstvertrauen, die Unterstützung durch Kollegen in ähnlicher Situation und die allmähliche Anpassung an das Leben in den USA, wobei die soziale Unterstützung sowohl innerhalb als auch außerhalb des Arbeitsumfelds eine entscheidende Rolle spielte. Trotz vorheriger Sprachtests stellten Akzente, lokale Umgangssprache und Sprechgeschwindigkeit erhebliche Kommunikationsbarrieren dar.

Das zweite Thema stellte *„das Verlernen und Neulernen der Pflegepraxis“* dar (Porter et al., 2024, S. 571). Die IENs mussten sich an neuen, oft sehr unterschiedlichen Standards und Abläufe im US-amerikanischen Gesundheitssystem gewöhnen. Dies betraf

sowohl klinische Fähigkeiten - wie die neu zu erlernende Eigenständigkeit im Pflegeprozess - als auch Dokumentationspflichten und das Einhalten genauer Vorgaben. Auch der Umgang und die Kommunikation mit Kollegen und Ärzten musste neu erlernt und akzeptiert werden.

„Die Anpassung an das Arbeitsumfeld“ wurde als drittes Thema beschrieben (Porter et al., 2024, S. 572). Die Integration in die Teams und die Anpassung an die Arbeitskultur waren weitere große Herausforderungen. Überraschend war für die IENs der Umgang mit unerwünschten Ereignissen und Beinahe-Schäden. Es gab keine Sanktionen durch die Führungskräfte, sondern eine sachliche Bewertung und das Bemühen um Verbesserung. Die IENs erlebten Teamunterstützung und Anerkennung als völlig neue Aspekte, die das Zusammengehörigkeitsgefühl stärkten. Die Teilnehmer berichteten aber auch von Kommunikationsbarrieren, kulturellen Missverständnissen und dem Gefühl, sich beweisen zu müssen.

Die Studie unterstreicht die Komplexität des Übergangs für IENs in das US-amerikanische Gesundheitssystem, insbesondere in den ersten sechs Monaten, in denen eine Phase mit Frustration, Unsicherheit und Stress auftreten kann. Gezielte Unterstützungs- und Eingliederungsprogramme können die Anpassung erleichtern und die Selbstwirksamkeit fördern, aber kulturelle, soziale und berufliche Herausforderungen bleiben bestehen. Es wird betont, dass IENs nicht nur fachliche Kompetenzen erwerben, sondern auch kulturelle und kommunikative Anpassungsleistungen erbringen müssen, weshalb die Etablierung spezifischer Übergangsprogramme als notwendig erachtet wird, um die Integration zu unterstützen und die Versorgungsqualität zu sichern. Abschließend wird betont, dass die ersten Monate entscheidend für den langfristigen beruflichen Erfolg und das Wohlbefinden der IENs sind und dass strukturierte Übergangsprogramme ein Schlüssel für eine erfolgreiche Integration und die Bewältigung des Pflegekräftemangels sind.

Die Studie erfüllte die Kriterien des SRQR und kann aufgrund des Studiendesigns dem Level IV des LoE zugeordnet werden.

Salami et al. (2018) untersuchten die Erfahrungen von IENs mit Bachelor-Abschluss, die nach Kanada migrierten und dort als Pflegefachassistenten (Licensed practical nurses, LPNs) eingesetzt waren, obwohl sie eigentlich das Ziel hatten, als RNs tätig zu werden.

Im Rahmen 60 minütiger Telefoninterviews wurden 14 IENs zu ihren Erfahrungen befragt. Die Datenerhebung erfolgte von März bis November 2016.

Die Analyse der Interviews ergab, dass die befragten Pflegekräfte mit der Hoffnung auf bessere persönliche und berufliche Perspektiven nach Kanada migrierten. Dabei spielten wirtschaftliche Motive und bessere Zukunftschancen für ihre Kinder eine zentrale Rolle.

Aufgrund mangelnden Wissens, fehlender Transparenz und nicht vorhandener Unterstützung waren sich die IENs vieler Barrieren, die Salami et al. identifizierten, vor ihrer Migration und dem eigentlichen Rekrutierungsprozess nicht bewusst. So erwies sich der komplexe und zeitaufwendige Registrierungsprozess zur RN als Herausforderung, insbesondere die Überprüfung der Abschlüsse und Dokumente aus den Heimatländern durch eine Pflegeaufsichtsbehörde. Die Kriterien dieser Prüfung und die nachfolgenden Auflagen für Nachqualifikationen, blieben für die Teilnehmer oft intransparent. Zudem gestaltete sich der Zugang zu diesen Programmen schwierig, da es nur wenige Anbieter dieser Programme in Kanada gab und lange Anfahrtswege für Familien kaum zu bewältigen waren. Um den Registrierungsprozess abzuschließen, mussten die IENs außerdem eine kostenpflichtige englische oder französische Sprachprüfung bestehen, deren Anforderungen als sehr hoch und als schwierigster Teil des Prozesses wahrgenommen wurden.

Im Vergleich dazu war der Weg zur Registrierung als LPN deutlich einfacher und schneller, was dazu führte, dass viele IENs den Registrierungsprozess zur RN vorzeitig beendeten. Die Tätigkeit als LPN wurde jedoch von vielen als berufliche Dequalifizierung empfunden, da sie ihre Kompetenzen, trotz Kenntnis und Wissen, nicht vollumfänglich einsetzen konnten. Die Anerkennung durch Kollegen und Vorgesetzte wurde oft als wenig respektvoll wahrgenommen und die Teilnehmer fühlten sich unterfordert und nicht wertgeschätzt. Dies führte zu dem Gefühl, Kompetenz und Status zu verlieren. Zudem wurde die mangelnden Aufstiegsmöglichkeiten kritisiert, da Aus- und Weiterbildungen ausschließlich RNs zur Verfügung standen.

Salami et al. betonten, dass IENs mit Bachelorabschluss in Kanada häufig einen beruflichen Abstieg erleben, der auf strukturelle und institutionelle Barrieren im Registrierungsprozess sowie unzureichende Unterstützungsangebote zurückzuführen ist. Dies führt zu einer Verschwendung von Qualifikationen und Potenzialen, was sowohl

für die Betroffenen als auch für das kanadische Gesundheitssystem negative Konsequenzen hat. Die Autoren fordern daher politische Maßnahmen zur Verbesserung der Aufstiegsmöglichkeiten, wie z.B. die Vereinfachung und Beschleunigung der Registrierungsverfahren, einen besseren Zugang zu Brückenprogrammen und Fortbildungen sowie verbesserte Informations- und Unterstützungsangebote.

Die Studie erfüllte die Kriterien des SRQR und kann aufgrund ihrer qualitativen Methodik dem Level IV-V zugeordnet werden.

Stubbs (2017) untersuchte die Erfahrungen von indischen Pflegekräften, die für Intensivstationen in London rekrutiert wurden und dort am Overseas Nurses Program (ONP), einem Anerkennungsprogramm, teilnahmen.

Im Rahmen von 16 Interviews wurden die Erfahrungen von Pflegekräften aus drei verschiedenen Krankenhäusern erfasst.

Die Analyse der Studienergebnisse zeigte, dass die indischen Pflegekräfte trotz des absolvierten ONP-Programms mit Herausforderungen bei der Integration konfrontiert waren. Ein zentrales Thema war die Autonomie und Verantwortung. Die Teilnehmer berichteten von deutlich mehr Eigenverantwortung und Entscheidungsfreiheit im britischen Pflegealltag, im Vergleich zu Indien, wo die Verantwortung hauptsächlich bei den Ärzten liegt. Die Übernahme eigenständiger Aufgaben, wie z.B. die Anpassung der Medikamentendosierung, wurde überwiegend positiv bewertet. Ein Teilnehmer vermutete sogar, dass die höhere Autonomie und die damit verbundene interdisziplinäre Zusammenarbeit zu einer geringeren Sterblichkeit der Patienten im Vergleich zu Indien führen könnte.

Trotz zuvor bestandener Englischprüfung bereiteten der britische Akzent und die Umgangssprache den Teilnehmern Schwierigkeiten. Auch die Kommunikation mit Patienten und Angehörigen stellte eine Herausforderung dar, da diese in Indien von Ärzten übernommen wird. Die Erfahrung im empathischen Umgang mit Angehörigen fehlte den internationalen Pflegekräften. Zudem wurde die hohe Arbeitsbelastung durch den Umgang mit schwerstkranken Patienten als belastend empfunden. Die Teilnehmer berichteten, dass sie diese Intensität und den Umgang mit Patienten, die ihre Bedürfnisse verbalisieren, aus ihrem bisherigen Arbeitsumfeld nicht kannten.

Auch die Inhalte des ONP stellten eine Herausforderung dar. Hinzu kam, dass der Registrierungsprozess durch den NMC nach Abschluss des ONP sehr lange dauerte,

was zu Frustration und einem Gefühl der Dequalifizierung führte, da sie in dieser Zeit nicht selbstständig in ihrem Arbeitsumfeld handeln konnten.

Die Teilnehmer wünschten sich eine gezielte Unterstützung durch Mentoren, idealerweise mit Migrationshintergrund, um die berufliche und persönliche Integration zu erleichtern.

Die Autorin empfiehlt gezielte Unterstützungsangebote wie Mentoring-Programme und interkulturelle Kompetenztrainings, um die Integration zu erleichtern, die Arbeitszufriedenheit zu erhöhen und letztlich die Versorgungsqualität zu verbessern.

Die Studie erfüllt die Anforderungen der SRQR, allerdings könnte die Rolle der Forscherin, als leitende Pflegekraft einen Bias darstellen. Nach dem LoE ist die Studie aufgrund ihres qualitativen Designs der Stufe IV zuzuordnen.

Thomas & Lee (2023) untersuchten die Faktoren, die den Übergang von FENs in das US-amerikanische Gesundheitssystem beeinflussen, mit besonderem Fokus auf die Rolle von Orientierungs- und Einarbeitungsprogrammen bei der Integration dieser Pflegekräfte.

Die Studie basiert auf einer systematischen Literaturrecherche in relevanten Datenbanken wie PubMed/MEDLINE, CINAHL, Academic Search Complete und Google Scholar. Insgesamt wurden 14 Studien in die Analyse einbezogen, deren Stichprobengröße zwischen 5 und 200.453 FEN variierte. Die Mehrheit der Teilnehmenden waren Frauen. Die Datenanalyse erfolgte anhand einer Literaturübersichtstabelle, in der für jede Studie zentrale Informationen zusammengestellt wurden.

Ein Ergebnis der Studie ist, dass FENs einen wichtigen Beitrag zur Deckung des Bedarfs an Pflegekräften in den USA leisten, insbesondere vor dem Hintergrund des zunehmenden Mangels an Pflegekräften. Darüber hinaus bringen sie sprachliche und kulturelle Kompetenzen mit, die eine patientenorientierte Pflege in einer zunehmend vielfältigen Gesellschaft fördern können. Dennoch stehen die FEN beim Übergang in ihr neues berufliches Umfeld vor zahlreichen Herausforderungen.

Als besonders prägend erwiesen sich die Erfahrungen im Rahmen der Orientierungs- und Einführungsprogramme. Obwohl deren Bedeutung von den Teilnehmenden als notwendig angesehen wurde, kritisierten viele die mangelnde Qualität und Relevanz der vermittelten Inhalte, mit gravierenden, inhaltlichen Defiziten. So konnten weder

Sprachkompetenz noch kulturelle Handlungssicherheit im Rahmen dieser Programme adäquat vermittelt werden.

Darüber hinaus wiesen viele FENs auf deutliche Unterschiede im Pflegeverständnis und Pflegealltag zwischen ihrem Herkunftsland und dem US-amerikanischen System hin. Unterschiede zeigten sich insbesondere im Bereich der Dokumentation, des eigenständigen und kritischen Denkens sowie der Nutzung digitaler Systeme. Diese Aspekte wurden in den Orientierungsmaßnahmen kaum thematisiert, was die Einarbeitung zusätzlich erschwerte. Gleichzeitig zeigte sich, dass die Erwartungen der FENs an ihre neue berufliche Rolle häufig nicht der Realität entsprachen. Viele erwarteten ein höheres Maß an Eigenständigkeit, wie sie es aus ihren Herkunftsländern kannten. Stattdessen empfanden sie die Aufgabenverteilung oft als unausgewogen, verbunden mit einer hohen Arbeitsbelastung und einer geringen Wertschätzung ihrer bisherigen Qualifikationen.

Die bürokratischen Hürden bei der Anerkennung ausländischer Abschlüsse wurden als große Belastung beschrieben. Prüfungen und Zulassungsverfahren wurden als schwierig empfunden. Auch die Dauer und Qualität der Einarbeitungsphase variierte erheblich. Während einige FEN nur ein bis zwei Wochen begleitet wurden, berichtete eine der analysierten Studien über das NurseNow International Transitional Education Program (NNITEP), welches ein sechsmonatiges Übergangsprogramm beinhaltete und deutlich höhere Erfolgsquoten beim Bestehen der Zulassungsprüfungen nachweisen konnte.

Ein weiterer Einflussfaktor war die kollegiale Unterstützung. FENs, die von Kollegen, insbesondere ehemaligen FENs, begleitet wurden, berichteten von einem deutlich erleichterten Übergang.

Sprachbarrieren und kulturelle Unterschiede stellten den Studien zufolge die größten Herausforderungen dar. Kommunikationsschwierigkeiten aufgrund unbekannter Kommunikationsformen, Akzente und Umgangssprache erschwerten nicht nur die Zusammenarbeit im Team, sondern führten auch zu Missverständnissen mit Patienten und anderen Leistungserbringern. Viele FENs berichteten von Gefühlen der Unzulänglichkeit, des Identitätsverlustes und der Bedrohung der eigenen kulturellen Identität.

Diese belastenden Erfahrungen hatten nicht selten psychische Folgen. Häufig genannte Probleme waren Stress, Angst, depressive Verstimmungen und soziale Isola-

tion. Darüber hinaus berichteten viele FENs von Diskriminierung, Rassismus und Mobbing, was die Anpassung an das neue Arbeitsumfeld erschwerte. Die ständige Angst vor Abschiebung und schlechten Arbeits- und Lebensbedingungen wirkten sich zusätzlich negativ auf das Wohlbefinden und die Leistungsfähigkeit aus.

Trotz dieser Herausforderungen gelang es vielen FEN, den Übergangsprozess erfolgreich zu bewältigen, insbesondere dann, wenn sie sich kontinuierlich in ihrem Arbeitsalltag engagierten und effektive Bewältigungsstrategien einsetzten. Dazu gehörten soziale Unterstützung durch Kollegen, Mentoren aus dem gleichen Herkunftsland, familiäre Unterstützung, Selbstfürsorge, Problemlösungskompetenz und Durchsetzungsvermögen.

Die Analyse verdeutlicht, dass eine unzureichende oder zu kurze Einarbeitung nicht nur die Integration erschwert, sondern auch die Arbeitszufriedenheit, die Bindung an den Arbeitgeber und die Versorgungsqualität negativ beeinflussen kann. Die Notwendigkeit einer kontinuierlichen Unterstützung sowie die Schaffung eines wertschätzenden Arbeitsumfeldes werden daher besonders hervorgehoben.

Die Autoren kritisieren den Mangel an Forschung zur Wirksamkeit spezifischer Orientierungs- und Einarbeitungsprogramme und fordern verstärkte wissenschaftliche Evaluationsmaßnahmen, um evidenzbasierte Handlungsempfehlungen für die Praxis ableiten zu können.

Die Studie erfüllt die Kriterien der SRQR und basiert überwiegend auf Studien, die dem Level III zugeordnet sind, weshalb sie gemäß LoE ebenfalls dem Level III zugeordnet werden kann.

Viken et al. (2018) untersuchten die Erfahrungen von FENs in einem neuen beruflichen und sozialen Kontext und analysierten deren Auswirkungen auf die Kompetenzen im Bereich der Patientensicherheit. Die Studie basiert auf einem systematischen Review, in dem qualitative Studien durch Recherchen in den Datenbanken Ovid MEDLINE, Embase, PsycINFO, Cochrane Library und Cinahl sowie durch manuelle Durchsicht ausgewählter Fachzeitschriften identifiziert wurden. Insgesamt wurden 17 Studien in die Analyse eingeschlossen, auf ihre methodische Qualität geprüft und die Ergebnisse thematisch ausgewertet.

Die Ergebnisse beschreiben, dass FENs während ihrer Rekrutierung und Integration mit vielfältigen Herausforderungen konfrontiert sind, die sich unmittelbar auf ihre berufliche Handlungssicherheit und damit auch auf die Patientensicherheit auswirken können. Als zentrales Thema stellte sich das Gefühl des „*Außenseiterdaseins*“ heraus (Viken et al., 2018, S. 458). Viele der befragten FENs gaben an, sich weder als wertgeschätztes Mitglied des Teams noch als gleichberechtigt anerkannt zu fühlen. Diese mangelnde soziale Integration führte nicht selten zu einer verminderten Arbeitsmotivation und damit zu einer reduzierten Arbeitsleistung.

Ein weiteres Problem war die unzureichende Vorbereitung auf die kulturellen und pflegerischen Gegebenheiten des Ziellandes. Viele FENs erhielten vor ihrer Migration wenig oder gar keine Informationen über die Erwartungen an Pflegekräfte im Aufnahmeland. Diese fehlende Orientierung trug wesentlich zur Entstehung einer kulturellen Unstimmigkeit bei. Einerseits hatten die FENs den Wunsch, ihre kulturelle Identität zu bewahren, andererseits verspürten sie den Druck, sich an die neuen sozialen und beruflichen Bedingungen anzupassen. Die daraus resultierende Spannung führte häufig zu Identitätskonflikten und Ängsten vor kulturellem Verlust.

Zudem beschrieben viele FENs Gefühle der Isolation und Einsamkeit, insbesondere zu Beginn ihrer Tätigkeit. Diese wurden noch verstärkt durch Diskriminierung, Mobbing und rassistische Erfahrungen durch Kollegen, Vorgesetzte und Patienten. Infolgedessen zogen sich viele FENs in soziale Gruppen mit Landsleuten zurück, was wiederum ihre Integration in das interprofessionelle Team erschwerte und das Gefühl mangelnder Zugehörigkeit noch verstärkte.

Ein weiterer Aspekt, der sich negativ auf die berufliche Integration auswirkte, war die Abweichung zwischen den beruflichen Erwartungen vor der Migration und der Realität im Aufnahmeland. Viele FENs empfanden die notwendige Nachqualifizierung und die häufig nicht anerkannten Qualifikationen als Dequalifizierung. Dies führte zu Frustration und dem Gefühl der beruflichen Abwertung. Dennoch zeigten viele FENs eine hohe Resilienz im Umgang mit diesen Herausforderungen, durch Offenheit, Durchsetzungsvermögen und der Bereitschaft zur persönlichen Weiterentwicklung.

Als besonders große Herausforderung wurde die Kommunikation identifiziert. Das Erlernen der Landessprache sowie die häufig überschätzten eigenen Sprachkenntnisse, waren für viele mit erheblichen Unsicherheiten verbunden. Die Studien zeigten, dass das Bestehen eines Sprachtests nicht automatisch eine ausreichende fachsprachliche

Kompetenz im Berufsalltag garantiert. Sprachbarrieren, unterschiedliche Kommunikationsstile und unzureichende interdisziplinäre Kommunikation führten häufig zu Missverständnissen, die die Qualität der Versorgung beeinträchtigten und das Fehlerrisiko erhöhten.

Zudem waren viele FENs nicht auf die komplexen Anforderungen der Pflegekultur im Zielland vorbereitet. Das neue Arbeitsumfeld wurde als sehr belastend empfunden. Es war geprägt von technisch anspruchsvollen Abläufen, einem hohen Maß an Verantwortung, der Erwartung einer aktiven Beteiligung an Entscheidungsprozessen sowie einer interdisziplinären Zusammenarbeit. FENs berichteten, dass sie in ihrer neuen Rolle vermehrt kritisches Denken, eigenverantwortliches Handeln sowie einen intensiven Austausch mit Kollegen, Patienten und Angehörigen gefordert sahen - Anforderungen, die sich nicht immer mit ihren bisherigen beruflichen Erfahrungen deckten. Insbesondere die direkte pflegerische Versorgung - wie Körperpflege, Hilfe bei der Nahrungsaufnahme oder beim Toilettengang - wurde teilweise als ungewohnt und belastend empfunden, da diese Tätigkeiten im Herkunftsland häufig nicht zum Aufgabenspektrum von Pflegekräften gehörten.

Die damit verbundenen Rollenkonflikte und die Auseinandersetzung mit einem neuen beruflichen Selbstverständnis stellten für viele eine große Herausforderung dar. Hinzu kam, dass aufgrund der nationalen Anerkennungsverfahren häufig Tätigkeiten übernommen werden mussten, die nicht dem ursprünglich erlernten Fachgebiet entsprachen. Die eigene Erwartung, stets kompetent zu wirken, führte dazu, dass viele FENs Unsicherheiten, fehlendes Wissen oder Unterstützungsbedarf nicht offen kommunizierten. Diese Zurückhaltung konnte sich wiederum negativ auf die Patientensicherheit auswirken, da sie die Möglichkeiten zur Fehlervermeidung und zum gemeinsamen Lernen im Team einschränkte.

Entscheidend für die Bewältigung dieser vielfältigen Herausforderungen war den Studienergebnissen zufolge die kollegiale Unterstützung. Sie spielte eine zentrale Rolle für den Aufbau von Selbstvertrauen und dem Gefühl von beruflicher Sicherheit. Nur durch die Unterstützung der Kollegen sei es vielen FENs gelungen, sich an die neue Pflegepraxis anzupassen, mit dem hohen Arbeitsdruck umzugehen und sich in das Team zu integrieren.

Viken et al. betonen, dass diese Erfahrungen von FENs, einen direkten Einfluss auf ihre Patientensicherheitskompetenz haben. Patientensicherheit erfordere Pflegekräfte, die nicht nur fachlich kompetent, sondern auch kommunikationsstark und in ihrem beruflichen Handeln sicher sind. Wenn FENs aufgrund mangelnder Unterstützung oder schwieriger Integrationsbedingungen nicht in der Lage sind, ihr volles Potenzial auszuschöpfen, könne dies die Patientensicherheit erheblich gefährden.

Vor diesem Hintergrund betonen die Autoren die Notwendigkeit gezielter und strukturierter Maßnahmen zur Unterstützung von FENs, um ihre Integration zu erleichtern und ihre Patientensicherheitskompetenz nachhaltig zu stärken. Eine zentrale Maßnahme stelle dabei die Bereitstellung einer verbesserten und verlängerten Einarbeitungszeit dar, die nicht nur fachliche Aspekte umfassen, sondern insbesondere auch kulturelle Unterschiede berücksichtigen solle.

Ergänzt werden sollten diese Maßnahme durch eine kontinuierliche klinische Evaluation durch erfahrene Pflegekräfte. Dies kann es den FENs ermöglichen, Unsicherheiten im Berufsalltag zu bearbeiten, ihre fachlichen Kompetenzen weiterzuentwickeln und schrittweise Sicherheit im praktischen Handeln zu gewinnen. Darüber hinaus träge eine Reflexion der Praxiserfahrungen dazu bei, aus erlebten Situationen zu lernen und vorhandene Kompetenzen zu festigen und auszubauen.

Eine weitere zentrale Rolle bei der erfolgreichen Integration von FENs erfüllen nach Ansicht der Autoren die Führungskräfte im Pflegebereich. Sie tragen die Verantwortung für die Gestaltung eines unterstützenden und wertschätzenden Arbeitsumfeldes, in dem sich die FENs angenommen und sicher fühlen können. Dazu gehört unter anderem die Förderung der interkulturellen Kommunikation durch gezielte Schulungen, um die kulturelle Sensibilität im Team zu erhöhen, Vorurteile abzubauen und die interprofessionelle Zusammenarbeit zu verbessern.

Darüber hinaus betont die Studie, dass Mentoring-Programme einen wichtigen Beitrag zur Integration von FENs leisten können. Erfahrene Pflegekräfte fungieren dabei als Ansprechpartner und Begleiter im Arbeitsalltag, unterstützen beim Erwerb berufsspezifischer Handlungssicherheit und fördern durch ihre Expertise die Entwicklung einer beruflichen Identität.

Schließlich betont die Studie, dass FENs die gleichen Entwicklungs- und Karrierechancen erhalten müssen wie ihre einheimischen Kollegen. Eine gelungene Integration

sei nicht nur ein Gebot der sozialen Gerechtigkeit, sondern auch ein zentraler Faktor für die Gewährleistung der Patientensicherheit.

Die Studie erfüllt die Kriterien der SRQR und basiert als systematische Übersicht auf qualitativen Daten, weshalb sie gemäß LoE dem Level IV zugeordnet werden kann.

Zwergel et al. (2024) untersuchten die subjektiven Sichtweisen und Erfahrungen philippinischer akademisch qualifizierter Pflegekräfte nach ihrer Migration nach Deutschland. Im Mittelpunkt standen ihre Sicht auf die eigenen beruflichen Möglichkeiten und ihr Selbstverständnis als Pflegefachpersonen im deutschen Gesundheitssystem.

Für die Studie wurden im Zeitraum von Juli bis August 2022, acht Zoom-Interviews mit philippinischen Pflegekräften durchgeführt. Die Interviews dauerten zwischen 36 und 99 Minuten, wobei sieben in englischer und eines in deutscher Sprache geführt wurden. Die Rekrutierung der Interviewpartner erfolgte über Kontakte zur philippinischen Pflege-Community in Deutschland, über Social Media sowie über das Netzwerk des Förderprogramms „*Integration durch Qualifizierung*“. Die Interviews wurden digital aufgezeichnet und anschließend pseudonymisiert transkribiert.

Die Analyse identifizierte zentrale Einflüsse auf die beruflichen Handlungsspielräume der Pflegekräfte.

Der gesamte Rekrutierungs- und Anerkennungsprozess war für die Teilnehmenden mit großen Unsicherheiten verbunden. Sie beschrieben einen Mangel an Transparenz und verließen sich vor allem auf die Aussagen von Arbeitgebern und Vermittlungsagenturen. Der Prozess war zudem mit erheblichen finanziellen und zeitlichen Belastungen verbunden. Die Teilnehmenden gaben ihre Arbeit im Heimatland auf, um die (zeit-)intensiven Deutschkurse zu besuchen und mussten daher auf Ersparnisse zurückgreifen. Vertragliche Bindungs- und Rückzahlungsklauseln erschwerten einen Abbruch des Vermittlungsprozesses.

Zu Beginn ihrer Tätigkeit in Deutschland erlebten die meisten Teilnehmenden eine Dequalifizierung, da ihre Qualifikationen und Berufserfahrungen nicht berücksichtigt wurden und erst anerkannt werden musste. Allerdings war den Teilnehmern die Notwendigkeit, der in Deutschland geforderte Nachqualifizierung nicht transparent und sinnhaft. Sie wurde zudem als Herausforderung empfunden, allerdings eher aufgrund sprachlicher Barrieren als aufgrund mangelnder Fachkenntnisse.

Viele erlebten ein Fremdheitsgefühl im Berufsalltag, da sich das deutsche Pflegeverständnis von ihrem bisherigen unterschied. Grundpflegerische Tätigkeiten und interdisziplinäre Teamarbeit waren ihnen oft fremd und mussten neu erlernt werden.

Einigen Befragten gelang es, ihr berufliches Selbstverständnis an das deutsche Pflegeverständnis anzupassen. Sie sahen darin die Chance, eine intensive zwischenmenschliche Beziehungsarbeit und ein tieferes Verständnis für den eigentlichen Sinn der Pflege zu entwickeln.

Unabhängig davon betonten alle Teilnehmenden, dass Sprachkompetenz eine Grundvoraussetzung für eine Perspektive im deutschen Pflegesystem sei.

Um nach der Anerkennung ihrer beruflichen Qualifikation ihre beruflichen Handlungsspielräume zurückzugewinnen, strebten viele Teilnehmende gezielt eine Tätigkeit im Krankenhausbereich an, da sie dort bessere Möglichkeiten für fachliche Weiterbildungen sahen. Im Bereich der Langzeitpflege erkannten die meisten Teilnehmenden diese Chancen nicht.

Zwergel et al. beschreiben, dass das Kompetenzprofil und das berufliche Selbstverständnis international akademisch qualifizierter Pflegekräfte in Deutschland bislang unzureichend berücksichtigt werden. Die mangelnde Anerkennung von Qualifikationen und die Übertragung von Aufgaben mit geringer Verantwortung, führen zu Unzufriedenheit und erschweren die berufliche Identitätsentwicklung der zugewanderten Pflegekräfte. Darüber hinaus sind Vermittlungsagenturen, die Verträge mit Bindungs- und Rückzahlungsklauseln haben, kritisch zu sehen.

Die Studie empfiehlt, internationale Standards stärker zu berücksichtigen, transparente und unabhängige Informationsangebote zu schaffen, vorhandene pflegerische Kompetenzen besser zu nutzen und Aufstiegsmöglichkeiten zu etablieren, um Deutschland als Arbeitsort für international qualifizierte Pflegekräfte attraktiv zu machen.

Die Studie erfüllt die Anforderungen der SRQR und ist aufgrund ihres qualitativen Designs und der kleinen Stichprobengröße gemäß LoE der Stufe V zuzuordnen.

6.5 Ergebnismatrix

Im Folgenden wird die Ergebnismatrix der eingeschlossenen Quellen beschrieben. Anschließend folgt eine tabellarische Übersicht der Evidenzlevel sowie die Bewertung der Quellen anhand der SRQR-Kriterien und des zusammengefassten STROBE-Statements. Abschließend erfolgt eine tabellarische Ergebnismatrix, in der die in den Quellen genannten beitragenden Faktoren zusammengefasst sind.

In der Ergebnismatrix werden unter den **Patientenfaktoren** verschiedene Aspekte berücksichtigt. Im Mittelpunkt steht dabei die Sprachkompetenz des eingesetzten Pflegepersonals. Sprachliche Barrieren, fehlende Fachsprache sowie unbekannte Kommunikationsformen können die Verständigung erheblich erschweren. Dies betrifft nicht nur die Interaktion mit den Patienten, sondern auch das rechtzeitige Erkennen und Einordnen des Schweregrads einer Erkrankung oder plötzlicher akuter Veränderungen. Zudem stellen individuelle Bedürfnisse und potenziell damit verbundene kulturelle Unterschiede eine Herausforderung dar – ebenso wie der Umgang mit einem bislang unbekanntem Pflegeverständnis oder anderen Auffassungen und Erfahrung von Krankheitsschwere. Hinzu kommt, dass internationale Pflegekräfte im Kontakt mit Patienten mitunter Rassismus und Diskriminierung ausgesetzt sind.

Die **individuellen Faktoren** sind stark durch die Belastung der psychischen Gesundheit geprägt. Stress, Frustration, Angst, Zweifel und Unsicherheit bestimmen das Bild ausländischer Pflegekräfte nach ihrer Migration. Besonders hervorgehoben werden Gefühle von Isolation und Heimweh, die Auseinandersetzung mit Rassismus und Diskriminierung, mangelnde Unterstützung durch soziale Netzwerke, die Sicherheit geben könnten, sowie teilweise erhebliche finanzielle Belastungen.

Darüber hinaus sehen sich internationale Pflegekräfte mit einem neuen Pflegeverständnis und den daraus resultierenden Rollenkonflikten konfrontiert. Zusätzlich machen sie die Erfahrung der Dequalifizierung infolge nicht anerkannter beruflicher Qualifikationen. Diese Umstände schränken Kenntnisse, Fähigkeiten und Kompetenzen deutlich ein und führen erneut zu Frustration, Angst und Unmut.

Aufgrund kultureller Unterschiede ist zudem eine Auseinandersetzung mit einem veränderten Wertebild erforderlich, welches das professionelle Handeln beeinflusst.

Die **Arbeitsauftragsfaktoren** umfassen in den einbezogenen Quellen insbesondere die Verständlichkeit der Aufgabenstellungen sowie den Nutzen von Vorgaben und

Richtlinien. Die betrachtete Faktorengruppe wird aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet. Aus Sicht der Sprachkompetenz, der unterschiedliche Qualifikationen internationaler Pflegekräfte und der Transparenz der Prozesse.

Im Zentrum der **Teamfaktoren** steht erneut die Sprachkompetenz. Mängel in der Fachterminologie, im Umgang mit Dialekten, Umgangssprache oder neuen Kommunikationsformen können sowohl die mündliche als auch die schriftliche Kommunikation erheblich beeinträchtigen. Auch die Teamstruktur hat einen wesentlichen Einfluss auf ausländische Pflegekräfte. Unterschiedliche kulturelle Hintergründe und Erfahrungen beeinflusst ein Teams. Des Weiteren zerstören Ungleichbehandlung und Diskriminierung die Beständigkeit und die psychologische Sicherheit. Führungskräfte spielen in den Teamfaktoren eine entscheidende Rolle, da sie auf allen Ebenen der Teamstruktur Einfluss nehmen sollten, um das Gleichgewicht innerhalb des Teams zu fördern und gegebenenfalls wiederherzustellen. Das veränderte Pflegeverständnis, dem internationale Pflegekräfte ausgesetzt sind, sowie die neuen Aufgabenbereiche und der damit verbundene Unterstützungsbedarf, wirken sich auch auf den Bereich des Hilfeersuchens und der Supervision aus. Unabhängig davon, ob ein neu zu erlernender Versorgungsumfang erfolgt, benötigen neue Teammitglieder immer Unterstützung, sei es bei beruflichen Herausforderungen oder Verständnisfragen. Der Aufbau eines professionellen sozialen Netzwerks trägt zur Sicherheit bei, fördert das gemeinsame Situationsbewusstsein und unterstützt die Entwicklung einer kollektiven Verantwortung.

Im Zentrum der **Faktoren des Arbeitsumfeldes** steht die Arbeitsbelastung, die insbesondere internationale Pflegekräfte während ihrer Einarbeitung erheblich beansprucht. Diese Belastung resultiert nicht nur aus der eigentlichen Tätigkeit und den damit verbundenen Rahmenbedingungen, sondern auch aus unzureichender Einarbeitung und Unterstützung, der Notwendigkeit, sich neu auf den Umgang mit schwerstkranken Patienten einzustellen, sowie aus der Anpassung an neue Rollenbilder und den gleichzeitigen Anforderungen nach zusätzlichen Qualifikationen. Diese Herausforderungen werden durch einen zusätzlicher Personalmangel und zeitlich begrenzte Vorgaben verschärft.

Die **Faktoren der elektronischen Informationssysteme und Technologien** beziehen Aspekte der unzureichenden Unterstützung und Einarbeitung mit ein.

Im Mittelpunkt **der organisationalen, administrativen und kulturellen Faktoren** stehen die Strukturen innerhalb der Organisation. Dazu zählen transparente Abläufe, gezielte Orientierungsprogramme sowie eine strukturierte Vorbereitung auf die Rekrutierung und Einarbeitung internationaler Pflegekräfte. Ebenso wichtig ist die Vermittlung eines grundlegenden Verständnisses für das neue Gesundheitssystem.

Auch Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten sind zentrale Bestandteile dieser Faktorengruppe. Darüber hinaus ist der Aufbau einer gelebten Sicherheitskultur auf Führungsebene unerlässlich – mit klaren Grundsätzen und Standards wie Gleichbehandlung, dem Schutz vor Diskriminierung sowie der Anerkennung und Wertschätzung der Mitarbeitenden.

Die Aspekte der Faktorengruppe des **institutionellen Kontextes** ergeben sich aus der Verknüpfung gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen und der Anbindung an externe Organisationen wie Vermittlungs- und Rekrutierungsagenturen. Sie umfassen insbesondere die Transparenz institutioneller Prozesse, die rekrutierten Pflegekräften Orientierung bietet und ihnen ein besseres Verständnis für erforderliche Anpassungen, Veränderungen und Neuerungen ermöglicht.

Tabelle 6-4: Teil 1, Evidenzlevel und Bewertung der eingeschlossenen Quellen, eigene Darstellung

eingeschlossene Quellen		Alexis & Shillingford 2015	Almansour et al. 2022	Cubelo et al. 2024	Cubelo et al. 2023	Germack et al. 2017	Högstedt et al. 2024	Kurup et al. 2024	Moyce et al. 2016	Philip et al. 2019	Porter et al. 2024	Salami et al. 2018	Stubbs 2017	Thomas & Lee 2023	Viken et al. 2018	Zwergel et al. 2024	
Level of Evidence		IV	IV	III-IV	IV	IV	III-IV	IV	IV - V	IV	IV	IV - V	IV	III	IV	V	
Nr.	SRQR-Komponente																
1	Titel	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
2	Abstract	k.A.	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
3	Problemstellung	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
4	Zielsetzung / Forschungsfrage(n)	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
5	Qualitativer Ansatz und Forschungsparadigma	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
6	Forscherrolle / Beziehung zu Teilnehmenden	x	k.A.	k.A.	x		x	x	k.A.	x	x	x	m.B.	x	x	x	x
7	Kontext	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
8	Samplingstrategie	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
9	Ethische Überlegungen	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
10	Datenerhebungsmethoden	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
11	Datenerhebung	x	x	x	x		x	x	k.A.	x	x	x	x	x	x	x	x
12	Datenauswertung	x	x	x	x		x	x	k.A.	x	x	x	x	x	x	x	x
13	Vertrauenswürdigkeit (Trustworthiness)	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
14	Ergebnisse / Befunde	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

Legende: x = Information liegt vor, k.A. = Keine Angaben, m.B. = Möglicher Bias

Tabelle 6-5: Teil 2, Evidenzlevel und Bewertung der eingeschlossenen Quellen, eigene Darstellung

eingeschlossene Quellen		Alexis & Shillingford 2015	Almansour et al. 2022	Cubelo et al. 2024	Cubelo et al. 2023	Germack et al. 2017	Högstedt et al. 2024	Kurup et al. 2024	Moyce et al. 2016	Philip et al. 2019	Porter et al. 2024	Salami et al. 2018	Stubbs 2017	Thomas & Lee 2023	Viken et al. 2018	Zwergel et al. 2024	
Nr.	SRQR-Komponente																
15	Verknüpfung zu empirischen Daten	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
16	Integration mit früherer Forschung	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
17	Implikationen / Bedeutung / Transferierbarkeit	x	k.A.	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
18	Einschränkungen	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
19	Interessenkonflikte	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
20	Finanzierung	x	x	x	x		k.A.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
21	Sonstige Informationen	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Nr.	STROBE Statement																
1	Titel und Abstract						k.Ab.										
2	Einleitung						x										
3	Methoden						x										
4	Ergebnisse						x										
5	Diskussion						x										
6	Zusatzinformation						x										

Legende: x = Information liegt vor, k.A. = Keine Angaben, k.Ab. = Kein Abstract

Tabelle 6-6: Teil 1, Genannte beitragende Faktoren in den eingeschlossenen Quellen, eigene Darstellung

Faktoren- gruppe	Einflussnehmende Fak- toren	Alexis & Shillingford 2015	Almansour et al. 2022	Cubelo et al. 2024	Cubelo et al. 2023	Germack et al. 2017	Högstedt et al. 2024	Kurup et al. 2024	Moyce et al. 2016	Philip et al. 2019	Porter et al. 2024	Salami et al. 2018	Stubbs 2017	Thomas & Lee 2023	Viken et al. 2018	Zwergel et al. 2024	
Patientenfakto- ren	Krankheit (Komplexität und Schwere)		X	X	X	X	X		X	X	X		X	X	X	X	
	Sprache und Kommunikation		X	X	X	X	X		X	X	X		X	X	X	X	
	Persönlichkeit und soziale Faktoren			X	X	X	X	X	X		X			X	X		
Individuelle Fak- toren	Kenntnisse, Wissen und Fähigkeiten	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Kompetenz	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Körperliche und psychische Gesundheit	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Berufliche Werte und professionelles Handeln	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Faktoren des Arbeitsauftrags	Aufgaben- und Prozessgestaltung sowie strukturelle Klarheit	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
	Verfügbarkeit und Nutzen von Richtlinien und Vorgaben	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
	Verfügbarkeit und Genauigkeit von Testergebnissen																

Legende: x = Information liegt vor

Tabelle 6-7: Teil 2, Genannte beitragende Faktoren in den eingeschlossenen Quellen, eigene Darstellung

Faktoren- gruppe	Einflussnehmende Fak- toren	Alexis & Shillingford 2015	Almansour et al. 2022	Cubelo et al. 2024	Cubelo et al. 2023	Germack et al. 2017	Högstedt et al. 2024	Kurup et al. 2024	Moyce et al. 2016	Philip et al. 2019	Porter et al. 2024	Salami et al. 2018	Stubbs 2017	Thomas & Lee 2023	Viken et al. 2018	Zwergel et al. 2024
Teamfaktoren	Mündliche Kommunikation		x	x	x	x	x		x	x	x		x	x	x	x
	Schriftliche Kommunikation		x	x	x	x	x		x	x	x		x	x	x	x
	Supervision und Hilfesuche				x				x	x	x		x	x	x	x
	Teamstruktur (Passung, Füh- rung, Beständigkeit)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Situationsbewusstsein und gemeinsame Verantwortung			x			x	x							x	
	Gegenseitige Unterstützung	x		x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	
Faktoren des Arbeitsumfeld	Personalbestand und Qualifi- kationsmix	x		x			x									
	Arbeitsbelastung und Schichtpläne	x		x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x
	Design, Verfügbarkeit und In- standhaltung der Ausstattung															
	Unterstützung durch Verwal- tung und Geschäftsleitung															
	Physische Umgebung															
	Zeitliche Vorgaben													x		

Legende: x = Information liegt vor

Tabelle 6-8: Teil 3, Genannte beitragende Faktoren in den eingeschlossenen Quellen, eigene Darstellung

Faktorengruppe	Einflussnehmende Faktoren	Alexis & Shillingford 2015	Almansour et al. 2022	Cubelo et al. 2024	Cubelo et al. 2023	Germack et al. 2017	Högstedt et al. 2024	Kurup et al. 2024	Moyce et al. 2016	Philip et al. 2019	Porter et al. 2024	Salami et al. 2018	Stubbs 2017	Thomas & Lee 2023	Viken et al. 2018	Zwergel et al. 2024
Organisationale, administrative und kulturelle Faktoren	finanzielle Ressourcen und Einschränkungen															
	Aus- und Weiterbildung		X	X								X				X
	Grundsätze, Standards, Ziele	X	X	X				X								
	Organisationsstruktur, Sicherheitsstruktur und Prioritäten	X		X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	
Institutionelle Kontextfaktoren	Wirtschaftlicher und regulatorischer Kontext															
	Gesundheitspolitik			X			X	X	X			X		X	X	X
	Politisches Umfeld															
	Verbindung mit externen Organisationen	X		X	X			X	X			X		X	X	X

Legende: x = Information liegt vor

Tabelle 6-9: Teil 4, Genannte beitragende Faktoren in den eingeschlossenen Quellen, eigene Darstellung

Faktoren- gruppe	Einflussnehmende Fak- toren	Alexis & Shillingford 2015	Almansour et al. 2022	Cubelo et al. 2024	Cubelo et al. 2023	Germack et al. 2017	Högstedt et al. 2024	Kurup et al. 2024	Moyce et al. 2016	Philip et al. 2019	Porter et al. 2024	Salami et al. 2018	Stubbs 2017	Thomas & Lee 2023	Viken et al. 2018	Zwergel et al. 2024
Faktoren von elektronischen Informationssys- temen und Technologien	Hardware								X					X	X	
	Software								X					X	X	
	klinische Inhalte und Ent- scheidungshilfen															
	Schnittstelle zwischen Mensch und Maschine															
	Integration in die Arbeitsab- läufe								X					X	X	
	Datenschutz															

Legende: x = Information liegt vor

6.6 Zwischenfazit

Das Zwischenfazit bietet einen kompakten Überblick über die wichtigsten Ergebnisse der Ergebnismatrix und bildet die Basis für die Diskussion in Kapitel 7.

Bei der Auswertung der Volltexte zeigt sich folgendes Bild in Bezug auf die Bedeutung der beitragenden Faktoren:

Die **patientenbezogenen Faktoren** werden in den Quellen vor allem im Zusammenhang mit der Sprachkompetenz ausländischer Pflegekräfte thematisiert. Diese beeinflusst maßgeblich die Kommunikation zwischen Patienten und medizinischem Personal, erschwert das Verständnis kulturspezifischer Kommunikationsformen und beeinträchtigt somit auch die Wahrnehmung und Einschätzung des Gesundheitszustandes des Patienten. (Almansour et al., 2022; Cubelo et al., 2023; Cubelo et al., 2024; Germack et al., 2017; Högstedt et al., 2024; Moyce et al., 2016; Philip et al., 2019; Porter et al., 2024; Stubbs, 2017; Thomas & Lee, 2023; Viken et al., 2018; Zwergel et al., 2024)

Darüber hinaus werden individuelle Bedürfnisse der Patienten sowie kulturelle Unterschiede hervorgehoben, die im Versorgungsalltag eine Rolle spielen (Cubelo et al., 2023; Germack et al., 2017; Högstedt et al., 2024; Moyce et al., 2016; Porter et al., 2024). Ebenso werden die Schwere der Erkrankung und neue patientenbezogene Aufgabenbereiche als Herausforderungen benannt (Germack et al., 2017; Moyce et al., 2016; Stubbs, 2017; Viken et al., 2018; Zwergel et al., 2024). Viele Quellen weisen zudem darauf hin, dass ausländische Pflegekräfte häufig Diskriminierung und rassistischen Anfeindungen durch Patienten ausgesetzt sind (Cubelo et al., 2024; Högstedt et al., 2024; Kurup et al., 2024; Moyce et al., 2016; Thomas & Lee, 2023; Viken et al., 2018).

Auf **individueller Ebene** der Pflegekräfte stehen psychische Belastungen im Vordergrund. Die Mehrheit der Quellen beschreibt allgemeine Faktoren wie Stress, Frustration, Angst, Zweifel und Unsicherheit (Alexis & Shillingford, 2015; Cubelo et al., 2023; Cubelo et al., 2024; Högstedt et al., 2024; Kurup et al., 2024; Philip et al., 2019; Porter et al., 2024; Salami et al., 2018; Stubbs, 2017; Thomas & Lee, 2023; Viken et al., 2018). Besonders hervorgehoben werden Gefühle der Isolation (Almansour et al., 2022; Cubelo et al., 2024; Högstedt et al., 2024; Moyce et al., 2016; Porter et al., 2024; Viken et al., 2018), Erfahrungen mit Diskriminierung und Rassismus (Cubelo et al.,

2024; Högstedt et al., 2024; Kurup et al., 2024; Moyce et al., 2016; Thomas & Lee, 2023; Viken et al., 2018) sowie die unterstützende Wirkung sozialer Netzwerke oder des persönlichen Umfelds (Cubelo et al., 2024; Kurup et al., 2024; Salami et al., 2018; Stubbs, 2017; Thomas & Lee, 2023; Viken et al., 2018). Auch finanzielle Belastungen, die sich negativ auf das psychische Wohlbefinden auswirken, werden thematisiert (Kurup et al., 2024; Zwergel et al., 2024). Ein weiterer zentraler Aspekt sind Rollenkonflikte und Unsicherheiten im Zusammenhang mit einem veränderten Pflegeverständnis, das Kenntnisse, Fähigkeiten und Kompetenzen der Pflegekräfte infrage stellt (Germack et al., 2017; Högstedt et al., 2024; Kurup et al., 2024; Moyce et al., 2016; Philip et al., 2019; Porter et al., 2024; Stubbs, 2017; Thomas & Lee, 2023; Viken et al., 2018; Zwergel et al., 2024). Auch Themen wie Dequalifizierung, mangelnde Anerkennung beruflicher Qualifikationen (Alexis & Shillingford, 2015; Cubelo et al., 2024; Högstedt et al., 2024; Kurup et al., 2024; Moyce et al., 2016; Salami et al., 2018; Stubbs, 2017; Viken et al., 2018; Zwergel et al., 2024) und fehlende Möglichkeiten zur beruflichen Weiterbildung (Almansour et al., 2022; Cubelo et al., 2024; Salami et al., 2018; Zwergel et al., 2024) beeinflussen das berufliche Selbstverständnis. Zudem werden kulturelle Unterschiede als relevante Einflussfaktoren genannt, die sich auf die berufliche Handlungssicherheit sowie auf Werteempfinden und berufsethisches Verhalten auswirken (Almansour et al., 2022; Cubelo et al., 2023; Högstedt et al., 2024; Moyce et al., 2016; Porter et al., 2024; Thomas & Lee, 2023; Viken et al., 2018).

Die Verständlichkeit der Aufgabenstellung sowie der Einarbeitung, der Vorgaben und Richtlinien spielt eine zentrale Rolle im Zusammenhang mit den **Faktoren des Arbeitsauftrages**. Dabei wirken verschiedene Einflussgrößen zusammen. So kann die Verständlichkeit unter anderem durch mangelnde Sprachkompetenz (Almansour et al., 2022; Cubelo et al., 2023; Cubelo et al., 2024; Germack et al., 2017; Högstedt et al., 2024; Moyce et al., 2016; Philip et al., 2019; Porter et al., 2024; Stubbs, 2017; Thomas & Lee, 2023; Viken et al., 2018; Zwergel et al., 2024), die Intransparenz der Abläufe im Rahmen von Rekrutierung und Einarbeitung (Cubelo et al., 2024; Högstedt et al., 2024; Kurup et al., 2024; Porter et al., 2024; Viken et al., 2018) sowie durch die unterschiedlichen Qualifikationen internationaler Pflegekräfte geprägt sein (Kurup et al., 2024; Moyce et al., 2016).

Auch auf der Ebene der **Teamfaktoren** sind verschiedene Aspekte von Bedeutung. Hier tritt besonders die Sprachkompetenz in den Vordergrund, da sie die schriftliche

und mündliche Kommunikation innerhalb des Teams wesentlich beeinflusst (Almansour et al., 2022; Cubelo et al., 2023; Cubelo et al., 2024; Germack et al., 2017; Högstedt et al., 2024; Moyce et al., 2016; Philip et al., 2019; Porter et al., 2024; Stubbs, 2017; Thomas & Lee, 2023; Viken et al., 2018; Zwergel et al., 2024). Die Struktur des Teams wird dabei ebenfalls als relevanter Aspekt beschrieben. Eine zentrale Rolle spielt die Führung, die alle Bereiche der Teamstruktur durchdringt und somit in allen Quellen thematisiert wird. Innerhalb der Teamstruktur lassen sich weitere relevante Aspekte unterscheiden, etwa kulturelle Unterschiede und damit verbundene Vorurteile (Almansour et al., 2022; Cubelo et al., 2023; Cubelo et al., 2024; Högstedt et al., 2024; Moyce et al., 2016; Philip et al., 2019; Porter et al., 2024; Viken et al., 2018), Diskriminierung im Team (Cubelo et al., 2024; Högstedt et al., 2024; Kurup et al., 2024; Moyce et al., 2016; Thomas & Lee, 2023) sowie Formen der Ungleichbehandlung (Almansour et al., 2022; Cubelo et al., 2024). Darüber hinaus führen veränderte Rollenbilder und ein wandelndes Pflegeverständnis dazu, dass Themen wie Hilfesuche und Supervision an Bedeutung gewinnen (Cubelo et al., 2023; Moyce et al., 2016; Philip et al., 2019; Porter et al., 2024; Stubbs, 2017; Thomas & Lee, 2023; Viken et al., 2018; Zwergel et al., 2024). Auch wird ein gemeinsames Situationsbewusstsein betont, das mit einer gemeinsamen Verantwortungsübernahme verknüpft ist (Cubelo et al., 2024; Högstedt et al., 2024; Kurup et al., 2024; Viken et al., 2018), ebenso wie die Bedeutung gegenseitiger Unterstützung im Team (Alexis & Shillingford, 2015; Cubelo et al., 2023; Cubelo et al., 2024; Germack et al., 2017; Högstedt et al., 2024; Kurup et al., 2024; Philip et al., 2019; Porter et al., 2024; Salami et al., 2018; Stubbs, 2017; Thomas & Lee, 2023; Viken et al., 2018).

Im Bereich des **Arbeitsumfelds** rückt insbesondere die Arbeitsbelastung in den Vordergrund. Diese entsteht nicht nur durch die eigentliche Tätigkeit und die Rahmenbedingungen, sondern wird zusätzlich durch unzureichende Einarbeitung und fehlende Unterstützung verstärkt. Weitere belastende Faktoren sind das Erlernen eines neuen Rollenverständnisses, der erhebliche Druck im Zusammenhang mit der Nachqualifikation sowie der Umgang mit schwer erkrankten Patienten (Alexis & Shillingford, 2015; Cubelo et al., 2023; Cubelo et al., 2024; Germack et al., 2017; Högstedt et al., 2024; Kurup et al., 2024; Moyce et al., 2016; Porter et al., 2024; Salami et al., 2018; Stubbs, 2017; Thomas & Lee, 2023; Viken et al., 2018; Zwergel et al., 2024).

Auch der bestehende Personalmangel (Alexis & Shillingford, 2015; Cubelo et al., 2024; Högstedt et al., 2024) und enge zeitliche Vorgaben (Thomas & Lee, 2023) werden als Belastungsfaktoren genannt.

Elektronische Informationssysteme und technologische Faktoren stellen ebenfalls eine Herausforderung dar, insbesondere wenn eine angemessene Schulung oder Unterstützung im Umgang damit fehlt (Moyce et al., 2016; Thomas & Lee, 2023; Viken et al., 2018).

Im Bereich der **organisatorischen, administrativen und kulturellen Faktoren** steht die Struktur der Einrichtung im Zentrum. Eine fehlende Vorbereitung auf die Integration ausländischer Pflegekräfte, intransparente Abläufe, mangelhaft strukturierte Orientierungsprogramme und unzureichende Einführung in das neue Gesundheitssystem werden besonders häufig angesprochen (Alexis & Shillingford, 2015; Cubelo et al., 2023; Cubelo et al., 2024; Germack et al., 2017; Högstedt et al., 2024; Kurup et al., 2024; Moyce et al., 2016; Porter et al., 2024; Salami et al., 2018; Thomas & Lee, 2023; Viken et al., 2018). Zudem werden Aspekte wie eine gelebte Sicherheitskultur durch die Führungsebene mit klaren Zielvorgaben und Standards – darunter Unterstützung, Gleichbehandlung, Schutz vor Diskriminierung, Anerkennung und Wertschätzung (Alexis & Shillingford, 2015; Almansour et al., 2022; Cubelo et al., 2024; Högstedt et al., 2024; Kurup et al., 2024; Moyce et al., 2016; Porter et al., 2024; Stubbs, 2017; Thomas & Lee, 2023; Viken et al., 2018) – ebenso thematisiert wie der Wunsch nach Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten (Almansour et al., 2022; Cubelo et al., 2024; Salami et al., 2018; Zwergel et al., 2024).

Die genannten Faktoren des **institutionellen Kontextes** ergeben sich aus dem Zusammenspiel von Verbindungen zu externen Organisationen – hier insbesondere zu Vermittlungsagenturen – und der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen. Dieses Zusammenspiel ist geprägt von einer fehlenden Transparenz im Gesundheitssystem sowie in den Abläufen rund um Rekrutierung und Anerkennung. Gleichzeitig entsteht daraus ein erhöhter Orientierungsbedarf für Pflegekräfte aus dem Ausland. (Alexis & Shillingford, 2015; Cubelo et al., 2023; Cubelo et al., 2024; Högstedt et al., 2024; Kurup et al., 2024; Moyce et al., 2016; Porter et al., 2024; Salami et al., 2018; Thomas & Lee, 2023; Viken et al., 2018; Zwergel et al., 2024)

Aus den bisherigen Ergebnissen lässt sich eine klare Verteilung der Nennungen der beitragenden Faktoren ableiten:

- Individuelle Faktoren: 98,4%
- Patientenfaktoren: 75%
- Teamfaktoren: 70,83%
- Arbeitsauftragsfaktoren 62,5%
- Organisationale, administrative und kulturelle Faktoren 32,8%
- Institutionelle Kontextfaktoren 31,25%
- Faktoren des Arbeitsumfeldes: 18,75%
- Elektronische Informationssysteme und Technologie Faktoren 12,5%

Es ergibt sich ein Bild, dass eine hohe Konzentration der beitragenden Faktoren speziell in den Bereichen individueller, patientenbezogener, teambezogener sowie auftragsbezogener Faktoren verdeutlicht. Inwieweit diese Ergebnisse mit weiteren Erkenntnissen dieser Arbeit in Zusammenhang stehen, wird im folgenden Diskussionsteil näher erläutert.

7 Diskussion

Dieses Kapitel setzt sich mit den dargestellten Ergebnissen der Quellenrecherche auseinander und betrachtet sie unter verschiedenen Perspektiven.

Ergebnismatrix

Die in Kapitel 6.5 dargestellten Ergebnisse zeigen, dass ein Zusammenhang zwischen der Rekrutierung und Einarbeitung ausländischer Pflegekräfte und den beitragenden Faktoren der Patientensicherheit im Krankenhaus besteht. Dabei werden alle Faktorengruppen nach Vincent et al. in unterschiedlicher Weise berührt.

Für eine erfolgreiche Rekrutierung und Integration internationaler Pflegekräfte ist es wichtig, diese beitragenden Faktoren aus einer neuen, differenzierten Perspektive zu betrachten – eine, die sich von den bisher bekannten Einflussfaktoren unterscheidet.

Wie die eingeschlossenen Studien deutlich machen, bringen rekrutierte ausländische Pflegekräfte zwar umfangreiche berufliche Erfahrungen, Fachwissen und Kompetenzen aus ihren Herkunftsländern mit, stehen jedoch nach ihrer Ankunft im Zielland vor besonderen Herausforderungen, die die **individuellen Faktoren** massiv beeinflussen. Zentrale Schwierigkeiten ergeben sich dabei aus dem häufig mangelnden Bewusstsein für kulturelle Unterschiede, die ihnen erst im Verlauf der praktischen Tätigkeit deutlich werden. Vorab besteht meist eine geringe Transparenz über die Anforderungen und das Pflegeverständnis im Aufnahmeland. Infolgedessen sehen sich viele dieser Pflegekräfte gezwungen, ihr Wissen und ihre Kompetenzen teilweise neu zu erlernen oder anzupassen, um den Erwartungen des neuen Rollenbildes zu entsprechen. Hinzu kommt, dass berufliche Qualifikationen aus Nicht-EU-Staaten oftmals nicht anerkannt werden und – wie mitunter auch bei Pflegekräften aus EU-Staaten – eine Nachqualifizierung erforderlich ist. Diese strukturellen Hürden führen häufig zu einer Dequalifizierung, die nicht nur berufliche Perspektiven einschränkt, sondern auch das Selbstwertgefühl und die psychische Gesundheit der Betroffenen erheblich belastet. Internationale Pflegekräfte erleben daher vermehrt psychischen Stress, Frustration, Unsicherheit, Angst und Zweifel. Eine der gravierendsten Belastungen stellt die familiäre Trennung dar, da Angehörige in der Anfangsphase der Migration größtenteils im Herkunftsland verbleiben. Darüber hinaus sind viele Pflegekräfte mit Rassismus und

Diskriminierung konfrontiert – häufig ohne ein tragfähiges soziales Netzwerk, das sie stützen könnte.

Gerade deshalb ist der Aufbau sozialer und beruflicher Unterstützungsstrukturen essenziell, um international rekrutierten Pflegekräften Sicherheit, Anerkennung und Zugehörigkeit zu vermitteln. Diese Aspekte sind insbesondere im Einarbeitungsprozess von hoher Relevanz. Die psychische Belastung beeinträchtigt nicht nur die Konzentrationsfähigkeit, sondern erschwert auch die Integration in bestehende Pflorgeteams und die Aneignung neuer beruflicher Routinen. Zusätzlich kann der beschriebene Kulturschock zu einem inneren Wertekonflikt führen, der sich negativ auf das berufliche Selbstverständnis und das Verhalten im Arbeitsalltag auswirkt.

Besondere Aufmerksamkeit verdient im Rahmen der **Patientenfaktoren** die Sprachkompetenz internationaler Pflegekräfte. Zwar verfügen diese häufig über ausreichende fachliche Qualifikationen und Kompetenzen für die theoretisch fundierte Versorgung von Patienten, jedoch können diese in der Praxis aufgrund eingeschränkter sprachlicher Fähigkeiten nicht adäquat umgesetzt werden. Barrieren in der Fach- und Alltagssprache, im Verständnis regionaler Dialekte sowie kulturspezifische Kommunikationsmuster erschweren die direkte Interaktion mit Patienten erheblich. Infolgedessen können die Wahrnehmung, Einschätzung und Einordnung des gesundheitlichen Zustands der Patienten stark beeinträchtigt oder sogar unmöglich sein.

Zusätzlich sehen sich internationale Pflegekräfte innerhalb dieser Faktorgruppe nicht selten mit rassistischen oder diskriminierenden Verhaltensweisen seitens der Patienten konfrontiert, was eine professionelle Beziehungsgestaltung und Versorgung weiter erschwert.

Auch bei den **Teamfaktoren** ist es notwendig, einen neuen Blickwinkel einzunehmen. Die Kompetenz in der Sprache steht auch hier deutlich im Vordergrund. Wenn die Alltags- und Fachsprache nicht abrufbar und nutzbar ist, wird die Kommunikation, sowohl mündlich als auch schriftlich, innerhalb des Teams erheblich beeinträchtigt und gestört. Ein Beispiel hierfür zeigt sich darin, dass nationale Pflegekräfte bemüht sind, ihre ausländischen Kollegen während der Einarbeitungsphase zu unterstützen. Es bleibt jedoch unklar, inwieweit die gegebenen Anweisungen und Erklärungen sprachlich und inhaltlich vollständig verstanden werden, sodass eine korrekte Umsetzung oder Dokumentation im Pflegealltag gewährleistet ist. Gleichzeitig fällt es internationalen Pflege-

kräften häufig schwer, die an sie gerichteten Erwartungen in Bezug auf die Sprachkompetenz zu erfüllen. Das für die Migration nach Deutschland vorausgesetzte Sprachniveau, B1–B2, entspricht oftmals nicht den sprachlichen Anforderungen des pflegerischen Alltags. In der Folge ist eine unmittelbare Einarbeitung nach der Rekrutierung kaum möglich, da zentrale Anleitungen und Erklärungen nur unzureichend verstanden werden.

Viele migrierte Pflegekräfte kommen zudem aus Ländern, in denen interdisziplinäre Zusammenarbeit nicht selbstverständlich sind. Das Hinterfragen von Anordnungen, kritisches, unabhängiges Denken oder die Anwendung des Remonstrationsrechts, wie es in der deutschen Rechtsprechung vorgesehen ist, müssen von internationalen Pflegekräften neu erlernt werden – sowohl durch Transparenz vor und während der Rekrutierung als auch durch eine individuelle Einarbeitung nach der Migration. Auch hier wird die Bedeutung der Teamfaktoren erneut deutlich, da es die Teammitglieder sind, die diese Einarbeitung durchführen.

Durch kulturelle Unterschiede und teameigene Kommunikationsmuster beeinflussen die Rekrutierung und Einarbeitung internationaler Pflegekräfte auch die Teamstruktur dieser Faktorgruppe. Ähnlich wie bei den Patientenfaktoren sind migrierte Pflegekräfte auch hier häufig Diskriminierung durch Teammitglieder ausgesetzt. Viele fühlen sich aufgrund ihres kulturellen Hintergrunds nicht als gleichwertige Teammitglieder, da sie die Teamkulturen nicht nachvollziehen können. Führungskräfte spielen in diesem Zusammenhang eine zentrale Rolle, um die Teamstruktur so zu gestalten, dass jedes Mitglied integriert wird. Durch Unterstützung, Zusammenhalt und einen wertschätzenden sowie professionellen Umgang miteinander, erhalten die Teammitglieder psychologische Sicherheit, sodass sie beispielsweise ohne Angst um Hilfe bitten können.

Positiv hervorzuheben ist, dass die kulturelle und sprachliche Vielfalt internationaler Pflegekräfte, im Kontext der Patienten- und Teamfaktoren, in einer immer mehr multikulturellen Gesellschaft, von Vorteil sein wird.

Die **Faktoren des Arbeitsauftrags** werden durch die Rekrutierung und Einarbeitung ausländischer Pflegekräfte insbesondere in Bezug auf die Verständlichkeit von Aufgabenstellungen sowie die Nutzung von Vorgaben und Richtlinien relevant. Dies betritt jedoch drei verschiedene Perspektiven. Zunächst spielt die Sprachkompetenz erneut eine zentrale Rolle. Aufgrund von Sprachbarrieren ist es internationalen Pflegekräften

oft nicht möglich, Aufgabenstellungen oder die Anwendung von Vorgaben und Richtlinien vollständig zu verstehen. Darüber hinaus kann das Verständnis durch mangelnde Transparenz innerhalb der Rekrutierungs- und Einarbeitungsprozesse beeinträchtigt werden. Auch die unterschiedlichen Qualifikationen und Rollenbilder der rekrutierten Pflegekräfte können zu Missverständnissen und Unsicherheiten führen.

Die erfolgreiche Rekrutierung und Einarbeitung ausländischer Pflegekräfte hängen ebenso von einer Vielzahl **organisatorischer, administrativer und kultureller Faktoren** ab. Insbesondere die Organisationsstruktur, die gelebte Sicherheitskultur sowie Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten spielen dabei eine zentrale Rolle.

Ein wertvoller Erfolgsfaktor ist eine transparente und gut strukturierte Organisation. In der Praxis fehlt es jedoch häufig an systematisch aufgebauten Orientierungsprogrammen sowie an klaren Prozessen in den Bereichen Rekrutierung, Anerkennung ausländischer Qualifikationen und Einarbeitung. Um internationalen Pflegekräften den Einstieg in ihr neues Arbeitsleben zu erleichtern, sind die Einrichtungen gefordert, den damit verbundenen Herausforderungen gezielt und vorausschauend zu begegnen. Klare Strukturen, nachvollziehbare Abläufe und gezielte Unterstützungsmaßnahmen sind unerlässlich, damit sich neue Mitarbeitende im fremden Gesundheitssystem zurechtfinden und langfristig integrieren können. Dies setzt auch eine Anpassung bestehender administrativer Prozesse sowie eine offene, unterstützende Unternehmenskultur voraus.

Die Sicherheitskultur einer Organisation ist eng mit ihren Werten, Standards und Zielsetzungen verknüpft. Führungskräfte tragen eine zentrale Verantwortung dafür, Prinzipien wie Gleichbehandlung, interkulturelle Sensibilität und Unterstützung aktiv vorzuleben und zu fördern. Eine respektvolle und wertschätzende Haltung ist essenziell – insbesondere angesichts der Tatsache, dass ausländische Pflegekräfte nicht selten mit Diskriminierung oder rassistischen Erfahrungen konfrontiert werden. Eine konsequent gelebte Sicherheitskultur stärkt nicht nur das Vertrauen der Mitarbeitenden, sondern fördert auch eine nachhaltige Integration.

Ein weiterer Gesichtspunkt ist die berufliche Weiterentwicklung. Viele internationale Pflegekräfte sehen sich mit einer Dequalifizierung konfrontiert oder erleben langwierige Anerkennungsverfahren. Daher besteht häufig der Wunsch nach gezielter Unter-

stützung beim beruflichen Wiedereinstieg sowie beim Aufbau langfristiger Perspektiven im neuen Arbeitsumfeld. Organisationen sind gefordert, entsprechende Qualifizierungsangebote bereitzustellen und individuelle Entwicklungschancen zu fördern.

Für die Betrachtung der Fragestellung dieser Arbeit sind insbesondere zwei Aspekte des **institutionellen Kontextes** von zentraler Bedeutung. Zum einen die Gesundheitspolitik und zum anderen die Verbindungen zu externen Organisationen – vorwiegend Rekrutierungs- und Vermittlungsagenturen.

Die Prozesse rund um die Anwerbung ausländischer Pflegekräfte – von der Rekrutierung über die Migration bis hin zur Einarbeitung in das jeweilige Krankenhaus – müssen transparent, nachvollziehbar und verständlich gestaltet sein. Wenn den migrierten Pflegekräften unklar ist, was sie im Zielland erwartet – etwa mögliche Dequalifizierung, Anforderungen an Nachqualifizierungen oder sonstige Verfahren – erschwert dies ihre Einarbeitung und Integration erheblich.

Die **Faktoren des Arbeitsumfeldes** werden in den Ergebnissen deutlich seltener benannt als die zuvor behandelten Faktorengruppen, dennoch sind sie nicht weniger relevant. Besonders hervorgehoben wird die hohe Arbeitsbelastung ausländischer Pflegekräfte, die zusätzlich zu den allgemeinen Herausforderungen, denen auch nationale Pflegekräfte begegnen, mit spezifischen Belastungen konfrontiert sind. Im Mittelpunkt stehen dabei vor allem die fehlende Unterstützung sowie eine unzureichende Einarbeitung während der direkten Patientenversorgung. Hinzu kommt die oft mangelnde Akzeptanz eines neuen, sich im Kontext der Migration entwickelnden beruflichen Rollenverständnisses. Zusätzlich entsteht ein erheblicher Druck, der mit dem Nachholen von Qualifikationen und der Anerkennung bereits erworbener Abschlüsse verbunden ist und eine weitere Belastung darstellt. Darüber hinaus sind viele ausländische Pflegekräfte mit Krankheitsbildern konfrontiert, die ihnen aus ihrem bisherigen beruflichen Kontext nicht vertraut sind, was zusätzlichen Stress erzeugt. Verstärkt wird diese Situation durch den bestehenden Personalmangel und zeitlich eng gesetzte Vorgaben für Einarbeitungsphasen, die den ohnehin hohen Druck weiter erhöhen und die Integration in das neue Arbeitsumfeld zusätzlich erschweren.

In den Ergebnissen werden die **Faktoren elektronischer Informationssysteme und Technologien** im Zusammenhang mit einer mangelhaften Einarbeitung in die Digitalisierung aufgezeigt. Diesen Herausforderungen stehen jedoch auch nationale Pflege-

kräfte entgegen. Allerdings kann dieser Faktorengruppe durch die Aspekte der mangelnden Sprachkompetenzen, der unzureichenden Unterstützung und Einarbeitung ebenfalls eine Relevanz zugeschrieben werden.

Systemische Betrachtungsweise

Die Ergebnisse dieser Arbeit können im Rahmen der systemischen Betrachtungsweise sowie dem „*Modell der organisationalen Fehlerentstehung*“ nach Vincent et al. zugeordnet werden. Die Integration internationaler Pflegekräfte in das deutsche Gesundheitssystem erfordert einen grundlegenden Perspektivwechsel, um sicherzustellen, dass keine kritischen Ereignisse oder Zwischenfälle in der Patientenversorgung auftreten. Es ist notwendig, die Krankenhausstrukturen und die darin bestehenden Herausforderungen sowie die beitragenden Faktoren systematisch zu analysieren.

Ein zentraler Einflussfaktor stellt dabei die unzureichende Sprachkompetenz dar, die sowohl aktive Fehler begünstigt als auch latente Risikofaktoren innerhalb des Systems verstärkt. Kommunikationsbarrieren, Missverständnisse und Fehlinterpretationen können zu gravierenden Vorfällen wie Behandlungsfehlern, Medikationsverwechslungen oder Patientenverwechslungen führen. Ein gemeinsames Sprachverständnis ist daher unverzichtbar, um eine effektive Teamstruktur zu ermöglichen. Nur durch eine einheitliche Wahrnehmung der Situation können Sicherheitsbarrieren geschaffen und kritische Ereignisse verhindert werden. Um diese Risiken zu verringern, wäre es sinnvoll, das geforderte Sprachniveau von B2 auf C1 anzuheben und bereits vor der Migration gezielte Schulungen in medizinischer Fachsprache anzubieten. Neben der sprachlichen Kompetenz sind Fortbildungsmaßnahmen zu kulturspezifischen Kommunikationsweisen sowie zur interdisziplinären Zusammenarbeit im Zielland unerlässlich. Nur durch diese gezielte Vorbereitung können internationale Pflegekräfte auf kulturelle Unterschiede und die unterschiedlichen beruflichen Rollenverständnisse im neuen Arbeitsumfeld vorbereitet werden. Auf diese Weise können Schutzbarrieren etabliert werden, die helfen, unerwünschte Ereignisse zu vermeiden.

Darüber hinaus sollte auch das bestehende Personal für kulturelle Unterschiede sowie potenzielle Wissenslücken – die sogenannten 'Löcher' im Käsescheibenmodell nach Reason – sensibilisiert werden. Nur wenn nationale Pflegekräfte die Herausforderungen ihrer internationalen Kolleginnen und Kollegen erkennen und verstehen, kann eine hohe Patientensicherheit gewährleistet werden.

Die psychischen Belastungen von migrierten Pflegekräften stellen zudem einen weiteren Risikofaktor dar, der sowohl latente als auch aktive Fehlerquellen im Arbeitsalltag begünstigen kann. Anhaltender Stress, Unsicherheiten, Frustration, Selbstzweifel, soziale Isolation sowie Erfahrungen mit Rassismus und Diskriminierung beeinträchtigen die Konzentration und Arbeitsleistung erheblich. Um eine erfolgreiche Integration zu unterstützen, sind gezielte Maßnahmen notwendig, die die soziale Isolation verringern, das Selbstvertrauen stärken und Diskriminierung effektiv entgegenwirken.

Ein weiterer kritischer Aspekt, der latente Bedingungen und potenzielle Fehlerquellen begünstigt, ist die unzureichende Orientierung und Begleitung während des gesamten Rekrutierungs- und Einarbeitungsprozesses. Die Verantwortung liegt hier bei den rekrutierenden Einrichtungen und Vermittlungsagenturen, den zugewanderten Pflegekräften kontinuierliche Informationen, transparente Kommunikation und verlässliche Unterstützung zu bieten – von der Rekrutierung über die Einarbeitung bis hin zur langfristigen Integration in das neue Arbeitsumfeld.

Die erfolgreiche Eingliederung in ein neues Gesundheitssystem gelingt nur dann, wenn Abläufe, Strukturen und deren zugrunde liegende Logik verständlich und nachvollziehbar vermittelt werden. Nur so können wirksame Sicherheitsmechanismen etabliert werden, die potenzielle Fehlerquellen frühzeitig erkennen und abfangen.

Gesundheitseinrichtungen sind daher gefordert, strukturierte und langfristige Unterstützungsangebote zu schaffen, die das gesamte therapeutische und interdisziplinäre Team aktiv einbeziehen. Nur durch eine systematisch gestaltete Einarbeitung, eine offene Kommunikationskultur und einen sicheren Raum für Fragen und Unsicherheiten kann eine lebendige Sicherheitskultur etabliert werden. Fehlt diese, besteht das Risiko, dass unsichere Handlungsweisen zur Gewohnheit werden – mit potenziell gravierenden Folgen für die Patientensicherheit.

Theorie des geplanten Verhaltens

Die Ergebnisse dieser Arbeit untermauern im Rahmen der TPB die Annahme, dass die Rekrutierung und Einarbeitung internationaler Pflegekräfte eine zentrale Herausforderung im deutschen Gesundheitswesen darstellen.

Neu zugewanderte Pflegekräfte sehen sich mit der Aufgabe konfrontiert, sich an ungewohnte berufliche Rollenbilder anzupassen, neue Verhaltensnormen zu erlernen

und diese sicher im Alltag umzusetzen. Die TPB bietet dabei einen hilfreichen theoretischen Rahmen, um besser zu verstehen, welche individuellen und sozialen Faktoren diesen Anpassungsprozess beeinflussen.

Auf der dritten Ebene der TPB – den Hintergrundfaktoren – ist es wesentlich, die individuellen Beweggründe der migrierten Pflegekräfte zu erfassen. Dazu gehören persönliche Karrierezielsetzungen, die Eigenmotivation sowie der Einfluss familiärer oder sozialer Netzwerke auf den Migrations- und Berufswahlprozess. Die frühzeitige Identifikation dieser Faktoren ist entscheidend, um mögliche Herausforderungen und Fehlerquellen rechtzeitig zu erkennen und gezielt intervenieren zu können.

Auf der zweiten Ebene der TPB – den Verhaltensüberzeugungen, normativen Überzeugungen und Kontrollüberzeugungen – müssen strukturelle Gegebenheiten geprüft werden, die das Verhalten der internationalen Pflegekräfte beeinflussen. Förderliche Faktoren wie strukturierte Einarbeitungskonzepte können die Integration erleichtern, während hinderliche Aspekte wie intransparente Anerkennungsverfahren oder Personalmangel die berufliche Eingliederung erschweren. Ebenso ist zu analysieren, ob die Pflegekräfte die möglichen Konsequenzen ihres Handelns umfassend einschätzen können und ob ihre Erwartungshaltung gegenüber gefordertem Verhalten eher positiv oder negativ geprägt ist. Negative Erwartungen können beispielsweise aus unzureichender Einarbeitung oder Kommunikationsproblemen resultieren und sollten frühzeitig erkannt werden, um angemessen darauf zu reagieren.

Auch normative Überzeugungen – die Erwartungen und Meinungen von Kollegen und Vorgesetzten – nehmen Einfluss auf das Verhalten der internationalen Pflegekräfte. Diskriminierungserfahrungen, rassistische Vorfälle oder unrealistisch hohe Erwartungen an die Sprachkompetenz können eine erhebliche Belastung darstellen und die Integration sowie die Patientensicherheit negativ beeinflussen.

Diese Überzeugungen und Rahmenbedingungen bilden die Grundlage für die erste Ebene der TPB: die Entstehung der Verhaltensintention. Hierbei entwickeln sich die Einstellungen der rekrutierten Pflegekräfte gegenüber dem erwarteten Verhalten, etwa durch gezielte Orientierungsprogramme, transparente Prozesse und individuell angepasste Einarbeitungskonzepte.

Durch die Integration in soziale Netzwerke und Teamstrukturen erlernen migrierte Pflegekräfte zudem die erwarteten sozialen Normen. Je enger diese Beziehungen aufgebaut werden, desto schneller und intensiver nehmen die neuen Mitarbeitenden diese Erwartungen an.

Allgemeines

Ein Aspekt, der in den Ergebnissen der eingeschlossenen Studien nicht thematisiert wurde und weiterhin unklar bleibt, ist die Frage, warum international migrierende Pflegekräfte trotz intransparenter Prozesse oder mangelnder Informationen seitens der rekrutierenden Organisationen oder Vermittlungsagenturen keine Eigeninitiative zeigen. Es bleibt unverständlich, weshalb sie sich nicht selbstständig über die Gegebenheiten im Zielland informieren. Zwar verdeutlichen die Ergebnisse, dass Pflegekräfte nach der Migration häufig einen Kulturschock erleben und mit Unsicherheiten sowie Ängsten konfrontiert sind, jedoch bleibt offen, welche tieferliegenden Ursachen sie bereits im Vorfeld daran hindern, aktiv Informationen einzuholen. Da diese Problematik augenscheinlich besteht, sollten zukünftige Forschungsarbeiten gezielt untersuchen, welche individuellen, sozialen oder strukturellen Faktoren dabei eine Rolle spielen und auf welche Weise diese in zukünftigen Rekrutierungs- und Integrationsprozessen Berücksichtigung finden können.

Eine weitere Diskrepanz zeigt sich zwischen den Ergebnissen der eingeschlossenen Studien und den Aussagen der allgemeinen herangezogenen Quellen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2024; DKF, 2025; Glaser, 2024; Köhler, 2023; Peppler, 2024)

Während etablierte Quellen strukturierte Einarbeitungskonzepte oder die kontinuierliche Begleitung des gesamten Prozesses durch Rekrutierungs- und Vermittlungsagenturen als notwendig hervorheben und Konzepte und Empfehlungen aussprechen, werden diese in den untersuchten Studien als unzureichend, mangelhaft oder intransparent beschrieben. Eine mögliche Erklärung für diese Diskrepanz könnte sein, dass die in Deutschland bereits vorhandenen Erkenntnisse in den Herkunfts- oder Aufnahmeländern der untersuchten Studien noch nicht etabliert sind oder dort bislang kein entsprechender Bedarf für eine umfassendere Begleitung festgestellt wurde.

Ein weiterer wichtiger Aspekt, der in keiner der betrachteten Studien ausdrücklich aufgegriffen wird, betrifft den Blick auf das aktuelle Krankenhaussystem und das dort bereits tätige Personal. Die erfolgreiche Rekrutierung, Integration und Einarbeitung internationaler Pflegekräfte erfordern nicht nur Maßnahmen seitens der Krankenhäuser, externer Organisationen und der Gesundheitspolitik, sondern setzt auch voraus, dass bestehende Mitarbeitende aktiv in diesen Prozess eingebunden werden. Diese übernehmen eine Schlüsselrolle, indem sie neue Kollegen im Team aufnehmen, integrieren und in die praktische Arbeit einarbeiten. Als direkte Schnittstelle zwischen den neu angeworbenen Pflegekräften und Patienten tragen sie eine erhebliche Verantwortung. Um dieser gerecht werden zu können, benötigen sie gezielte Unterstützung, Schulungen sowie ausreichende Ressourcen, um ihre Aufgaben bewältigen zu können, ohne selbst Überlastung zu erfahren.

In diesem Zusammenhang ist kritisch zu hinterfragen, wie viele neu rekrutierte Pflegekräfte ein bestehendes Team aufnehmen und integrieren kann, ohne dass die Teamstruktur destabilisiert wird. Der Fokus der Rekrutierungsmaßnahmen darf sich daher nicht ausschließlich auf die Bedürfnisse der migrierten Pflegekräfte richten, sondern muss stets das gesamte Pflegeteam in den Blick nehmen. Pflegeteams sind empfindliche soziale Gefüge, deren Stabilität eine Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Integration neuer Mitarbeitender darstellt. Besonders das Erleben psychologischer Sicherheit ist für alle Teammitglieder essenziell. Eine Überforderung der bestehenden Teams durch eine zu große Zahl neu integrierter Pflegekräfte kann diese Sicherheit erheblich beeinträchtigen.

Organisationen stehen folglich in der Verantwortung, bei der Entscheidung zur Rekrutierung internationaler Pflegekräfte sorgfältig zwischen dem Bedarf zur Entlastung des Systems und der Belastungsgrenze der vorhandenen Mitarbeitenden abzuwägen. Diese Abwägung umfasst nicht nur wirtschaftliche, managerielle und organisatorische, sondern auch rechtliche Aspekte, wie die Berücksichtigung des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG) (Bundesministerium der Justiz, 2022).

Als Ergebnis dieser Thesis lässt sich festhalten, dass die Rekrutierung und Einarbeitung ausländischer Pflegekräfte einen beitragenden Faktor für die Patientensicherheit im Krankenhaus darstellen.

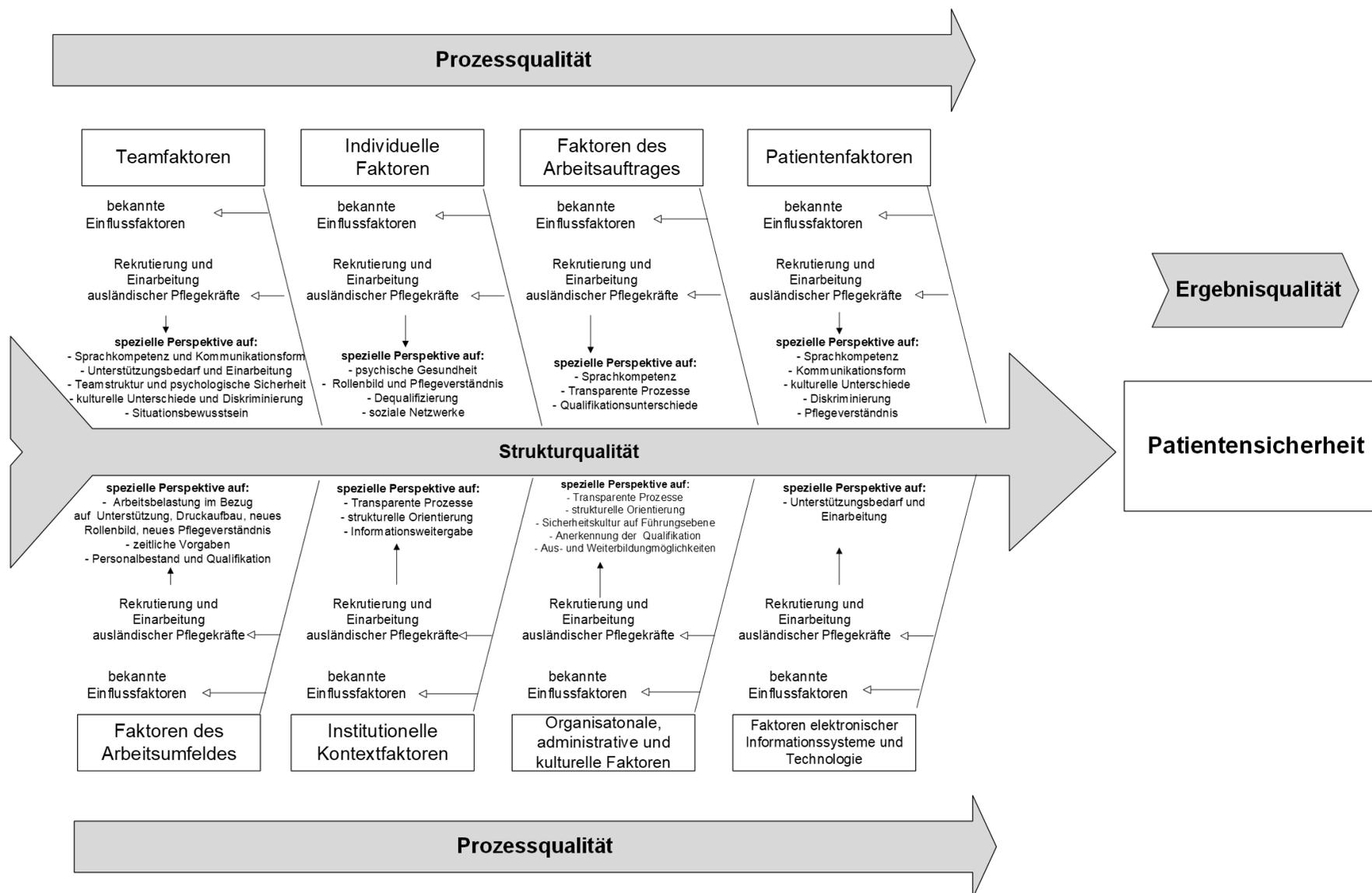


Abbildung 7-1: Ishikawa Diagramm der beitragenden Faktoren der Patientensicherheit, eigene Darstellung

8 Empfehlungen

Die Integration internationaler Pflegekräfte stellt sowohl für die heimischen Pflegekräfte als auch für die Institutionen eine komplexe Herausforderung dar, die eine ganzheitliche, strukturierte Herangehensweise erfordert. Basierend auf den unterschiedlichen Perspektiven und wissenschaftlichen Erkenntnissen lassen sich mehrere zentrale Handlungsempfehlungen ableiten, die eine erfolgreiche und nachhaltige Integration dieser Pflegekräfte fördern können. Die Empfehlungen beinhalten sowohl individuelle als auch organisatorische und soziale Maßnahmen, die in unterschiedlichen Phasen des Integrationsprozesses umgesetzt werden sollten.

Transparente und umfassende Information vor der Migration

Um die Rekrutierung und Integration internationaler Pflegekräfte nachhaltig zu verbessern, ist es essenziell, bereits vor der Migration für transparente und umfassende Informationen zu sorgen. Aufnehmende Organisationen sowie Vermittlungsagenturen tragen hierbei die Verantwortung, klare, vollständige und leicht zugängliche Informationen zu Arbeitsbedingungen, kulturellen Besonderheiten und dem Gesundheitssystem des Ziellandes bereitzustellen. Ergänzend dazu sollten Prozesse entwickelt werden, die Migranten aktiv dazu anregen und in die Lage versetzen, sich eigenständig über relevante Rahmenbedingungen zu informieren. Dies könnte beispielsweise durch die Bereitstellung gezielter Informationsquellen oder die Durchführung vorbereitender Schulungen und Orientierungsprogramme geschehen. Gleichzeitig besteht Forschungsbedarf, um besser zu verstehen, welche individuellen, sozialen und strukturellen Barrieren Pflegekräfte daran hindern, sich frühzeitig, umfassend und eigenständig zu informieren. Zukünftige Studien sollten gezielt diese Faktoren untersuchen, um daraus konkrete Handlungsempfehlungen für die Optimierung von Rekrutierungs- und Integrationsprozessen ableiten zu können.

Rekrutierung und Vorbereitung

Die erste Phase der Integration beginnt bereits mit der Rekrutierung. Hier sollte besonderes Augenmerk auf die Motivation und die persönlichen Ziele der Pflegekräfte gelegt werden. Es ist entscheidend zu verstehen, ob die Entscheidung für die Migration aus eigenem Antrieb oder aufgrund familiärer oder sozialer Zwänge getroffen wurde.

Eine frühzeitige Analyse potenzieller Herausforderungen wie Diskrepanzen zwischen den Erwartungen der Pflegekräfte und den realen Gegebenheiten im Zielland ermöglicht es, gezielte Maßnahmen zur Vorbereitung anzubieten. Diese könnten beispielsweise realistische Einblicke in den Arbeitsalltag sowie die kulturellen und sprachlichen Anforderungen umfassen.

Ein weiterer Empfehlung die frühzeitige Schulung in medizinischer Fachterminologie und grundlegenden Aspekten der kulturellen Sensibilisierung. Fundierte Vorabinformationen über die beruflichen Anforderungen, gesetzliche Rahmenbedingungen sowie die spezifischen Pflegeverständnisse im Zielland, helfen den Pflegekräften, sich besser auf die neuen Anforderungen vorzubereiten und mögliche kulturelle Missverständnisse von Anfang an zu vermeiden.

Einarbeitung

In der Einarbeitungsphase sollte ein strukturierter Integrationsprozess etabliert werden, der sowohl fachliche als auch sprachliche Anforderungen berücksichtigt. Pflegekräfte sollten dabei schrittweise in ihre Aufgaben eingeführt werden, wobei standardisierte Programme angeboten werden, die gleichzeitig auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmt sind. Mentorenprogramme und regelmäßige Feedbackgespräche sind essenziell, um die Integration zu fördern und etwaige Unsicherheiten frühzeitig zu adressieren. Mentoren mit eigener Rekrutierungserfahrung könnten an dieser Stelle von Vorteil sein

Der sprachlichen Förderung kommt besondere Bedeutung zu. Neben den grundlegenden Sprachkenntnissen sollte das erforderliche Sprachniveau auf C1 angehoben werden, um eine präzise und fachlich kompetente Kommunikation im klinischen Alltag sicherzustellen. Gleichzeitig sollten praktische Kommunikationstrainings angeboten werden, um sicherzustellen, dass Pflegekräfte in der Lage sind, sich effektiv mit Patienten und Kollegen auszutauschen.

Für die Integration in die soziale Struktur des Teams sollten zudem Teambuilding-Maßnahmen sowie regelmäßige Mentorenprogramme etabliert werden, die den Pflegekräften dabei helfen, stabile soziale Netzwerke aufzubauen. Dies ist besonders wichtig, um das Gefühl der Isolation zu vermeiden und die Integration in die Teamkultur zu erleichtern.

Einbindung und Unterstützung der bestehenden Pflegeteams

Die erfolgreiche Integration internationaler Pflegekräfte erfordert die aktive Einbindung der bestehenden Pflegeteams in den Integrationsprozess. Bestehende Mitarbeitende sollten gezielt als Mentoren eingesetzt werden, um neuen Kollegen den Einstieg in die praktische Arbeit und das soziale Gefüge zu erleichtern. Darüber hinaus sind Schulungen zu interkultureller Kompetenz, Teambuilding sowie zum Umgang mit Diversität notwendig, um das Bewusstsein für kulturelle Unterschiede zu schärfen und ein respektvolles, unterstützendes Miteinander zu fördern. Um eine Überlastung und Demotivation innerhalb der Teams zu vermeiden, müssen Organisationen zusätzliche Ressourcen bereitstellen. Dazu zählen insbesondere ausreichend Zeit für die Einarbeitung, personelle Verstärkung sowie psychologische Unterstützungsangebote, die den Mitarbeitenden helfen, ihre neuen Aufgaben im Integrationsprozess erfolgreich und ohne eigene Überforderung zu bewältigen.

Psychosoziale Unterstützung und Gesundheitsförderung

Die psychische Belastung internationaler Pflegekräfte sollte nicht unterschätzt werden. Viele Pflegekräfte erleben Stress, Unsicherheit und kulturelle Konflikte, die sich negativ auf ihre berufliche Leistung und ihre Gesundheit auswirken können. Es ist daher wichtig, Programme zur Stressbewältigung, Resilienzförderung und psychosoziale Beratung anzubieten. Solche Programme können helfen, den Umgang mit beruflichen und privaten Herausforderungen zu erleichtern und das Selbstvertrauen der Pflegekräfte zu stärken.

Gleichzeitig sollte psychosoziale Unterstützung durch Mentoring-Programme und den Austausch unter Kollegen gewährleistet sein, um das Gefühl der Zugehörigkeit und Unterstützung zu stärken. Dies kann auch dazu beitragen, Diskriminierung und Rassismus am Arbeitsplatz vorzubeugen. Es sind klare Null-Toleranz-Strategien erforderlich, die diskriminierende Vorfälle erkennen und gegensteuern.

Organisationskultur und Teamdynamik

Ein Arbeitsumfeld zu schaffen, das alle Mitarbeitenden einbezieht, ist entscheidend für die langfristige Integration internationaler Pflegekräfte. Hierzu gehört eine lebendige Sicherheitskultur, in der Fehler als Lernchancen und nicht als Misserfolge betrachtet

werden. Pflegekräfte sollten ermutigt werden, Fragen zu stellen und Unsicherheiten anzusprechen. Interkulturelle Schulungen für das bestehende Team sind ebenfalls von großer Bedeutung, um Missverständnisse und Vorurteile zu vermeiden und ein unterstützendes Arbeitsumfeld zu schaffen.

Führungskräfte spielen eine zentrale Rolle in diesem Prozess, da sie die Werte einer Organisation vorleben. Diskriminierungsfreie Teamkulturen müssen aktiv gefördert werden, und die Förderung von Diversität und interkultureller Kompetenz muss als kontinuierlicher Prozess verstanden werden.

Achtsames Management der Teamdynamik

Ein achtsames Management der Teamdynamik ist entscheidend, um die erfolgreiche Integration internationaler Pflegekräfte sicherzustellen. Dabei sollte die maximale Aufnahmezahl neuer Pflegekräfte pro Team realistisch festgelegt werden, um eine Überforderung der bestehenden Mitarbeitenden und eine Destabilisierung der Teamstruktur zu vermeiden. Gleichzeitig ist es von zentraler Bedeutung, die psychologische Sicherheit im gesamten Pflegeteam zu gewährleisten, da sie eine wesentliche Grundlage für ein funktionierendes, vertrauensvolles Arbeitsumfeld bildet. Der Fokus der Integrationsmaßnahmen darf sich daher nicht ausschließlich auf die Bedürfnisse der migrierten Pflegekräfte richten, sondern muss stets einen ganzheitlichen Blick auf das gesamte Team einnehmen. Nur durch eine ausgewogene Berücksichtigung aller Teammitglieder kann eine stabile und unterstützende Arbeitsatmosphäre geschaffen werden, die sowohl den neuen als auch den bestehenden Mitarbeitenden sowie letztlich der Patientensicherheit zugutekommt.

Anerkennung und Qualifizierung

Der Anerkennungsprozess für Qualifikationen internationaler Pflegekräfte sollte transparent, zügig und fair gestaltet werden, wobei sowohl formelle Abschlüsse als auch praktische Fähigkeiten berücksichtigt werden. Um eine optimale Integration zu gewährleisten, sollten notwendige Nachqualifizierungsprogramme zeitnah angeboten werden, die die bestehenden Qualifikationen an die Anforderungen des Ziellandes anpassen. Dies reduziert die Zeit der Dequalifizierung der internationalen Pflegekräfte und schafft Vertrauen in die Prozesse.

Integration von Familienangehörigen

Die Unterstützung bei Visa- und Nachzugsprozessen für Familienangehörige kann die Belastung der Pflegekräfte reduzieren und deren Integration erleichtern. Programme, die den Familiennachzug erleichtern, tragen dazu bei, die psychische Belastung der Pflegekräfte zu mindern und ein stabiles soziales Umfeld zu schaffen, das die berufliche Integration unterstützt.

Langfristige Unterstützung und kontinuierliche Begleitung

Die Integration und Zusammenarbeit mit internationalen Pflegekräften entwickelt sich fortlaufend und ist nicht mit dem Ende der Einarbeitungsphase abgeschlossen. Daher sollten die Rekrutierungsagenturen eine kontinuierliche Begleitung während des gesamten Prozesses – von der Anwerbung über die Migration bis hin zur Integration – gewährleisten. Dabei sind regelmäßige Evaluierungen der Integrationsmaßnahmen erforderlich, um den Erfolg der Maßnahmen zu überprüfen, bei Bedarf anzupassen und für zukünftige Rekrutierungen zu verbessern.

Um die Qualität der Vermittlungsprozesse sicherzustellen, ist die Einführung verbindlicher Qualitätsstandards, beispielsweise in Form eines Gütesiegel wie dem des DKFs, dringend erforderlich. Darüber hinaus sollten verbindliche Vereinbarungen getroffen werden, die die Zuständigkeiten der Agenturen klar definieren und Mindestleistungen verbindlich festlegen, um Transparenz und Verlässlichkeit für die internationalen Pflegekräfte zu gewährleisten.

Darüber hinaus sollten internationale Pflegekräfte durch regelmäßige Fortbildungsprogramme und gezielte Möglichkeiten zur beruflichen Weiterentwicklung unterstützt werden, um ihre langfristigen beruflichen Perspektiven und die Mobilität zu fördern.

Die erfolgreiche Integration internationaler Pflegekräfte erfordert eine fundierte Vorbereitung, eine strukturierte Einarbeitung, umfassende psychosoziale Unterstützung und die Förderung einer offenen, respektvollen und unterstützenden Arbeitsumgebung. Dies führt nicht nur zu einer besseren Pflegequalität und einer nachhaltigeren Integration in das Gesundheitssystem, sondern auch zu Sicherstellung der Patientensicherheit.

9 Stärken und Limitationen

Im Folgenden werden die zentralen Stärken sowie die methodischen und inhaltlichen Limitationen dieser Bachelorarbeit dargestellt.

Eine Stärke der Arbeit liegt in der systematischen Quellenrecherche, die durch ein transparentes und nachvollziehbares Vorgehen gekennzeichnet ist. Der gewählte Suchzeitraum von 2015 bis 2025 gewährleistet eine aktuelle Datenbasis.

Darüber hinaus trägt die ausführliche Einführung in die theoretischen Grundlagen zur Patientensicherheit sowie zu den aktuellen Herausforderungen im deutschen Gesundheitswesen zu einem vertieften Verständnis der Thematik bei.

Die strukturierte Darstellung der Ergebnisse der Quellenrecherche bietet zudem einen umfassenden Überblick über die eingeschlossenen Quellen und die identifizierten beitragenden Faktoren.

Gleichzeitig weist die Arbeit mehrere Limitationen auf, die bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen sind.

So konnte lediglich eine deutschsprachige Quelle in die Analyse einbezogen werden, alle weiteren Quellen lagen in englischer Sprache vor. Die Übersetzung dieser Quellen beschränkte sich auf einzelne Begriffe, die mithilfe von Übersetzungstools vorgenommen wurden. Daher können Verzerrungen durch mögliche Übersetzungsungenauigkeiten nicht ausgeschlossen werden.

Des Weiteren war es aufgrund des begrenzten zeitlichen Rahmens nicht möglich, sämtliche potenziell relevante Datenbanken zu berücksichtigen. Dadurch ist es möglich, dass relevante Studien nicht identifiziert wurden. Zudem konnten bei vier potenziell einschlägigen Arbeiten die Volltexte nicht beschafft werden, was zur Folge hatte, dass möglicherweise relevante Inhalte nicht in die Analyse einfließen konnten.

Die Bewertung der eingeschlossenen Studien erfolgte anhand der Kriterien des SRQR und des zusammengefassten STROBE-Statements. Dabei ist zu beachten, dass diese komprimierte Bewertungsmethode nicht alle Bewertungsdimensionen vollständig abdeckt. Eine detaillierte Einzelbewertung hätte unter Umständen zu abweichenden Ergebnissen geführt.

Die hohe Anzahl qualitativ ausgerichteter Studien stellte eine weitere Herausforderung dar, da das zugrunde gelegte Bewertungsmodell der Evidenz nur eingeschränkt zwi-

schen qualitativen und quantitativen Studiendesigns differenzieren kann. Darüber hinaus weisen die eingeschlossenen Studien überwiegend ein niedriges Evidenzniveau auf; Studien mit hoher Evidenzstufe fehlen.

Ein zusätzlicher limitierender Faktor ergibt sich aus der spezifischen Ausrichtung der Fragestellung. Im Rahmen der Quellenrecherche konnten keine Studien identifiziert werden, die einen direkten Zusammenhang zwischen Rekrutierung, Einarbeitung und Patientensicherheit unter Berücksichtigung der beitragenden Faktoren nach Vincent et al. in ihrer Gesamtheit darstellten. Aus diesem Grund war es erforderlich, die einzelnen Teilaspekte der Fragestellung getrennt zu betrachten und relevante Inhalte gezielt aus verschiedenen Quellen herauszuarbeiten. Dies schränkt die Möglichkeit ein, Aussagen auf Grundlage direkter Quellenbelege zu formulieren.

10 Zusammenfassung

Der Pflegenotstand in deutschen Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen wird sich aufgrund des demografischen Wandels deutlich verschärfen, wodurch bis 2049 ein erheblicher Mangel an Pflegekräften entsteht. Dies stellt eine ernste Bedrohung für die Patientensicherheit dar, die seit 2022 als nationales Gesundheitsziel definiert ist. Um diesem Pflegekräftemangel entgegenzuwirken, setzen deutsche Gesundheitseinrichtungen zunehmend auf die Rekrutierung internationale Pflegekräfte. Deren Integration erfordert jedoch eine sorgfältige Rekrutierung, umfassende Einarbeitung und gezielte Unterstützung, da sprachliche, kulturelle sowie berufsspezifische Unterschiede zahlreiche Herausforderungen mit sich bringen. Diskrepanzen zwischen Ausbildung, Aufgabenverständnis und beruflicher Realität führen häufig zu Frustration und Integrationsproblemen. Sprachkompetenz auf hohem Niveau, insbesondere in der Patientenkommunikation, ist entscheidend für eine sichere Versorgung. Für eine nachhaltige Sicherstellung der Patientensicherheit sind daher eine strukturierte, interkulturell sensible und fachlich fundierte Rekrutierung und Einarbeitung internationaler Pflegekräfte unerlässlich.

Im Zentrum dieser Bachelorarbeit steht die Frage, ob die Rekrutierung und Einarbeitung ausländischer Pflegekräfte einen beitragender Faktor zur Patientensicherheit in deutschen Krankenhäusern darstellen. Ziel ist es, auf Grundlage der gewonnenen Erkenntnisse eine literaturgestützte Empfehlung zu formulieren, die eine gezielte, nachhaltige und sichere Integration ausländischer Pflegekräfte in das deutsche Gesundheitssystem fördert und die Patientensicherheit gewährleistet.

Kapitel 4 bildet den theoretischen Rahmen der vorliegenden Arbeit und definiert zentrale Begrifflichkeiten der Patientensicherheit und beschreibt die aktuellen Herausforderungen im deutschen Gesundheitswesen, um eine fundierte Auseinandersetzung mit der Thematik zu ermöglichen.

Die Methodik dieser Bachelorarbeit, in Kapitel 5, umfasst eine systematische Quellenrecherche, die durch gezielte Datenbanksuchen in MEDLINE via PubMed, der Cochrane Library und LIVIVO durchgeführt wurde. Der Suchzeitraum wurde auf die letzten zehn Jahre (2015–2025) begrenzt, um eine aktuelle Studienlage sicherzustellen.

len. Die Auswahl der relevanten Quellen erfolgte anhand klar definierter Ein- und Ausschlusskriterien. Eingeschlossen wurden deutsch- und englischsprachige empirische Studien, die einen thematischen Bezug zur Forschungsfrage – insbesondere zur Rolle von Pflegekräften und Patientensicherheit im stationären Krankenhaussetting – aufwiesen. Insgesamt wurden 15 Studien in die Auswertung aufgenommen.

Die Ergebnisse der systematischen Quellenauswertung konnten die Rekrutierung und Einarbeitung internationaler Pflegekräfte als beitragender Faktor für die Patientensicherheit identifiziert werden.

Alle von Vincent et al. definierten Faktorengruppen werden im Zusammenhang mit der Rekrutierung und Einarbeitung ausländischer Pflegekräfte berührt. Dabei zeigt sich eine klare Schwerpunktverteilung innerhalb der identifizierten beitragenden Faktoren der Patientensicherheit:

Am häufigsten wurden individuelle Faktoren genannt (98,4 %), gefolgt von patientenbezogenen (75 %), teambezogenen (70,83 %) und arbeitsauftragsbezogenen Faktoren (62,5 %). Deutlich seltener fanden organisationale, administrative und kulturelle Faktoren (32,8 %), institutionelle Kontextfaktoren (31,25 %), Faktoren des Arbeitsumfeldes (18,75 %) sowie Faktoren der elektronischen Informationssysteme und Technologie (12,5 %) Berücksichtigung.

Die Diskussion dieser Arbeit verdeutlicht, dass die Rekrutierung und Einarbeitung ausländischer Pflegekräfte eine differenzierte Betrachtung der bekannten Einflussfaktoren auf die Patientensicherheit nach Vincent et al. erfordert. Insbesondere sprachliche, kulturelle und psychosoziale Aspekte, sowie intransparente Anerkennungsverfahren und emotionale Belastungen stellen zentrale Herausforderungen dar, die die Patientensicherheit beeinträchtigen können und laut der systematischen Analyse das Risiko für aktive Fehler und latente Bedingungen deutlich erhöhen.

Durch den Bezug auf die TPB lässt sich zudem das Verhalten der rekrutierten Pflegekräfte besser verstehen. Daraus ergeben sich Ansatzpunkte für gezielte Maßnahmen, um das gewünschte Verhalten im Berufsalltag zu fördern.

Die Diskussion unterstreicht zudem den bestehenden Forschungsbedarf, vornehmlich hinsichtlich der Ursachen für die passive Informationsbeschaffung durch migrierte Pfl-

gekräfte sowie der Diskrepanz zwischen theoretischen Konzepten und deren praktischer Umsetzung. Auch die aktive Einbindung des bestehenden Personals wird betont, um eine nachhaltige Sicherheitskultur zu fördern und die Belastung durch neue Herausforderungen zu reduzieren.

Zum Abschluss der Arbeit werden Empfehlungen ausgesprochen, die aufzeigen, wie die Integration internationaler Pflegekräfte durch eine strukturierte und ganzheitliche Strategie entlang des gesamten Migrationsprozesses – von der Information und Rekrutierung bis hin zur nachhaltigen sozialen und beruflichen Eingliederung – gelingen kann.

Vor der Migration sind transparente, leicht zugängliche Informationen durch Organisationen und Vermittlungsstellen unerlässlich; gleichzeitig besteht Forschungsbedarf zu Barrieren der Informationsbeschaffung.

In der Rekrutierungs- und Vorbereitungsphase sollten individuelle Motivationen und Erwartungsdiskrepanzen thematisiert werden. Realistische Einblicke in Pflegealltag, Kultur und Sprache sowie Schulungen in Fachsprache, interkultureller Kompetenz und rechtlichen Rahmenbedingungen legen den Grundstein für Integration.

Während der Einarbeitung sind strukturierte, anpassbare Programme, mentorenbasierte Begleitung – idealerweise durch Personen mit Migrationserfahrung – sowie regelmäßige Feedbackgespräche zentral. Sprachförderung sollte bis zum C1-Niveau reichen und praktische Kommunikation umfassen. Teambuilding und Peer-Support stärken die soziale Einbindung.

Bestehende Teams sind aktiv einzubeziehen, durch interkulturelle Trainings, Supervision und ausreichende Ressourcen. Psychosoziale Unterstützungsangebote sollten allen Mitarbeitenden offenstehen.

Die psychische Gesundheit internationaler Pflegekräfte ist durch Resilienzförderung, Beratung und Null-Toleranz gegenüber Diskriminierung zu schützen. Eine offene, lernfördernde und respektvolle Organisationskultur, die von Führungskräften getragen wird, fördert Sicherheit und Zugehörigkeit. Ein angemessener Umgang mit Teamdynamiken sowie transparente und faire Anerkennungsverfahren für berufliche Qualifikationen und gezielte Weiterbildungsmaßnahmen verhindern Überlastung und Dequalifizierung. Unterstützungsangebote für den Familiennachzug stärken zudem die emotionale Stabilität und Bindung.

Integration ist ein kontinuierlicher Prozess. Organisationen müssen langfristige Begleitung, regelmäßige Evaluation, strukturelle Verankerung von Weiterbildung sowie verbindliche Qualitätsstandards gewährleisten.

Insgesamt deuten die analysierten Erkenntnisse darauf hin, dass eine umfassende, koordinierte Herangehensweise – unter Berücksichtigung individueller, organisationaler und gesellschaftlicher Aspekte – zur erfolgreichen und nachhaltigen Integration internationaler Pflegekräfte beitragen kann. Damit ließe sich langfristig nicht nur die Pflegequalität sichern, sondern auch die Patientensicherheit gewährleisten.

11 Quellenverzeichnis

11.1 Allgemeine Quellen

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) (Hg.) (2014) Wege zur Patientensicherheit: Lernzielkatalog für Kompetenzen in der Patientensicherheit [Online], Berlin. Verfügbar unter <https://www.aps-ev.de/handlungsempfehlung/257996/?hilite=lernzielkatalog> (Zuletzt geprüft am 20 Mai 2025).

Bach, T. (2024) Das Gütesiegel: „Faire Anwerbung Pflege Deutschland“ [Online]. Verfügbar unter <https://www.gesundheitskongresse.de/hamburg/2024/dokumente/presentationen/Bach.pdf?m=1731409987> (Zuletzt geprüft am 20 Mai 2025).

BMWK (2024) Pflegefachkräfte [Online], Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz. Verfügbar unter <https://www.make-it-in-germany.com/de/arbeiten-in-deutschland/gefragte-berufe/pflegefachkraefte> (Zuletzt geprüft am 20 Mai 2025).

Brandenburg, H., Panfil, E., Mayer, H. & Schrems, B. (2023) Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Methoden der Pflegeforschung, 4. Aufl., Bern, Hogrefe AG.

Broome, M. E., Huang, L., Im, E., Inouye, J., Kunaviktikul, W., Oh, E. G., Sakashita, R., Tsai, H., Wang, H. & Yi, M. (2018) "An Emerging Integrated Middle-Range Theory on Asian Women's Leadership in Nursing", *Journal of transcultural nursing: official journal of the Transcultural Nursing Society*, Vol. 29, No. 4, S. 318–325 [Online]. DOI: 10.1177/1043659618760397 (Zuletzt geprüft am 22 Mai 2025).

Bülow, J. & Brettschneider, F. (2023) *Pflegenotstand in Deutschland: Eine Inhaltsanalyse von Medien-Frames (First edition)*, Stuttgart, Ibidem.

Bundesagentur für Arbeit (BA) (Hg.) (2022) *Pflegekräfte für Deutschland: Wege der Rekrutierung aus Drittstaaten* [Online], Nürnberg. Verfügbar unter https://www.arbeitsagentur.de/vor-ort/datei/zav-ag-broschuere-pflegekraefte-deutschland_ba067262.pdf (Zuletzt geprüft am 20 Mai 2025).

Bundesministerium der Justiz (BMJ) (Hg.) (2012) *Gesetz zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2515)*, in Kraft getreten am 1. April 2012.

- Bundesministerium der Justiz (BMJ) (Hg.) (2022) Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (AGG) vom 14. August 2006 (BGBl. I S. 1897), zuletzt geändert durch Art. 1 des Gesetzes vom 21. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2847).
- Bundesministerium der Justiz (BMJ) (Hg.) (2023) Fachkräfteeinwanderungsgesetz vom 15. August 2019 (BGBl. I S. 1307), zuletzt geändert durch Artikel 7a des Gesetzes vom 16. August 2023 (BGBl. I Nr. 217 vom 18. August 2023).
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hg.) (2024) Einarbeitung verbessern – Zufriedenheit erhöhen [Online]. Verfügbar unter <https://pflegenetzwerk-deutschland.de/einarbeitung-verbessern-zufriedenheit-erhoehen> (Zuletzt geprüft am 20 Mai 2025).
- Carstensen, J., Seibert, H. & Wiethölter, D. (2004) "Internationalisierung der Pflege: Pflegekräfte mit ausländischer Staatsangehörigkeit und ihr Beitrag zur Fachkräftesicherung", in Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (Hg.) IAB-Forschungsbericht, Nürnberg.
- Choi, J., Hong, H. C., Lee, H., Lee, H., Lee, S. E. & Sang, S. (2021) "Factors Influencing Nurses' Willingness to Speak Up Regarding Patient Safety in East Asia: A Systematic Review", Risk Management and Healthcare Policy, Vol. 14, S. 1053–1063 [Online]. DOI: 10.2147/RMHP.S297349 (Zuletzt geprüft am 20 Mai 2025).
- DBfK (2018) Anwerbung von Pflegefachpersonen aus dem Ausland: Positionspapier [Online], Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - Bundesverband e. V. Verfügbar unter <https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/dbfk-positionen/Positionspapier-Anwerbung-von-Pflegefachpersonen-aus-dem-Ausland.pdf> (Zuletzt geprüft am 20 Mai 2025).
- DKF (2025) Einarbeitung anpassen: Für einen guten Start in den Berufsalltag [Online], Deutsches Kompetenzzentrum für internationale Fachkräfte in den Gesundheits- und Pflegeberufen (DKF) unter Trägerschaft des Kuratorium Deutsche Altershilfe. Verfügbar unter <https://dkf-kda.de/werkzeugkoffer-wi/einarbeitung-anpassen/> (Zuletzt geprüft am 20 Mai 2025).

- DKI (2025) Ausländische Ärzte und Pflegekräfte unverzichtbar in Kliniken [Online], Deutsches Krankenhausinstitut. Verfügbar unter <https://www.kma-online.de/aktuelles/klinik-news/detail/auslaendische-aerzte-und-pflegekraefte-unverzichtbar-in-kliniken-53432?utm> (Zuletzt geprüft am 20 Mai 2025).
- Elm, E. von, Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gøtzsche, P. C. & Vandenbroucke, J. P. (2008) "Das Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE-) Statement", Notfall + Rettungsmedizin, Vol. 11, No. 4, S. 260–265 [Online]. DOI: 10.1007/s10049-008-1057-1 (Zuletzt geprüft am 20 Mai 2025).
- EQUATOR Network (Hg.) (2023) EQUATOR Network: Enhancing the QUALity and Transparency Of Health Research [Online]. Verfügbar unter <https://www.equator-network.org/> (Zuletzt geprüft am 20 Mai 2025).
- Europäische Union (2005) Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen [Online].
- GER (2020) Sprachniveau nach dem Europäischen Referenzrahmen [Online]. Verfügbar unter <https://www.europaeischer-referenzrahmen.de/sprachniveau.php> (Zuletzt geprüft am 20 Mai 2025).
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hg.) (2022) Nationales Gesundheitsziel Patientensicherheit [Online], Berlin. Verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Nationales_Gesundheitsziel_Patientensicherheit_bf.pdf (Zuletzt geprüft am 20 Mai 2025).
- GIZ (2025) Wenn alle gewinnen: Internationale Pflegekräfte für Deutschland [Online], Bonn und Eschborn, Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit. Verfügbar unter https://www.giz.de/de/mit_der_giz_arbeiten/11666.html (Zuletzt geprüft am 20 Mai 2025).

- Glaser, T. (2024) "Ausländische Pflegekräfte integrieren", Heilberufe, Vol. 76, No. 1, S. 48–49 [Online]. DOI: 10.1007/s00058-023-3226-5 (Zuletzt geprüft am 20 Mai 2025).
- Goethe-Institut (2025) Gemeinsamer europäischer Referenzrahmen (GER) [Online], München. Verfügbar unter <https://www.goethe.de/ins/de/de/uun/dln/ger.html> (Zuletzt geprüft am 20 Mai 2025).
- Google Ireland Limited (Hg.) (2024) Google Übersetzer [Online]. Verfügbar unter <https://translate.google.com/?hl=de&sl=auto&tl=de&op=translate> (Zuletzt geprüft am 20 Mai 2025).
- GQMG (2020) Sprachkompetenz von ausländischen Pflegefachpersonen: Eine Schlüsselqualifikation [Online], Köln, Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V. Verfügbar unter https://www.gqmg.de/media/redaktion/Publikationen/Positionspapiere/GQMG_PP._Sprachkompetenz_von_auslaendischen_Pflegefachpersonen._2._Auflage_28.04.20.pdf (Zuletzt geprüft am 20 Mai 2025).
- Graf, D. (2007) "Die Theorie des geplanten Verhaltens", in Krüger, D. & Vogt, H. (Hg.) Theorien in der biologiedidaktischen Forschung, Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg, S. 33–43.
- Jung, R. & Voss, D. (2019) Pflegefachkräfte aus dem Ausland [Online]. Verfügbar unter <https://www.boeckler.de/de/pressemitteilungen-2675-pflegefachkraefte-aus-dem-ausland-zahl-hat-sich-versechsfacht-nicht-selten-konflikte-3103.htm> (Zuletzt geprüft am 20 Mai 2025).
- Köhler, S. (2023) Interkulturelles Training für die erfolgreiche Integration ausländischer Fachkräfte [Online], Berlin, DGUV forum. Verfügbar unter <https://forum.dguv.de/ausgabe/9-2023/artikel/interkulturelles-training-fuer-die-erfolgreiche-integration-auslaendischer-fachkraefte> (Zuletzt geprüft am 20 Mai 2025).
- Kutyłowski, J. (2024a) DeepL Write: AI-powered writing companion [Online]. Verfügbar unter <https://www.deepl.com/en/write> (Zuletzt geprüft am 20 Mai 2025).

- Kutylowski, J. (2024b) Der präziseste Übersetzer der Welt [Online]. Verfügbar unter <https://www.deepl.com/de/translator> (Zuletzt geprüft am 20 Mai 2025).
- Lücke, S. (2019) Wo steht die deutsche Pflege im internationalen Vergleich? [Online]. Verfügbar unter <https://www.bibliomed-pflege.de/sp/artikel/37541-wo-steht-die-deutsche-pflege-im-internationalen-vergleich> (Zuletzt geprüft am 20 Mai 2025).
- Merkle, W. (2014) Erfolgskonzepte Praxis- & Krankenhaus-Management: Risikomanagement und Fehlervermeidung im Krankenhaus [Online], Berlin, Heidelberg, Springer. Verfügbar unter <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-642-38045-7>.
- Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V. (Hg.) (2025) Methodik [Online], Berlin. Verfügbar unter <https://www.ebm-netzwerk.de/de/service-ressourcen/ebm-basics/methodik> (Zuletzt geprüft am 20 Mai 2025).
- Nolte, J. (2019) Evidenzklasse [Online], Köln, DocCheck Community GmbH. Verfügbar unter <https://flexikon.doccheck.com/de/Evidenzklasse> (Zuletzt geprüft am 20 Mai 2025).
- Nordhausen, T. & Hirt, J. (2025) Systematische Literaturrecherche [Online], Nordhausen, T. and Hirt, J. Verfügbar unter <https://refhunter.org/> (Zuletzt geprüft am 20 Mai 2025).
- O'Brien, B. C., Harris, I. B., Beckman, T. J., Reed, D. A. & Cook, D. A. (2014) "Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations", *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, Vol. 89, No. 9, S. 1245–1251 [Online]. DOI: 10.1097/ACM.0000000000000388.
- OpenAI (o.D.) ChatGPT (Version GPT-4) [Online]. Verfügbar unter <https://chatgpt.com/> (Zuletzt geprüft am 20 Mai 2025).
- Peppler, L. (2024) "Zuwanderung und Anwerbung internationaler Pflegefachkräfte", in Behrendt, S., Greß, S., Jacobs, K., Klauber, J., Kuhlmeier, A. & Schwinger, A. (Hg.) *Pflege-Report 2024: Ankunft der Babyboomer: Welche Pflegestrukturen sind zu gestalten?*, Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg, S. 173–183.

- Pütz, R., Kontos, M., Larsen, C., Rand, S. & Ruokonen-Engler, M. (2019) Betriebliche Integration von Pflegefachkräften aus dem Ausland: Innenansichten zu Herausforderungen globalisierter Arbeitsmärkte, Düsseldorf, Hans-Böckler-Stiftung.
- Reason, J. (2000) "Human error: models and management", *BMJ (Clinical research ed.)*, Vol. 320, No. 7237, S. 768–770 [Online]. DOI: 10.1136/bmj.320.7237.768.
- Senders, J. W. & Moray, N. P. (1991) *Human Error: Cause, Prediction and Reduction* [Online], CRC Press. Verfügbar unter <https://doi.org/10.1201/9781003070375>.
- St. Pierre, M. & Hofinger, G. (2020) *Notfallmanagement: Human factors und Patientensicherheit in der Akutmedizin*, 4. Aufl., Berlin, Germany, Springer.
- Statistisches Bundesamt (Hg.) (2024) Pressemitteilung Nr. 033 [Online], Wiesbaden. Verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/01/PD24_033_23_12.html (Zuletzt geprüft am 20 Mai 2025).
- Swihart, D. L., Yarrarapu, S. N. S. & Martin, R. L. (2023) *StatPearls: Cultural Religious Competence in Clinical Practice*, Treasure Island (FL).
- Universität Basel (Hg.) *Elemente einer Fragestellung* [Online], Basel. Verfügbar unter <https://dg.philhist.unibas.ch/de/studium/werkzeugkasten-geschichte/wissenschaftliches-arbeiten/fragestellung> (Zuletzt geprüft am 20 Mai 2025).
- Vincent, C. (2012) *Das ABC der Patientensicherheit*, 4. Aufl., Zürich, Stiftung für Patientensicherheit.
- Vincent, C., Adams, S., Bellandi, T., Higham, H., Michel, P. & Staines, A. (2024) *Systems Analysis of Clinical Incidents: The London Protocol 2024* [Online]. Verfügbar unter https://patientensicherheit.ch/wp-content/uploads/2024/12/TheLondonProtocol2024_German.pdf (Zuletzt geprüft am 20 Mai 2025).
- Vincent, C., Taylor-Adams, S. & Stanhope, N. (1998) *Framework for analysing risk and safety in clinical medicine* [Online] (7138). Verfügbar unter <https://www.bmj.com/content/316/7138/1154>.

Woods, D. D., Hollnagel, E. & Leveson, N. (2006) *Resilience Engineering: Concepts and precepts* (First edition) [Online], London, Ashgate. Verfügbar unter <https://doi.org/10.1201/9781315605685>.

11.2 Eingeschlossene Quellen

Alexis, O. & Shillingford, A. (2015) "Internationally recruited neonatal nurses' experiences in the National Health Service in London", *International journal of nursing practice*, 21(4), S. 419–425 [Online]. DOI: 10.1111/ijn.12284.

Almansour, H., Gobbi, M. & Prichard, J. (2022) "Home and expatriate nurses' perceptions of job satisfaction: Qualitative findings", *International nursing review*, 69(2), S. 125–131 [Online]. DOI: 10.1111/inr.12699.

Cubelo, F., Al Jabri, F., Jokiniemi, K. & Turunen, H. (2024) "Factors influencing job satisfaction and professional competencies in clinical practice among internationally educated nurses during the migration journey: A mixed-methods systematic review", *Scandinavian journal of caring sciences*, 38(4), S. 820–834 [Online]. DOI: 10.1111/scs.13280.

Cubelo, F., Nekouei Marvi Langari, M., Jokiniemi, K. & Turunen, H. (2023) "Recognition of nursing qualification and credentialing pathway of Filipino nurses in Finland: A qualitative study", *International nursing review*, No. 71, S. 661–669 [Online]. DOI: 10.1111/inr.12901.

Germack, H. D., McHugh, M. D., Sloane, D. M. & Aiken, L. H. (2017) "U.S. Hospital Employment of Foreign-Educated Nurses and Patient Experience: A Cross-Sectional Study.", *Journal of Nursing Regulation*, 8(3), S. 26–35 [Online]. DOI: 10.1016/S2155-8256(17)30158-8.

Högstedt, D., Eriksson, E., Jansson, I. & Engström, M. (2024) "Self-rated professional competence and well-being at work after obtaining a Swedish nursing license: A longitudinal mixed-methods study of internationally and domestically educated nurses", *International journal of nursing studies*, No. 157, S. 104812 [Online]. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2024.104812.

- Kurup, C., Burston, A. S., Betihavas, V. & Jacob, E. R. (2024) "Internationally qualified nurses' perspectives on transitioning specialty skills within Australia: A content analysis", *Nursing open*, No. 11, e70032 [Online]. DOI: 10.1002/nop2.70032.
- Moyce, S., Lash, R. & Leon Siantz, M. L. de (2016) "Migration Experiences of Foreign Educated Nurses: A Systematic Review of the Literature.", *Journal of Transcultural Nursing*, 27(2), S. 181–188 [Online]. DOI: 10.1177/1043659615569538.
- Philip, S., Woodward-Kron, R. & Manias, E. (2019) "Overseas qualified nurses' communication with other nurses and health professionals: An observational study", *Journal of Transcultural Nursing*, No. 28, S. 3505–3521 [Online]. DOI: 10.1111/jocn.14942.
- Porter, M. T., Williams, K. & Gembol, L. (2024) "Transition to Professional Practice in the United States: Exploring the Experiences of Internationally Educated Nurses", *Journal of continuing education in nursing*, No. 55, S. 568–574 [Online]. DOI: 10.3928/00220124-20241107-01.
- Salami, B., Meherali, S. & Covell, C. L. (2018) "Downward occupational mobility of baccalaureate-prepared, internationally educated nurses to licensed practical nurses", *International nursing review*, No. 65, S. 173–181 [Online]. DOI: 10.1111/inr.12400.
- Stubbs, F. (2017) "Recruitment of nurses from India and their experiences of an Overseas Nurses Program", *Nursing in critical care*, Vol. 22, No. 3, S. 176–183 [Online]. DOI: 10.1111/nicc.12181.
- Thomas, J. B. & Lee, M. A. (2023) "Factors influencing the transition of foreign-educated nurses to the US healthcare setting: A systematic review.", *International nursing review*, No. 71, S. 440–456 [Online]. DOI: 10.1111/inr.12862.
- Viken, B., Solum, E. M. & Lyberg, A. (2018) "Foreign educated nurses' work experiences and patient safety: A systematic review of qualitative studies", *Nursing open*, No. 5, S. 455–468 [Online]. DOI: 10.1002/nop2.146.
- Zwergel, M., Schmidt, P. F. & Hämel, K. (2024) "Akademisiertes Pflegefachpersonal aus Drittstaaten: Professionelles Selbstverständnis vs. berufliche Realität in

Deutschland? Eine qualitative Studie am Beispiel migrierter philippinischer Pflegefachpersonen", Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, Vol. 187, S. 88–94 [Online]. DOI: 10.1016/j.zefq.2024.04.005.

11.3 Ausgeschlossene Quellen

Adhikari, R. & Melia, K. M. (2015) "The (mis)management of migrant nurses in the UK: a sociological study", Journal of nursing management, Vol. 23, No. 3, S. 359–367 [Online]. DOI: 10.1111/jonm.12141.

Booth, A. T., Robinson, K. L. & Pyles, A. L. (2025) "The Experiences of Internationally Educated Nurses Transitioning to U.S. Nursing Practice.", Journal for nurses in professional development, Vol. 41, No. 2, S. 97–101 [Online]. DOI: 10.1097/NND.0000000000001101.

Buchinger, S. (2016) "Der gesetzliche Mindestlohn und seine Auswirkungen. Konsequenzen auf die Anwerbung von Fachkräften aus Drittstaaten", Pflege Zeitschrift, Vol. 69, No. 3, S. 136–137.

Covell, C. L., Primeau, M., Kilpatrick, K. & St-Pierre, I. (2017) "Internationally educated nurses in Canada: predictors of workforce integration", Human resources for health, Vol. 15, No. 1, S. 26 [Online]. DOI: 10.1186/s12960-017-0201-8.

Davis, D., Sharma, S. & Taylor, M. (2024) "Language tests and tests of competence for registration purposes - a scoping review of the experiences of overseas nurses", Contemporary nurse, Vol. 60, No. 4, S. 420–432 [Online]. DOI: 10.1080/10376178.2024.2318360.

Flynn, H., Kendall-Raynor, P. & Longhurst, C. (2016) "What does Brexit mean for nursing and our EU staff?", Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987), Vol. 30, No. 44, S. 12–13 [Online]. DOI: 10.7748/ns.30.44.12.s14.

Geun, H. G., Redman, R. W. & McCullagh, M. C. (2018) "Predictors of Turnover Among Asian Foreign-Educated Nurses in Their 1st Year of US Employment", The Journal of nursing administration, Vol. 48, No. 10, S. 519–525 [Online]. DOI: 10.1097/NNA.0000000000000660.

- Kendall-Raynor, P. (2015) "Striking the right staff balance", *Nursing standard* (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987), Vol. 30, No. 3, S. 64–65 [Online]. DOI: 10.7748/ns.30.3.64.s46.
- Khan-Gökkaya, S., Higgen, S. & Mösko, M. (2019) "Qualification programmes for immigrant health professionals: A systematic review", *PloS one*, Vol. 14, No. 11, e0224933 [Online]. DOI: 10.1371/journal.pone.0224933.
- Kurup, C., Burston, A. S., Betihavas, V. & Jacob, E. R. (2025) "Exploring the Utilisation of Internationally Qualified Nurses' Specialty Skills: Analysis of Recruiting Managers' View Points", *Nursing open*, Vol. 12, No. 3, e70184 [Online]. DOI: 10.1002/nop2.70184.
- Kwan, J. A., Wang, M., Cummings, G. G., Lemermeyer, G., Nordstrom, P., Blumer, L., Horne, N. & Giblin, C. (2019) "The evaluation of evidence-informed changes to an internationally educated nurse registration process", *International nursing review*, Vol. 66, No. 3, S. 309–319 [Online]. DOI: 10.1111/inr.12518.
- McAleese, S., Clyne, B., Matthews, A., Brugha, R. & Humphries, N. (2016) "Gone for good? An online survey of emigrant health professionals using Facebook as a recruitment tool", *Human resources for health*, Vol. 14, Suppl 1, S. 34 [Online]. DOI: 10.1186/s12960-016-0130-y.
- Nekouei Marvi Langari, M., Lindström, J., Heponiemi, T., Kaihlanen, A., Hietapakka, L., Heidarian Miri, H. & Turunen, H. (2024) "Integrated care competencies and their association with cross-cultural competence among registered nurses: A cross-sectional questionnaire survey", *Nursing open*, Vol. 11, No. 1, e2062 [Online]. DOI: 10.1002/nop2.2062.
- Peters, V. & Braeseke, G. (2016) "Pflegekräfte aus Vietnam - Erste Erfahrungen der deutschen Altenpflege", *Pflege*, Vol. 29, No. 6, S. 315–321 [Online]. DOI: 10.1024/1012-5302/a000516.
- Qu, Y., Gao, W., Hayes, C. & Crawford, K. (2025) "Factors associated with newly graduated nurses' work readiness during a pandemic: A cross-sectional study",

- Nurse education today, Vol. 144, S. 106413 [Online]. DOI: 10.1016/j.nedt.2024.106413.
- Solum, E. M., Viken, B. & Lyberg, A. (2020) "First Year's Work Experiences of Foreign Educated Nurses Coming to Norway From Other European Countries.", SAGE Open Nursing, No. 6, S. 1–12 [Online]. DOI: 10.1177/2377960820970003.
- Steakin, L. (2024) "Onboarding Foreign-Educated Nurses: Best Practices for Nurse Educators", Journal for nurses in professional development, Vol. 40, No. 6, S. 317–321 [Online]. DOI: 10.1097/NND.0000000000001090.
- Ulusoy, N., Wirth, T., Lincke, H.-J., Nienhaus, A. & Schablon, A. (2019) "Psychosoziale Belastungen und Beanspruchungen in der Altenpflege: Vergleich zwischen Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund", Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Vol. 52, No. 6, S. 589–597 [Online]. DOI: 10.1007/s00391-018-1414-8.
- Wesołowska, K., Elovainio, M., Gluschkoff, K., Hietapakka, L., Kaihlanen, A., Lehtoaro, S. & Heponiemi, T. (2019) "Psychosocial work environment and cross-cultural competence among native and foreign-born registered nurses", Research in nursing & health, Vol. 42, No. 5, S. 349–357 [Online]. DOI: 10.1002/nur.21970.
- Wesołowska, K., Hietapakka, L., Elovainio, M., Aalto, A., Kaihlanen, A. & Heponiemi, T. (2018) "The association between cross-cultural competence and well-being among registered native and foreign-born nurses in Finland", PloS one, Vol. 13, No. 12, e0208761 [Online]. DOI: 10.1371/journal.pone.0208761.
- Zeng, D., Shimosaka, M., Wu, X., Anagnostou, D., Asakura, K. & Kinoshita, A. (2023) "Why do male nurses choose to work in foreign countries?: A qualitative study on Chinese male nurses working in Japan." [Online]. DOI: 10.1016/j.heliyon.2023.e23262.

12 Anhang

ChatGPT ▾

Ich schreibe eine Bachelorarbeit mit dem Titel "Die Rekrutierung und Einarbeitung ausländischer Pflegekräfte als beitragender Faktor für die Patientensicherheit im Krankenhaus". Nenne mir sinnvolle englische Suchbegriffe für meine Datenbankrecherche

Für deine Bachelorarbeit mit dem Titel „Die Rekrutierung und Einarbeitung ausländischer Pflegekräfte als beitragender Faktor für die Patientensicherheit im Krankenhaus“ eignen sich folgende englische Suchbegriffe besonders gut für eine fundierte Datenbankrecherche:

- **Patientensicherheit:**
 - Patient safety
 - Quality of care
 - Patient outcomes
 - Healthcare safety
 - Medical errors
- **Ausländische Pflegekräfte:**
 - Foreign nurses
 - International nurses
 - Migrant nurses
 - Overseas nurses
 - Immigrant healthcare workers

Abbildung 12-1: Teil 1, Prompt, Suchbegriffanfrage ChatGPT (OpenAI, o.D.), 05.03.2025

- **Rekrutierung / Rekrutierung ausländischer Pflegekräfte:**
 - Recruitment
 - Hiring
 - Employment
 - Integration
 - Recruitment of foreign nurses
 - International nurse recruitment
- **Einarbeitung / Einarbeitung neuer Pflegekräfte:**
 - Onboarding
 - Orientation
 - Training
 - Onboarding of new nurses
 - Nurse orientation and training

📄 🗑️ 🗣️ 🗣️ 🗣️ 🗣️

Stelle irgendeine Frage

+ 🔍 Suche 🗨️ Starte Reasoning für 🔍 Deep Research 🖼️ Bild erstellen ⋮ 🗣️ 🗣️

ChatGPT kann Fehler machen. Überprüfe wichtige Informationen. Siehe [Cookie-Voreinstellungen](#).

Abbildung 12-2: Teil 2, Prompt, Suchbegriffanfrage ChatGPT (OpenAI, o.D.), 05.03.2025

Christina Fröhmel

Stiftung Patientensicherheit Schweiz

30.03.2025

Betreff: Anfrage zur Nutzung von Abbildungen in meiner Bachelorarbeit

Sehr geehrte Damen und Herren,

mein Name ist Christina Fröhmel und ich studiere Pflegemanagement an der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen in Köln. Im Rahmen meiner Bachelorarbeit mit dem Titel "Die Rekrutierung und Einarbeitung ausländischer Pflegekräfte als beitragender Faktor für die Patientensicherheit im Krankenhaus" möchte ich mich mit verschiedenen Aspekten der Patientensicherheit auseinandersetzen.

Dabei wären die folgenden Abbildungen aus Ihrer deutschen Übersetzung des *London-Protokolls 2024* für meine wissenschaftliche Arbeit von großer Bedeutung:

1. **Abbildung 1:** Erweiterung des *Organisational Accident Causation Model (Modell der organisationalen Fehlerentstehung)* nach James Reason
2. **Abbildung 2:** Rahmenkonzept der beitragenden Faktoren. Nach Vincent et al.

Ich möchte Sie hiermit höflich um Ihre Erlaubnis bitten, diese Abbildungen in meiner Bachelorarbeit zu verwenden. Selbstverständlich werde ich die Quelle gemäß den wissenschaftlichen Anforderungen korrekt angeben. Die Arbeit dient rein akademischen Zwecken und wird nicht kommerziell genutzt.

Für Ihre Rückmeldung sowie eventuelle Bedingungen oder Anforderungen zur Nutzung der Abbildungen wäre ich Ihnen sehr dankbar. Gerne stehe ich Ihnen für weitere Informationen zur Verfügung und freue mich auf Ihre Rückmeldung.

Mit freundlichen Grüßen

Christina Fröhmel

Abbildung 12-3: Emaillkontakt mit der Stiftung Patientensicherheit Schweiz, Bitte um Erlaubnis, 30.03.2025

Liebe Frau Fröhmel

Vielen Dank für Ihre Anfrage.

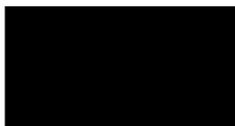
Gerne geben wir Ihnen die Genehmigung, die genannte Abbildung mit entsprechender Quellenangabe in Ihrer Bachelorarbeit zu verwenden.

Wir würden uns freuen, wenn Sie uns nach Fertigstellung Ihrer Arbeit ein PDF davon senden würden.

Viel Erfolg für Ihre Arbeit und freundliche Grüsse

Laure Fornasier
Projektassistentin

Stiftung Patientensicherheit Schweiz



patientensicherheit schweiz
sécurité des patients suisse
sicurezza dei pazienti svizzera

Abbildung 12-4: Emaillkontakt mit der Stiftung Patientensicherheit Schweiz, Antwort und Erteilung der Erlaubnis, 31.03.2025

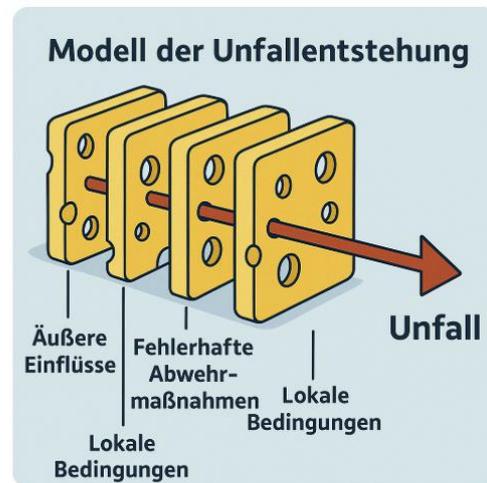
Tabelle 12-1: Anwendung der Ausschlusskriterien an den Volltexten, eigene Darstellung

Ausschluss nach Volltextsichtung	Kriterium
Adhikari & Melia, 2015	A3
Booth et al., 2025	A1
Buchinger, 2016	A1
Covell et al., 2017	A7 und A8
Davis et al., 2024	A8
Flynn et al., 2016	A5, A7 und A8
Geun et al., 2018	A1
Kendall-Raynor, 2015	A9
Khan-Gökkaya et al., 2019	A8
Kurup et al., 2025	A5 und A8
Kwan et al., 2019	A8
McAleese et al., 2016	A5 und A8
Nekouei Marvi Langari et al., 2024	A7 und A8
Peters & Braeseke, 2016	A6
Qu et al., 2025	A5, A7 und A8
Solum et al., 2020	A6
Steakin, 2024	A1
Ulusoy et al., 2019	A5, A6, A7 und A8
Wesołowska et al., 2018	A5, A7 und A8
Wesołowska et al., 2019	A5
Zeng et al., 2023	A8

ChatGPT ▾

Erstelle mir nach dem Modell der Unfallentstehung (auch Käsescheibenmodell genannt) von James Reason, eine Grafik, die ich in meiner Bachelorarbeit verwenden kann.

Bild erstellt



Stelle irgendeine Frage



Starte Reasoning für

Deep Research

Bild erstellen



ChatGPT kann Fehler machen. Überprüfe wichtige Informationen. Siehe [Cookie-Voreinstellungen](#).

Abbildung 12-5: Prompt, Grafikanfrage ChatGPT (OpenAI, o.D.), 25.04.2025