

Das Integrationsverhalten innerhalb multiethnischer Teams
in Einrichtungen der stationären Altenhilfe

Eine qualitative Untersuchung in Bayern

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades doctor philosophiae (Dr. phil.),

genehmigt durch die Fakultät
für Geistes-, Sozial- und Erziehungswissenschaften
der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

von Diplom-Sozialpädagoge (FH) Sascha M. Buchinger

geb. am 28. Februar 1975 in Zwiesel

Gutachterin/Gutachter:

Univ.-Prof. Dr. Eckhard Dittrich

Lehrstuhl für Makrosoziologie an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Gutachterin/ Gutachter:

Univ.-Prof. Dr. Hermann Brandenburg

Lehrstuhl für Gerontologische Pflege an der Philosophisch-Theologischen Hochschule
Vallendar

Eingereicht am: 7. März 2011

Verteidigung der Dissertation am: 27. Oktober 2011

Gliederung

1.	Einleitung	8
2.	Altsein und Altwerden in Deutschland	
2.1	Demografie und gesellschaftliche Entwicklung	12
2.2	Die Pflege der gewonnenen Jahre	17
3.	Migration, Ethnizität und die Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt	
3.1	Zur Geschichte der Migration in Deutschland	23
3.2	Effekte von Migration auf dem deutschen Arbeitsmarkt – am Beispiel Bayerns	
3.2.1	Bevölkerungszahl und Migration bundesweit	25
3.2.2	Arbeitsmarkt bundesweit	27
3.2.3	Bevölkerungszahl und Migration in Bayern	35
3.2.4	Arbeitsmarkt in Bayern	36
3.3	Die multikulturelle Gesellschaft Deutschlands	37
3.4	Die Bedeutung von Ethnizität	39
4.	Der Pflegebereich alter Menschen in Deutschland	
4.1	Pflege als Sorge um den alten Menschen	44
4.2	Geschichte der Altenpflege	47
4.3	Profession und Professionalisierung	51
4.4	Das Arbeitsfeld Alten(pflege)heim	55
4.5	Gruppendynamische Prozesse in Altenpflegeteams	61
4.5.1	Begriffserklärungen von Gruppe und Team	61
4.5.2	Problempotenziale in Gruppen	63
5.	Effekte der Migration auf den Pflegebereich in Deutschland	
5.1	Zum Stand der Forschung	68
5.2	Integration von MigrantInnen in Pflegeteams	75

Untersuchungsdesign

6.	Zugang der Untersuchung	
6.1	Ziel und Fragestellung der Untersuchung	86
6.2	Forschungsansatz	87
7.	Befragungsinstrument	
7.1	Die Themenkategorien und Indikatoren von Integration zur Operationalisierung der Fragestellung	89
7.2	Die Kategorie Anerkennung / Respekt	91
7.2.1	Der Indikator Arbeitsklima	92
7.2.2	Der Indikator Wertschätzung	93

7.2.3	Der Indikator Vorurteile / Einstellung	94
7.3	Die Kategorie Kommunikation	98
7.3.1	Der Indikator Subkommunikation	100
7.3.2	Der Indikatoren Witze / Scherze bzw. Humor	102
7.3.3	Der Indikator Kommunikationsverständnis	104
7.4	Die Kategorie Kooperation / Konflikt	106
7.4.1	Der Indikator Vertrauen	107
7.4.2	Der Indikator Reziprozität	108
7.4.3	Der Indikator Unterstützung	109
7.4.4	Der Indikator Leistung	109
7.4.5	Der Indikator Ziele	111
7.4.6	Der Indikator Konflikt(verhalten)	112
7.4.7	Der Indikator Kohäsion	118
7.5	Die Kategorie Kollegialität / Solidarität	119
7.5.1	Der Indikator Prosoziales Verhalten	120
7.5.2	Der Indikator Fehlerkultur	121
7.6	Zusammenfassung	124
7.7	Versuch der Entwicklung einer Typologie des Integrationsverhaltens in multiethnischen Teams	125
8.	Methodisches Vorgehen	
8.1	Rekrutierung der Befragungsgruppe	127
8.2	Rücklaufquote	128
8.3	Beschreibung der Untersuchungsgruppe	130
8.4	Interviewsituation	131
8.5	Feldkompetenz des Interviewers	133
8.6	Pretest	134
Auswertung der Untersuchung		
9.	Die Qualitative Inhaltsanalyse als Auswertungsmethode	136
10.	Ergebnisse der Untersuchung	141
10.1	Einrichtung A	143
10.2	Zusammenfassung	165
10.3	Einrichtung B	169
10.4	Zusammenfassung	193
10.5	Einrichtung C	197
10.6	Zusammenfassung	214
10.7	Einrichtung D	218
10.8	Zusammenfassung	249

Diskussion der Ergebnisse	258
11. Zusammenstellung und Diskussion der Ergebnisse	260
11.1 Ziele	261
11.2 Subkommunikation	263
11.3 Sprachkompetenz	267
11.4 Subgruppen	271
11.5 Die direkte und indirekte Beteiligung von Ethnizität an Konflikten in den Teams	274
11.6 Vorurteile	278
11.7 Weitere Lösungsansätze	287
11.8 Eine Typologie des Integrationsverhaltens	299
11.9 Zur Einschätzung des Integrationsverhaltens in den untersuchten Pflgeteams	308
12. Fazit	313
Anhang	326
Auflistung der InterviewteilnehmerInnen	327
Interviewleitfaden	328
Zuordnung der Fragen zu den Indikatoren	331
Auswertungsschema	335
Statistische Rahmenbedingungen der untersuchten Institutionen	335
Checkliste zur Bewertung des Integrationsverhaltens in einem multiethnischen Team	336
Literaturverzeichnis	338
Lebenslauf	348

Danksagung

Meinen innigsten Dank möchte ich denen aussprechen, die mich bei dieser Arbeit über einen langen Zeitraum getragen haben:

meinen Eltern Margot und Hans, die mich immer großzügig bei allem unterstützt haben, meiner Frau Simone, die mir „ganz arg“ geduldig alles ermöglicht hat, meiner „tippenden“ Schwester Antje sowie Fr. Prof. Wolff für ihre fachlichen Anmerkungen und Hr. Prof. Brandenburg für seine Hilfe und Verständnis. Besonderer Dank gebührt Hr. Prof. Dittrich, der einem Fachhochschulabsolventen doch viel Vertrauen entgegen gebracht und ihm in Phasen des Zweifels Zuspruch vermittelt hat. Und natürlich gilt Dank all den Verantwortlichen und Pflegekräften in den Pflegeheimen, ohne deren bereitwilligen Auskünfte keinerlei Basis für diese Untersuchung vorhanden gewesen wäre.

Verzeichnis der enthaltenen Übersichten

Übersicht 1	Entwicklung der Bevölkerungsstruktur vom Tannenbaum zum Pilz (1971 bis 2050)
Übersicht 2	Einflussfaktoren und Folgewirkungen auf die demografische Gesellschaftsentwicklung
Übersicht 3	Aufbau der Gesamtbevölkerung in Deutschland 2005 bei einer Gesamt-Bevölkerung von 82,5 Mio. Menschen
Übersicht 4	Alterspyramide der deutschen und ausländischen Bevölkerung sowie den Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland (2007)
Übersicht 5	Alterspyramide der ausländischen Bevölkerung in Deutschland (2003)
Übersicht 6	Einzeldimensionen der Assimilation
Übersicht 7	Zusammenhang Ethnizität und Teamleistung
Übersicht 8	Beispiel für Indikatoren zur Messung von Integration
Übersicht 9	Themenkategorien zur Bestimmung des Integrationsverhaltens
Übersicht 10	Signalübertragungsmodell
Übersicht 11	Funktionen von Kommunikation in Institutionen
Übersicht 12	Wirkungsfelder von Humor in einer Institution
Übersicht 13	Grundformen der Konfliktaustragung
Übersicht 14	Indikatoren und Themenkategorien der Untersuchung
Übersicht 15	Merkmale einer Typologie (abgeleitet aus Kategorien- und Indikatorenmodell)
Übersicht 16	Ablaufmodell deduktiver Kategorienanwendung
Übersicht 17	Ablaufschema der zusammenfassenden Inhaltsanalyse
Übersicht 18	Auswertungsmodell für eine Themenkategorie
Übersicht 19	Einrichtung A
Übersicht 20	Einrichtung B
Übersicht 21	Einrichtung C
Übersicht 22	Einrichtung D
Übersicht 23	Entwicklung der Ausbildungsplätze Gesundheitsdienstberufe 2002 bis 2008
Übersicht 24	Kriterien der Indikatoren zu Bestimmung des Integrationsverhaltens in multiethnischen Pflgeteams
Übersicht 25	Zusammenstellung der Teamtendenzen auf Basis der Indikatoren
Übersicht 26	Relation der Antworttrends der Pflgeteams zum Auswertungsinstrument
Übersicht 27	Typologie zur Bestimmung des Integrationsverhaltens in multiethnischen Teams der Altenhilfe
Übersicht 28	Auflistung der InterviewteilnehmerInnen
Übersicht 29	Auswertungsschema
Übersicht 30	Statistische Rahmenbedingungen der untersuchten Institutionen
Übersicht 31	Checkliste zur Bewertung des Integrationsverhaltens in einem multiethnischen Team

1. Einleitung

3. Nennen Sie drei deutsche Mittelgebirge!
9. Was versteht man unter dem Begriff „Reformation“ und wer hat sie eingeleitet?
17. Erläutern Sie den Begriff „Existenzrecht“ Israels!
33. In welchem Jahr ist die Verfassung der BRD in Kraft getreten?
45. Was ist der Grund für die gesetzliche Schulpflicht?
65. Wann und zu welchem Zweck wurden die Streitkräfte der BRD gegründet?
70. Die BRD ist ein Rechtsstaat. Was bedeutet Rechtsstaat?
84. Der deutsche Maler Caspar David Friedrich malte auf einem seiner bekanntesten Bilder eine Landschaft auf der Ostseeinsel Rügen. Welches Motiv zeigt dieses Bild?
100. Wie heißt die deutsche Nationalhymne und mit welchen Worten beginnt sie?

Auf den ersten Blick haben die Fragen bzw. deren Beantwortung wenig mit dem Faktor Integration zu tun. Es handelt sich dabei jedoch nicht um den Abschlusstest für Grundschüler, um deren zukünftige schulische Laufbahn zu kanalisieren, sondern um Auszüge des Leitfadens „Wissen & Werte in Deutschland und Europa“ des Hessischen Ministeriums des Inneren aus dem Frühjahr 2006. Anhand einer Befragung über das vorhandene Wissen und die vorherrschenden Werte von Personen mit Migrationshintergrund, die nach der deutschen Staatsbürgerschaft streben, sollen die aufgeklärten, westlichen und demokratischen Grundzüge Deutschlands abgefragt werden, um auf diesem Wege eine persönliche Eignung für die deutsche Staatsbürgerschaft bei den BewerberInnen erkennen zu können. Aktuelle politische Ansätze gehen mittlerweile nach dem Vorpreschen einiger Bundesländer davon aus, dass derartige Tests kommen müssen, aber doch eher auf Bundesebene zu erarbeiten bzw. zu installieren sind, um eventuellem Integrations-Hopping vorzubeugen. Denn durch die föderale Struktur Deutschlands könnte jedes der Bundesländer einen eigenen Fragenkatalog entwickeln, so dass auch unterschiedliche Schwierigkeitsgrade resultieren könnten.

Eine weitere Momentaufnahme der politischen Diskussion stellen die massiven Integrationsprobleme an (Haupt-)Schulen in vielen deutschen Städten dar. Die Situation an der

Berliner Rütli-Schule beispielsweise hat gezeigt, wie komplex sich der Schulalltag an einigen Bildungsstätten gestaltet, v. a. wenn Deutschkenntnisse mangelhaft, dafür Gewalt im Übermaß vorhanden sind. Umgehend hat das bayerische Kabinett eine Regelung erlassen, nach der Kinder vor ihrer Einschulung einen Deutschtest zu absolvieren haben. Angehende Pennäler, die diesen Test nicht bestehen, müssen daraufhin einen Sprachkurs von 160 Stunden besuchen. Wer danach immer noch Sprachmängel aufweist, wird nicht in die Regelschule eingeschult, sondern sieht sich mit dem Besuch einer Sonderschule mit speziellen Diagnose- und Förderklassen konfrontiert.

In wie weit solche politischen Schnellschüsse von der generellen Debatte (im PISA-Nachhall) über das bestehende dreigliedrige Schulsystem mit all seinen erwiesenen kontraproduktiven Konstellationen ablenken sollen oder selbst schon im Kindesalter parallele Schulexistenzen fördern, wird die Zukunft zeigen.

Jedenfalls sind Integration, deren Scheitern und die Folgen des Scheiterns in Deutschland seit 2006 wieder vermehrt in aller Munde.

Nach einem jahrelangen Diskurs auf politischer Ebene, ob die Bundesrepublik nun ein Einwanderungsland ist oder nicht, sind nun aktuelle Bestrebungen im Gange, den ZuwanderInnen und Einbürgerungswilligen mittels Prüfungen die Partizipation am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. Immerhin wurde mittlerweile erkannt, dass Deutschland auf Zuzug angewiesen ist, will man die Säulen des Sozialstaates sowie den erreichten Wohlstand auf einem hohen Niveau beibehalten.

In bestimmten beruflichen Bereichen der Wirtschaft war dieses Angewiesen-Sein auf Menschen aus der Fremde schon seit 1956 gegeben. So wurde und wird auch aktuell in der Pflege wieder ein Pflegenotstand proklamiert. Heute bezieht sich dieser Terminus sowohl auf die qualitative Beschaffenheit der Pflege als auch auf die mittlerweile bundesweit feststellbare erschwerte Besetzung von Stellen mit adäquatem bzw. fachlich-hochwertigem Pflegepersonal aufgrund eines Mangels an Fachkräften. Nachwuchskräfte waren z. T. schon in der Vergangenheit aufgrund des negativen pflegerischen Berufsbildes v. a. der Altenhilfe eine Mangelware. Eine Strategie zur Behebung des personellen Defizits stellt die Anwerbung von ausländischen Pflegepersonen dar („caredrain“). So gelangten in den 1970er Jahren Fachkräfte aus Südkorea, in den 1980er Jahren aus

Indien bzw. den Philippinen und in den 1990er Jahren Jugoslawien und Osteuropa in den deutschen Pflegesektor, was beispielsweise die Mitarbeiter-Zahlen der Stadt Wuppertal für den kommunalen Pflegebereich noch heute verdeutlichen¹.

Als ich im Rahmen meines Studiums der Sozialen Arbeit/Sozialpädagogik an meiner Diplomarbeit zur Thematik Gewalt in der Altenpflege geschrieben habe, stieß ich auf die Konstellation ausländische Pflegekraft und deutsche Bewohner. Derartige Situationen können u. U. ein konfliktträchtiges Potenzial in sich bergen, was sich mit sprachlichen Missverständnissen oder kulturellen Diskrepanzen erklären lässt. In diesem Zusammenhang ergab sich erstmals das Interesse für die Situation von Pflegenden mit Migrationshintergrund im Bereich der stationären Altenhilfe.

Durch die eigene Berufsbiografie im Pflegesektor, wo die stationäre Versorgung und Betreuung von Hilfsbedürftigen ausschließlich in Teams gewährleistet wird, erschien es spannend, das Verhalten in unterschiedlichen multiethnischen Teams anhand verschiedener Kriterien in Bezug auf den Faktor Ethnizität zu betrachten.

Die stationären Einrichtungen der Altenhilfe bilden ein buntes Konglomerat an unterschiedlichsten Nationalitäten, Kulturen, Religionen oder Herkunftsländern. Letztendlich vollzieht sich Integration bzw. das Miteinander der verschiedenen Menschen nicht durch politische Strukturen oder Vorgaben, sondern in den persönlichen Nahräumen des täglichen Lebens. Und einen entscheidenden Faktor des täglichen Daseins bildet die berufliche Tätigkeit. Somit bietet sich die Altenpflege als Untersuchungsfeld an, denn hier findet eine Zusammenarbeit von Teams statt, die eine hohe Heterogenität an Personen aufweisen. Untersuchungsleitend war die Frage, ob Unterschiede bezüglich Herkunft, Kulturkreis oder Sprachkompetenz in einem multiethnischen Team Einfluss auf das Verhalten, die Zusammenarbeit, den Austausch oder den Gemeinschaftssinn zwischen den Mitgliedern haben. Spielen vorhandene Unterschiedlichkeiten in den genannten Bereichen im Arbeitsalltag der Beteiligten eine Rolle und wenn dies zu bejahen ist, in welchem Ausmaß und mit welchen Ausprägungen, Merkmalen und Folgen?

Der erste Teil der vorliegenden Arbeit beschäftigt sich mit den theoretischen Aspekten, die im Zusammenhang mit der Untersuchung von Bedeutung sind. Neben der demografischen Entwicklung der bundesdeutschen Gegenwart bzw. Zukunft mit ihren Folgen

¹ (www.wuppertal.de/rathaus/onlinedienste/ris/www/pdf/00061975.pdf)

für die Gesellschaft, aber auch für die immer älter werdenden Individuen, wird zunächst die Migrations- und Ethnizitätsthematik geschichtlich sowie inhaltlich beleuchtet. Im Anschluss daran wird eine Überleitung zum Arbeitssektor vollzogen, um die numerischen Sachverhalte darzustellen.

Um den Hintergrund des untersuchten Bereiches zu erfassen, werden das pflegerische Agieren als Beruf, das spezielle Feld der stationären Altenhilfe sowie die dort verorteten Pflegepersonen skizziert. Da Pflege als Teamarbeit zu verstehen ist, schließen sich als nächstes die gruppenspezifischen Merkmale und Prozesse an. Den Abschluss des ersten Teils bildet ein kurzer Überblick über die vorhandene Forschung.

Im zweiten Teil folgt das empirische Vorgehen.

Bei der Auswertung der Untersuchung anhand der durchgeführten Interviews werden die jeweiligen Institutionen einzeln behandelt. Die endgültige Interpretation und Diskussion der Ergebnisse versucht abschließend auch eine Typologie des Integrationsverhaltens zu erstellen.

Da in der bundesdeutschen Altenhilfe nach wie vor mehr Frauen als Männer beschäftigt sind, findet – um dieser Tatsache gerecht zu werden – durchgehend die weibliche Anrede und Form Verwendung. Dementsprechend beziehen beispielsweise die Termini AltenpflegerInnen oder KollegInnen stets die männlichen Vertreter mit ein.

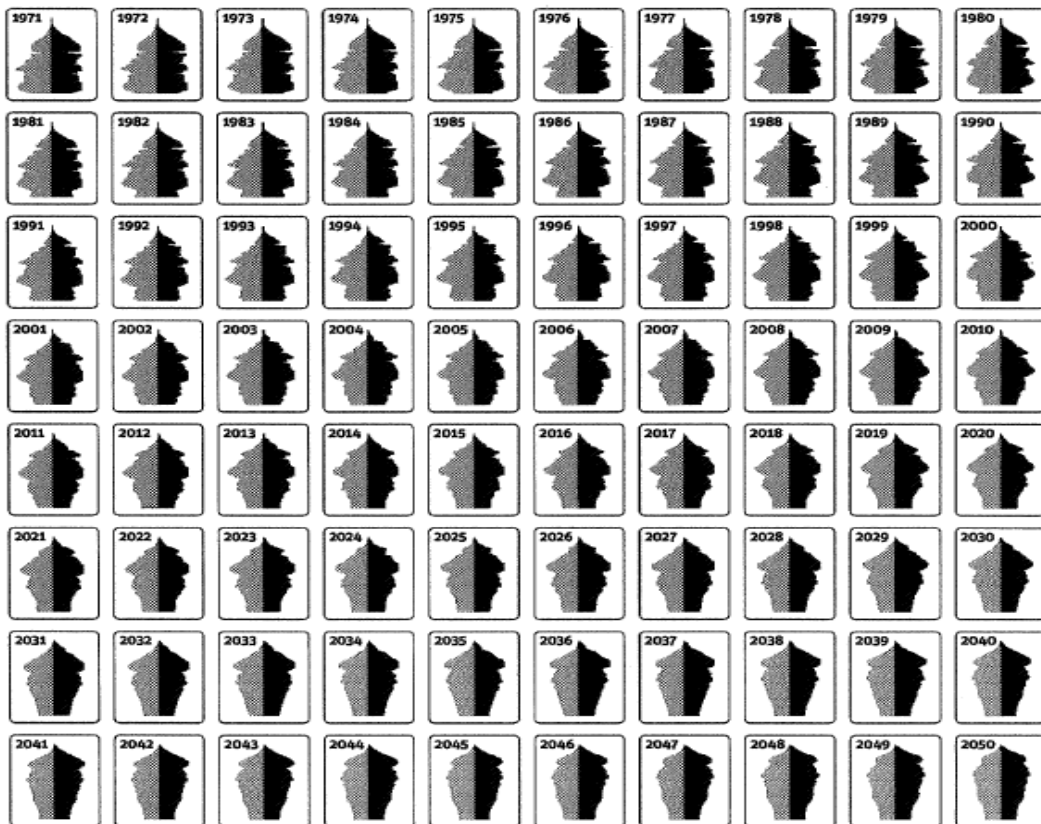
2. Altsein und Altwerden in Deutschland

2.1 Demografie und gesellschaftliche Entwicklung

Um den allgemeinen gesellschaftlichen Hintergrund zu betrachten, der die gegenwärtige – aber auch zukünftige – Lebens- und Versorgungssituation im Alter innerhalb Deutschlands verdeutlicht, werden vorab sowohl die allgemeine Entwicklung der Gesellschaft als auch die (numerischen) Sachverhalte für den Arbeitsbereich Pflege aufgezeigt.

In den letzten Jahren werden vermehrt die demografischen Entwicklungen der Bevölkerungsstruktur aufgegriffen und öffentlich diskutiert. Dabei ist offenkundig, dass dieser große Prozess, der metamorphisch mit dem bildlich veranschaulichten Wandel vom Tannenbaum zum Pilz beschrieben wird, schon annähernd drei Jahrzehnte bekannt ist.

Übersicht 1: Entwicklung der Bevölkerungsstruktur vom Tannenbaum zum Pilz (1971 bis 2050)



(Quelle: Berlin Institut für Bevölkerung und Entwicklung 2006)

Erst jetzt, im Zuge medialer Dispute über die Reformansätze der sozialen Sicherungssysteme aufgrund der Verwerfungen der Jetzt-Zeit sowie der Zukunft (die drohende

„Pleite“ des Staates, defizitäres Gesundheitswesen, eigenverantwortliche Altersversorgung etc.), wird die Entwicklung der Bevölkerung als entscheidende Größe eingesetzt. Durch die abnehmende Zahl von Menschen, die am Arbeitsleben partizipieren und mit ihren Abgaben und Zahlungen den Erhalt der sozialen Sicherungssysteme gewährleisten, droht dem feingliedrigen Netzwerk aus Renten-, Arbeitslosen-, Kranken-, Unfall- und Pflegeversicherung das langsame finanzielle Scheitern. Dass dieses Wanken des sogenannten Generationenvertrages mittlerweile festzustellen ist, lässt sich anhand diverser Variablen nachvollziehen. Eine dieser Variablen ist die Geburtenzahl.

Seit Beginn der siebziger Jahre werden in Deutschland weniger Kinder geboren als Sterbefälle zu verzeichnen sind. Die Geburtenzahl hat sich auf einem niedrigen Niveau eingependelt. Die Fertilitätsquote für das Jahr 2007 lag bei 1,37 (d.h. Kinder je Frau im gebärfähigen Alter von 15 bis 49 Jahren) (Statistisches Bundesamt 2009a). In modernen westlichen Gesellschaften mit einer sehr geringen Säuglings- und Kindersterblichkeit wird davon ausgegangen, dass rechnerisch 2,1 Kinder pro Frau geboren werden müssen, um die Bevölkerung (ohne Wanderungsverhalten) auf einem konstanten Niveau zu halten. Die Reproduktivitätsquote wird in Deutschland demzufolge erheblich unterschritten. In der Konsequenz beeinflusst diese Quote ebenso wie auch die Zahl der Sterbefälle den Altersaufbau der Bevölkerung. Die multiplen Einflussfaktoren auf das generative respektive Fruchtbarkeitsverhalten sowie die daraus resultierenden Folgen zeigt die nachfolgende Übersicht:

Übersicht 2: Einflussfaktoren und Folgewirkungen auf die demografische Gesellschaftsentwicklung

Einflussfaktoren

1. Sonderfaktoren, d.h. historisch einmalige Ereignisse
 1. Einführung moderner Kontrazeptiva
 2. So genannte „sexuelle Revolution“
 3. Ende des Ost- West-Konfliktes und die Wiedervereinigung
2. Allgemeine Faktoren, d.h. Periodeneffekte
 1. Ausbau der sozialen Sicherungssysteme
 2. Ausbau des Erziehungs- und Bildungssystems
 3. Erhöhter Druck zur Anpassung der Ausbildungs-, Erwerbs- und Familienbiografien an Arbeitsmarkterfordernisse infolge Arbeitslage und Beschäftigungslage
 4. Zunahme des Wertepluralismus
3. Jahrgangsspezifische Faktoren d.h. Kohorteneffekte
 1. Fertilitätsprägende Sozialisationserfahrungen (Emanzipation)
 2. Gesellschaftliche Veränderungen
 3. Entwicklung erwerbsbezogener Lebensperspektiven

4. Eingeschränkte Wirtschafts- und Arbeitsmarktlage
5. Zunahme an Frauenarbeitsplätzen und Einkommen
6. Günstige Situation des Wohnungsmarktes
7. Defizitäre familienpolitische Maßnahmen
8. Rudimentäre Verbreitung von Krippen-, Hort- und Kindergartenplätzen
9. Anstieg der Versorgungs- und Unterhaltskosten für Kinder
10. Zunahme der Opportunitätskosten von Kindern

Folgen

1. Übernahme von Familienfunktionen durch staatliche Institutionen
2. Zunahme beruflicher Flexibilitäts- und Mobilitätsanforderungen
3. Abnahme der Verbindlichkeit gesellschaftlich geprägter Lebenslaufmuster
4. Zunehmende Funktionalisierung von Beziehungen
5. Relativierung familienorientierter Werte und Normen
6. Individuelle Selbstverwirklichung
7. Zunahme biografischer Risiken bei längerfristige Bindungen (durch Partner, Kinder)
8. Individualisierung der Lebensmuster

Gesellschaftliche Konsequenzen

1. Aufbrechen des Zusammenhangs Ehe und Elternschaft
 2. Niveauperiode der altersspezifischen Geburtenziffer der einzelnen Frauenjahrgänge
 3. Heraufsetzung des mittleren Gebäralters
 4. Verschiebung bei den Frauen mit Kindern aufgrund der Kinderzahl
 5. Zunahme des Anteils kinderloser Frauen (und Paare)
 6. Polarisierung der Gesellschaft in Gruppe mit Kindern und ohne Kinder
- (Quelle Birg / Flötman 1993: 66ff)

In diesem Zusammenhang ist kurz auf die modifizierten Geschlechterrollen einzugehen. Der Rückgang der Geburtenzahl ist als multifaktorielles Geschehen zu begreifen. Auf Seiten der Frauen lassen sich der verbreitete Gebrauch von wirksamen Verhütungsmitteln zur Kontrolle der Nachwuchsplanung sowie die Anpassung an soziokulturelle bzw. sozioökonomische Rahmenbedingungen (Berufstätigkeit, Karrierestreben, Bildungsexpansion) der heutigen Gesellschaft anführen. Der Value-of-children-Ansatz (Höpflinger 1992: 81) verdeutlicht den Geburtenrückgang: die Kosten für die Erziehung von Kindern sind mittlerweile sehr hoch und umgekehrt ist die wirtschaftliche Absicherung durch eine Vielzahl an Nachkommen nicht mehr nötig, so dass die emotionale Erfüllung durch den Nachwuchs und der hohe Anspruch an die eigene Elternschaft nur noch mit einer geringen Anzahl an Kindern umgesetzt wird. Die vermehrten Prozesse zur Familienauflösung (vgl. z.B. die Meta-Analyse zu Scheidungsrisiken von Wagner / Weiß 2004) kommen noch hinzu.

Und auf Seiten der Männer entscheidet sich eine zunehmende Zahl immer öfter gegen die Familie, d. h. für Kinderlosigkeit und gegen eine Eheschließung (vgl. BMFSFJ 2003: 68 ff).

Langfristig bewirken diese Wechselbeziehungen eine Verschiebung der Relationen zwischen den einzelnen Gruppen der Bevölkerung. Letztendlich entwickelt sich die Gesamtzahl der Menschen, die aktiv am Erwerbsleben teilnimmt, nicht verhältnismäßig

zur Zahl derer, die von den Erstgenannten unterhalten werden muss (Statistisches Bundesamt 2005: 36ff).

Neben dem Geburtenrückgang ist auch die Entwicklung der Lebenserwartung der bundesdeutschen Bevölkerung von entscheidender Bedeutung. Die Lebenserwartung ist die zu erwartende Zeitspanne, die einem Menschen ab einem gegebenen Zeitpunkt bis zu seinem Tod verbleibt. Diese Spanne wird in der Regel aufgrund empirischer Daten berechnet. Grundsätzlich kann jeder beliebige Zeitpunkt gewählt werden, ab dem die restliche Lebenszeit ermittelt werden soll. Die meistermittelte Lebenserwartung ist die ab Zeitpunkt des Eintritts in das Leben, bei Menschen also der Zeitpunkt der Geburt. In diesem Fall fällt die Lebenserwartung mit dem durchschnittlichen Todesalter der betrachteten Gruppe zusammen. Nach Berechnungen des Statistischen Bundesamtes beträgt die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt nach der aktuellen Sterbetafel 2004/2006 für neugeborene Jungen 76,6 Jahre und für neugeborene Mädchen 82,1 Jahre. Auch für ältere Menschen ist die Lebenserwartung weiter angestiegen. Die Lebenserwartung von 60-jährigen Männern ist auf weitere 20,6 Jahre gegenüber 20,3 Jahren nach der letzten Sterbetafel angestiegen. 60-jährige Frauen können statistisch gesehen mit 24,5 weiteren Lebensjahren rechnen. (Statistisches Bundesamt 2007). Die maximale Lebenserwartung hat sich seit Mitte des vorletzten Jahrhunderts dabei bei Frauen um jeweils drei Monate pro Jahr, bei Männern um zweieinhalb Monate p.a. erhöht (Max-Planck-Institut der demografischen Forschung 2003). „Die Verlängerung der Lebenszeit verdankte sich in einer ersten Phase [...] vorrangig dem Rückgang der Sterblichkeit bei Säuglingen und Kindern, Erwachsenen und Menschen im reifen Alter, während die neuere Entwicklung fast ausschließlich dem verbesserten Überleben in den späteren Lebensjahren zuzuschreiben ist“ (Livi Bacci 1999: 214).

Mittlerweile kann auch die Hypothese einer durchschnittlichen Lebenserwartung von 100 Jahren und mehr bis Mitte des 21. Jahrhunderts nicht mehr kategorisch verworfen werden. „Dass auch die gegenwärtige Höhe der durchschnittlichen Lebenserwartung vor nicht allzu langer Zeit als unerreichbar angesehen wurde“ (Luy 2006: 12), spricht zumindest für diese theoretische Möglichkeit.

Die detaillierten Ursachen für diese numerische Zunahme lassen sich in verschiedenen Bereichen der menschlichen Existenz finden: auf medizinischer Seite hat zum einen die Entdeckung der Antibiotika (z. B. das Penicillin durch Alexander Fleming) die Zahl von Infektionskrankheiten (mit letalem Ausgang) reduziert. Zum anderen haben prophylak-

tische Impfungen (u. a. durch von Behring gegen Diphtherie), die verbesserte Methodik bzw. Technik bei der Geburtshilfe sowie auf therapeutischer Ebene der Einsatz von Pharmazeutika gleichermaßen zu einer Verlängerung des menschlichen Lebens beigetragen. Unabhängig vom medizinischen Bereich hat sich im letzten Jahrhundert ein bewußterer Lebensstil geformt, der eine gesunde Ernährung, regelmäßigen Sport bzw. Bewegung und die Einschränkung von Existenz gefährdenden Risikofaktoren (wie Alkohol, Nikotin, physische Arbeit) beinhaltet. Zusätzlich haben auf zivilisatorischer Ebene industriegesellschaftliche Errungenschaften wie Bildung, Infrastruktur, Abwasserentsorgung, Hygienestandards, Strom oder die sozialen Sicherungssysteme ihren Beitrag geleistet, dass Hungersnöte und Seuchen keine lebensgefährdenden Bedrohungen mehr darstellen.

Auch die Mortalitätskrisen in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts wie die Influenza-Epidemie 1918 und die beiden Weltkriege (mit ca. neun Millionen Todesopfern in der deutschen Bevölkerung) konnten die demografische Gesamtentwicklung nur bedingt beeinträchtigen.

Zu diesen Ursachen addieren sich noch biologische Prozesse, d. h. eine bessere Immunität des Menschen gegenüber Krankheitserregern und eine Abnahme der bakteriellen Virulenz (Diamond 2003: 238). Die so genannte Agrarrevolution (Mitterauer 1983: 92f) bildet einen weiteren entscheidenden Faktor, denn die Einführung der Fruchtwechsellwirtschaft und die Verbesserung der Dünge- Ernte- und Aussaatmethoden bewirkte eine nachhaltigere Versorgung der Menschen mit Nahrung.

In der Konsequenz ist folglich von einer multifaktoriellen Ursachenverkettung auszugehen, welche als Folge zu einer gestiegenen Lebenserwartung über die zurückliegenden Jahrhunderte beitrug.

Diese Fakten ergaben im Jahre 2006 einen Aufbau der Bevölkerung, deren Anteil an Nachwachsenden unter 20 Jahren 20%, an Erwerbsfähigen (20 bis unter 65 Jahren) 60% und an Senioren ca. 20% betrug. Circa 5% der Bevölkerung waren hoch betagt (d. h. 80 Jahre oder älter). Das Verhältnis des Jugendquotienten (Anzahl der jungen, noch nicht erwerbsfähigen Menschen bis 20) bezogen auf den Altenquotienten (Verhältnis der über 65jährigen und Älteren) wies im Jahre 1955 ein Verhältnis von 50:18 auf. Im Jahre 2006 war eine Verschiebung zu einer Äquivalenz von 33:33 zu verzeichnen und für das Jahr 2050 wird ein Wert von 30:54 prognostiziert (Statistisches Bundesamt 2009b: 13).

Eine Umkehrung des gesellschaftlichen Altersaufbaus ist demnach deutlich zu verzeichnen.

In diversen demografischen Vorausberechnungen hinsichtlich der statistischen Entwicklung der Bevölkerung in Deutschland gibt es ähnliche Tendenzen mit geringfügigen kalkulativen Abweichungen.

Der gemeinsame Tenor aller Berechnungen unter Einbeziehung verschiedener Variablen (z. B. konstante Geburtenhäufigkeit, zunehmende Lebenserwartung, ausgeweitete Immigration) lautet, dass bis zum Jahre 2050 die Gesamtbevölkerung schrumpfen wird. Je nach Berechnungsvariante wird sich die gegenwärtige Zahl von 82 Millionen Menschen auf 65 bis 75 Millionen minimieren (BMFSFJ 2003). Die Ursache liegt wie dargestellt in den Folgen des Geburtendefizits (d. h. Überschuss der Zahl an Sterbefällen gegenüber der Geburtenzahl eines Jahres). Weniger Kinder werden in ihrem späteren Leben wiederum weniger Neugeborene hervorbringen und die Zahl der heutigen Erwerbstätigen im mittleren Alter wird in Altersstufen gelangen, wo eine hohe Mortalität herrscht.

Als Zusammenfassung bleibt festzuhalten, dass einerseits die Bevölkerung in der Altersstruktur älter wird und sich andererseits in ihrer Gesamtzahl verringert.

2.2 Die Pflege der gewonnenen Jahre

Die gestiegene und weiter steigende Lebenserwartung ist für die Menschen in den Industrienationen ein Gewinn und positiv zu werten. Die gewonnenen Jahre ermöglichen es, den erreichten Ruhestand nach einem ertragreichen Erwerbsleben zu verlängern und entsprechend genießen zu können. Die physische und psychische Präsenz des menschlichen Daseins ist jedoch begrenzt und so beginnt irgendwann der Prozess des zellulären Abbaus, bei dem die wesentlichen Lebensfunktionen langsam und unumkehrbar erlöschen. Für die Lebensphase der alten und hochaltrigen Menschen stellt sich folglich die Frage, ob die verlängerte Lebensspanne auch mit einem gewachsenen Maß an Morbidität einherschreitet. Generell ist davon auszugehen, dass mit dem Erreichen eines höheren Alters auch die Wahrscheinlichkeit für ein gesteigertes Maß an Pflege und Krankheit verknüpft ist (u. a. BMFSFJ 2002: 54).

Alle in der statistischen Expertenwelt angestellten demografischen Hochrechnungen gehen dementsprechend in ihren unterschiedlichen Szenarien von einem unaufhaltsamen Zuwachs an alten bzw. hochaltrigen Menschen aus. Immer mehr Menschen werden immer älter und werden i. d. R. immer pflegebedürftiger. Als eine Konsequenz wird für den stationären Altenhilfebereich ein verstärkter „Heimsog-Effekt“ (Deutsche Bank Research 2009: 27) mit einem enormen Platzbedarf für die mittel- und langfristige Zukunft prognostiziert: die Altenhilfebranche stellt einen Wachstumsmarkt dar (u. a. HSH Nordbank 2006: 2; RWI 2008: 15), der dementsprechend auch personelle Ressourcen benötigt.

Die Feststellung, dass mehr Menschen immer älter werden und dass analog deren gestiegene Lebenserwartung eine höhere Wahrscheinlichkeit für eine Hilfsbedürftigkeit impliziert, führt zu den Personen, die diese Pflege erbringen bzw. gewährleisten sollen.

Die relevanten Veränderungen der Gesellschaft, die Einfluss auf die zukünftige Pflegesituation haben, werden hier nur kurz erwähnt. Vor allem ändern sich die Voraussetzungen für eine Versorgung der Pflegebedürftigen in der eigenen Häuslichkeit.

So bewegt sich die Rate der Scheidungen auf einem hohen Niveau. Unabhängig davon, ob nun aus statistischer Perspektive jede zweite oder dritte Ehe in Deutschland geschieden wird, so ist die De-Institutionalisierung der Familie allgegenwärtig. Die Vielzahl an neuen Familien- und Lebensformen mündet in ebenso zahlreiche Privatheits-Muster, in denen partnerzentrierte und individualistische Lebensmodelle zunehmen. Die Einstellung zur Institution Ehe hat sich geändert, was sich sowohl an der rückläufigen Zahl der jährlichen Eheschließungen als auch an den steigenden Scheidungsraten verdeutlicht (Peuckert 2004: 27). Die parallel ablaufende Individualisierung (Beck 2003: 205) manifestiert diesen Wandel. Die Loslösung aus vorhandenen Bedingungen, Vorgaben und Traditionen ermöglicht es dem Einzelnen, eine Vielzahl von neuen Türen auf seinem Lebensweg aufzustoßen. Diese Wahlfreiheit wiederum korrespondiert mit einem persönlichen Potential, über das ein Individuum verfügen muss, um die Chancen der Pluralität nutzen zu können. Um einen hohen Lebensstandard zu erreichen, muss eine Person als Voraussetzung über entsprechende Bildung, Arbeitsmarktpartizipation, Mobilität, Flexibilität, Konsumbereitschaft etc. verfügen. Der Faktor Familie mit einem kindzentrierten Fokus erscheint dabei eher hemmend und kontraproduktiv.

Verdeutlichen lässt sich diese Entwicklung unter anderem bei der Verteilung von Haushaltstypen: so lebte beispielsweise im Jahr 2000 in nahezu jedem dritten Haushalt (38%) lediglich eine Einzelperson (Statistisches Bundesamt 2006); ebenso existiert eine Tendenz zu multilokalen Mehrgenerationenfamilien (Peuckert 2004: 340ff), in denen die Mitglieder der verschiedenen Generationen verstreut an unterschiedlichen Orten leben. So stellt ein zunehmender Grad an Individualisierung die tradierten Tauschbeziehungen zwischen den Generationen (Stichwort Reziprozitätsnorm) in Frage.

Die Folgen des Individualisierungsprozesses wirken sich auf den Komplex Pflege kurz- und langfristig aus: perspektivisch werden die Partizipanten dieser Entwicklung weniger Zeit und Energie haben, pflegerische Aufgaben im Solidarbund Familie zu verrichten. Dies mag an räumlichen Distanzen, an verlängerten Lehr- und Ausbildungszeiten, an der beruflichen Mobilität (in Abhängigkeit vom Arbeitsmarkt) oder an individuellen Einstellungen liegen. Auf lange Sicht bilden die Alleinwohnenden ein Klientel, das im Alter mit einher schreitender Pflegebedürftigkeit entweder über ein umfassendes Netzwerk an HilfestellerInnen verfügt oder eben professionelle Pflege in Anspruch nehmen muss.

Entwickeln sich die gesellschaftlichen und familiären Rahmenbedingungen wie dargestellt, so werden die gewonnenen Jahre in ansteigendem Maße auch in Institutionen gelebt. Entscheidend ist für die stationär zu Pflegenden, mit welchen körperlichen und geistigen Einschränkungen sie ihr Leben in dieser Phase führen können bzw. auf welchen Hilfebedarf sie angewiesen sind. Dieser Bedarf spiegelt sich in der Einteilung in pflegeversicherungsrelevante Pflegestufen wieder, welche vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung festgelegt werden.

In definitorischen Differenzierungen werden verschiedene Alter genannt. Der letzte Abschnitt auf der Lebensschiene wird dabei als das vierte Alter bezeichnet, außerdem wird zusätzlich in den Terminus der Hochaltrigkeit unterschieden. Per definitionem beginnt diese Phase ab dem 80. bis 85. Lebensjahr, wobei aufgrund der dynamischen Lebenserwartung diese Festlegung auch noch nach oben korrigiert werden kann (BMFSFJ 2002: 53).

Das vierte Alter wird von Laslett (1995: 35) als die "Zeit der unabänderlichen Abhängigkeit, der Altersschwäche und des Todes" bezeichnet. Das Alter per se stellt keine

Krankheit dar, es ist vielmehr als ein Prozess zu begreifen, der mit einem allmählichen Kräfteverfall einhergeht. Sowohl die physischen als auch die psychischen Leistungspotentiale verringern sich, jedoch bei jedem alten Menschen anders. D. h. es ergeben sich für die jeweiligen Einschränkungen Unterschiede in Ausmaß, Intensität oder dem zeitlichen Beginn. Beispielsweise beginnen bei einigen Pflegebedürftigen dementielle Veränderungen schon mit Beginn des 70. Lebensjahres, bei anderen erst zehn Jahre später. Den verschiedenen Alterstheorien gemeinsam ist die Annahme, dass es sich um ein multikausales biologisches Geschehen handelt, wo einerseits gerontologisch bedingte Beeinträchtigungen bzw. Funktionsstörungen eintreten. Steinhagen-Thiessen und Borchelt (1996: 178) sprechen diesbezüglich einerseits vom Faktor Gebrechlichkeit, der sich unabhängig von spezifischen Krankheitsbildern am Ende der Lebensspanne entsprechend Bedeutung verschafft. Andererseits erhöht sich aber auch gleichzeitig die Wahrscheinlichkeit, pathologischen Zuständen, also Krankheiten, ausgesetzt zu sein.

In wie weit sich die physiologischen Wandlungen im Alter und die von der Medizin diagnostizierten Erkrankungen gegenseitig bedingen, ist noch nicht abschließend geklärt (vgl. BMFSFJ 2001: 70). Hierzu liegen unterschiedliche theoretische Erklärungsversuche der Altersforschung vor (u. a. Fries 1989: 19ff; Kytir et al. 2000: 258ff).

Generell sind diverse Veränderungsprozesse feststellbar, die entsprechende Beeinträchtigungen im Alter zur Folge haben.

Im Bereich der Sinneswahrnehmung sind die akustische (Presbycusis), die visuelle (Presbyopie), die olfaktorische sowie die gustatorische Ebene von Funktionseinbußen betroffen (vgl. Ohrloff 1991: 197ff). Auf organischer Ebene sind u. a. das Blut, das Herz, Leber und Nieren, die Haut und das Gefäßsystem, der Respirations- und Gastrointestinaltrakt sowie das zentrale Nervensystem physiologischen Veränderungen ausgesetzt, die das Risiko von geriatrischen Prozessen vergrößern (u. a. BMFSFJ 2001: 72; Fleischmann 1989: 79; Zahn 1990: 839).

In Anlehnung an den Vierten Altenbericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002: 184ff) ist die Interdependenz von Morbidität, also dem parallelen Auftreten diverser chronischer Krankheiten beim älteren bzw. alten Menschen, und den geschilderten Funktionseinschränkungen eine Konstellation, die ein hohes Risiko für Hilfsbedürftigkeit beinhaltet.

Zum einen bleibt also abschließend zu konstatieren, dass der Organismus eines alten bzw. sehr alten Menschen unterschiedlichen degenerativen Prozessen ausgesetzt ist. Zum anderen lässt sich ein erhöhtes Maß an Erkrankungen diagnostizieren, die einen erheblichen Einfluss auf die Aktivitäten des täglichen Lebens nehmen (vgl. Berliner Altersstudie von Mayer & Baltes 1996). Werden beide Prozesse vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklungen und der gewandelten Gesellschaftsstrukturen betrachtet, so bilden sich die resultierenden Veränderungen in verschiedenen Werten von Pflegestatistiken ab.

Im Dezember 2009 waren 2,34 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI). Die in Pflegeheimen versorgten Pflegebedürftigen waren zu 49% 85 Jahre und älter, der Frauenanteil betrug 75%. 717.000 (31%) Pflegebedürftige wurden in Altenpflegeeinrichtungen betreut, deren Anzahl 2009 ca. 11.600 betrug (Statistisches Bundesamt 2011).

Diese Entwicklung zeigt sich vor allem an den zur Verfügung stehenden Pflegeplätzen in Deutschland: während es im Jahre 1999 noch 645.456 Plätze in Heimen gab, waren dies zehn Jahre später schon 845.007 Einheiten.

In allen Modellrechnungen bezüglich der Entwicklung des zukünftigen Pflegebedarfes wird von einer numerischen Zunahme ausgegangen. Wie sich diese im Detail entwickeln wird, ist hingegen noch fraglich, da meist von einer konstanten Pflegefallhäufigkeit als Berechnungsvariable ausgegangen wird. Unkalkulierbarer medizinischer Fortschritt bei geriatrischen Erkrankungen oder eine allgemeine Verbesserung des Gesundheitszustandes bzw. dessen Stabilität fließen nicht in entsprechende Zuwachsraten ein. Untersuchungen sehen in diesem Zusammenhang sogar ein sinkendes Pflegerisiko bei steigender Lebenserwartung, ausgelöst durch die Angleichung der ostdeutschen an die westdeutschen Lebensverhältnisse, die Bildungsexpansion und dem daraus gesteigerten Gesundheitsbewusstsein (Max-Planck-Institut f. demografische Forschung 2005: 2).

Das Statistische Bundesamt geht bei seinen Berechnungen bis zum Jahre 2020 von einem Anstieg der Pflegebedürftigen auf ca. 2,83 Millionen aus. Wie die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit unterschätzt wird, zeigt die angenommene Anzahl des Dritten Berichts zur Lage der älteren Generation aus dem Jahre 2001, der für das Jahr 2010 den

Wert von 2,1 Millionen pflegebedürftigen Menschen prognostiziert hatte (BMFSFJ 2001: 88). Diese Zahl wurde wie oben dargestellt jedoch schon im Jahre 2005 überschritten.

Werden diese Kalkulationen vor dem bereits skizzierten Hintergrund der gewandelten Lebensführungen, der sinkenden Zahl von Mehrgenerationenhaushalten, der verringerten Nachkommenschaft (die familiäre Pflegeaufgaben übernimmt) betrachtet, so wird deutlich, dass neben den häuslichen und ambulanten Unterstützungssystemen auch die institutionelle Pflege eine wichtige Rolle übernehmen wird. Schimany spricht bezeichnenderweise von der "Institutionalisierung des höheren Alters" (2003: 313). Untersuchungen hinsichtlich zukünftiger Strukturen der Altenhilfe auf stationärer Ebene kommen letztendlich auch zu der Folgerung, dass eine Aufstockung des Platzangebotes erforderlich sein wird, wobei auch eine vermehrte Umstrukturierung von Wohn- in Pflegeplätze (Stichwort Multimorbidität) impliziert ist.

Mit der Nachfrage nach professionellen Hilfsangeboten wächst auch die Zahl der Beschäftigten, die pflegerische Unterstützungs-, Betreuungs- und Versorgungsleistungen erbringen. Deren Zahl ist in Deutschland in den vergangenen zehn Jahren vehement gestiegen. Gab es 1997 bundesweit noch 440.000 Beschäftigte in der stationären Altenhilfe, so waren es 2009 schon 621.000 Personen.

Mit der Nachfrage nach professioneller Pflege geht auch eine wachsende Zahl an Beschäftigten einher. Einige Prognosen sprechen von ca. 2 Millionen Beschäftigten, die bis zum Jahre 2050 für den deutschen Pflegesektor benötigt werden (Deutsche Bank Research 2009: 38). Andere Institute rechnen bis zum Jahre 2020 mit einem Bedarf von circa 50.000 zusätzlichen Pflegefachkräften für den stationären Altenhilfebereich (RWI 2009: 6). Wie prekär sich die Folgen dieser Berechnungen gestalten können, zeigen schon erste Diskussionen, die derzeit einen Fachkräftemangel wie beispielsweise in München oder Hamburg zum Inhalt haben (u. a. ver.di 2009).

Auch in den Niederlanden zeigt sich ein ähnlicher Trend. Im Jahre 2006 waren im Nachbarland 110.000 Stellen für Pflegekräfte unbesetzt, so dass dort die Übergangsfrist zur Aufnahme von osteuropäischen Pflegepersonen nach der EU-Erweiterung aufgehoben wurde. Dies bedeutet, dass die Pflegeeinrichtungen nicht mehr nachweisen müssen,

dass keine einheimischen Pflegenden für eine vakante Stelle zu gewinnen waren. „Damit ist der niederländische Arbeitsmarkt für Pflegekräfte aus den acht mittel- und osteuropäischen Mitgliedsstaaten geöffnet“ (Altenpflege 2006: 25). Und Krankenschwestern sind zunehmend auf weltweiter Wanderschaft unterwegs, d. h. eine Zunahme der globalen Transmigration im Pflegebereich (v. a. im Klinikbereich) ist zu verzeichnen (Kingma 2010).

Als Fazit ist somit zu konstatieren, dass die Altenhilfe ein bedeutsam wachsender Bereich des Gesundheitswesens ist, der zunehmend Kapazitäten benötigt. Das Beispiel der Niederlande verweist zudem darauf, dass die westeuropäischen Gesellschaften zunehmend auf Pflegepersonal angewiesen sind und sein werden, das aus anderen Nationen kommt.

3. Migration und Ethnizität

3.1 Zur Geschichte der Migration in Deutschland

Migration beinhaltet die Wanderung von Menschen, welche mit einer Verlagerung des Lebensmittelpunktes einhergeht und die erwerbsbezogene, familiäre, politische oder biografische Motive voraussetzt (Treibel 2001: 472).

Migration ist ein fester Bestandteil der deutschen Geschichte. „Wanderungen haben die Geschichte der Deutschen nachhaltig geprägt. Von der Frühen Neuzeit bis zur Gegenwart haben Deutsche im Ausland und Fremde in Deutschland meist in großer Zahl alle denkbaren Erscheinungsformen des grenzüberschreitenden Wanderungs-geschehens erlebt. Aus-, Ein- und Transitwanderungen, Arbeitswanderung und Wanderhandel, Flucht- und Zwangswanderung von Deutschland ins Ausland und von Ausländern nach Deutschland“ (Bade 1994: 14).

Die Geschichte der Migration in der Bundesrepublik zeigt, dass v. a. im 19. Jahrhundert viele Deutsche ihrer Heimat den Rücken gekehrt haben um sich vor allem transatlantisch in die „Neue Welt“ zu emigrieren oder sich in Südost- und Osteuropa (Ungarn, Rumänien, Sowjetunion) anzusiedeln. Circa 5,5 Millionen Menschen verließen zwischen 1816/17 bis 1914 Deutschland, um in den Vereinigten Staaten von Amerika ihr

Glück zu versuchen (vgl. Bade 1994: 22).

Wellen dieser deutschen Auswanderung führten in der Konsequenz zu einer gesteigerten Nachfrage nach Arbeitskräften in der heimischen Landwirtschaft und Industrie. So brachte die massenhafte Auswanderung hauptsächlich Menschen aus Polen, Galizien und Italien auf deutsches Gebiet, die jedoch nach ihrer saisonalen Arbeit das Land wieder verließen. Während des Ersten Weltkrieges wurden dann aber Rückkehrverbote und Arbeitszwang erlassen, um die Produktion der Kriegsmaschinerie aufrecht zu erhalten. Bis zum Zweiten Weltkrieg stagnierte die Ausländerbeschäftigung auf niedrigem Niveau. Erst durch die Kriegswirren steigerte sich die Zahl der Wanderungen durch Kriegsgefangene, KZ-Häftlinge und Deportierte sowie Fremdarbeiter enorm (vgl. Bade 1994: 30ff).

Die wesentliche Zuwanderung von ausländischen Personen, deren Folgen heute noch auf dem Arbeits- und Beschäftigungsmarkt festzustellen sind, begann nach dem Zweiten Weltkrieg, wobei nachfolgend die westdeutsche Geschichte vorgestellt wird.

Mitte der Fünfziger Jahre begann die Einwanderung der ersten AusländerInnen (auch als erste Generation tituliert) aufgrund staatlich initiiertes Anwerbungsversuche. Im Zuge des so genannten Wirtschaftswunders mit strukturellen Begleiterscheinungen wie ausgedehnten Schul- und Ausbildungszeiten oder Arbeitszeitverkürzungen, vereinbarte die deutsche Regierung ab 1955 Anwerbeverträge mit diversen Mittelmeerländern, so dass v. a. Arbeitskräfte aus Italien und Griechenland (auch Spanien, Jugoslawien, Portugal, Türkei) staatlich arrangiert in der bundesdeutschen Wirtschaft Beschäftigung fanden. Diese waren vorrangig in gering qualifizierten Bereichen beschäftigt. Durch den Mauerbau mit der Folge des ausbleibenden Arbeiterzustroms aus der DDR stieg die Zahl der ausländischen Arbeitnehmer („Gastarbeiter“) vielfach an. 1973 wurde in Zeiten der Weltwirtschaftskrise ein Anwerbestopp verkündet. Ausgehend von der Vorstellung befristeter Arbeitsaufenthalte kehrten in dem Zeitraum seit den ersten Anwerbungen von bis dahin 14 Millionen Gastarbeitern auch freiwillig elf Millionen wieder in ihre Heimat zurück.

Der Anwerbestopp ließ jedoch trotzdem die Zahl der ausländischen Bevölkerung anwachsen. Denn um die Bundesrepublik nicht endgültig verlassen zu müssen, blieben viele der Betroffenen hier und ließen ihre Familien nachkommen. „Dauerhafte Arbeitsaufenthalte aber bewirkten über die Zeitstufen des Aufenthaltsrechts einen langfristigen Wandel von der Gastarbeiterexistenz mit befristeter Aufenthaltsgenehmigung zur

Einwandererexistenz mit dauerhaftem Aufenthaltsanspruch“ (Bade 1994: 39). Somit wurde aus einem intermittierenden Aufenthalt in der Bundesrepublik zur Erwerbstätigkeit – mit dem Ziel als Gastarbeiter in kurzer Zeit viel Geld zu verdienen – Jahr um Jahr eine dauerhafte Existenz. Dieser Prozess wurde ursprünglich auch nicht von den ImmigrantenInnen angestrebt, die ebenfalls meist von einem Provisorium ausgingen. Die Rückkehrabsichten minimierten sich jedoch, zunehmend wurde von einer Rückkehrillusion gesprochen, und die erste Generation der MigrantInnen hat mittlerweile ein hohes Alter erreicht.

In den 80er Jahren des 20. Jahrhunderts immigrierten dann hauptsächlich türkische Arbeitskräfte nach Deutschland, so dass heute die Zuwanderer aus der Türkei und dem ehemaligen Jugoslawien die größten Gruppen bilden (vgl. Seifert 2001; Ulrich 1986).

Neben den Arbeitswanderungen gab es auch Flucht- und Zwangswanderungen nach Deutschland. Von 1950 bis 1979 setzten rund eine Million Aus- und Übersiedler, die vor dem Ende des Zweiten Weltkrieges ihren Wohnsitz in ehemaligen deutschen Ostgebieten hatten, ihren Wunsch und ihr Recht, in der Bundesrepublik zu leben, in die Tat um (Treibel 2001: 476). Nach 1989 nahm, bedingt durch die Auflösung des Ostblocks, des Mauerfalls und der EU-Erweiterung, die Zahl der Zuzugswilligen v. a. aus den Nachfolgestaaten der Sowjetunion stark zu.

3.2 Effekte von Migration auf den deutschen Arbeitsmarkt – am Beispiel Bayern

3.2.1 Bevölkerungszahl und Migration bundesweit

Im Rahmen der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahre 2003 wird prognostiziert, dass in jeder durchgerechneten Variante die Bevölkerungszahl rückläufig sein wird. Neben der Annahme einer steigenden Lebenserwartung und einem niedrigen Geburtenniveau wird von langfristigen Wanderungsüberschüssen ausgegangen (Statistisches Bundesamt 2004: 56). Dies verdeutlicht, wie wichtig der Faktor Zuwanderung für den Arbeitsmarkt und der zu tilgenden Nachfrage nach qualifizierten Fachkräften ist.

Der Anteil der ausländischen Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung hat zwischen 1960 und 2006 von 1,2% auf 8,8% zugenommen. Der letzte Wert verhält sich dabei seit 1995 mehr oder weniger konstant (Statistisches Bundesamt 2007a). Der prozentuale

Anteil der ausländischen Bürger entspricht einer Zahl von ca. 7,3 Millionen bei einer Gesamtbevölkerung von 82,3 Millionen Menschen.

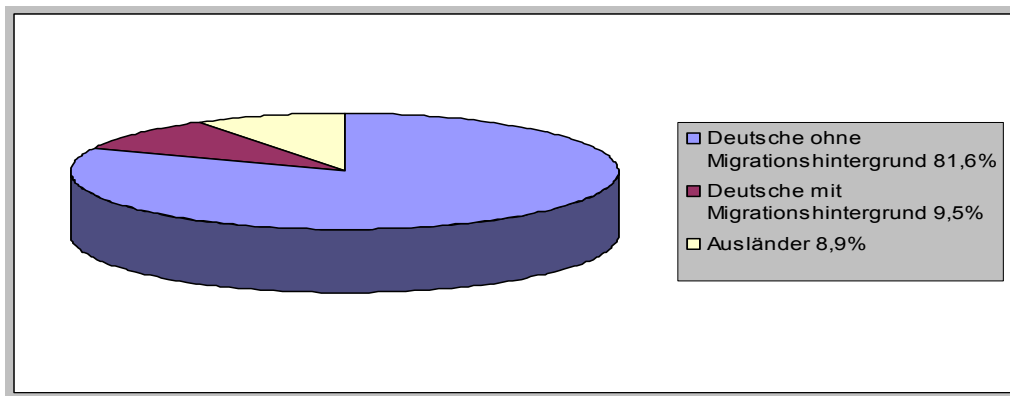
Wird das Wanderungssaldo (Zuzüge abzüglich Fortzüge) über den Zeitraum von 1994 bis 2003 herangezogen, so sind rund 112.000 ausländische Personen in Deutschland pro Jahr verblieben (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2004: 12). Diese Zahl umfasst jedoch nicht die zugezogenen so genannten Spätaussiedler. Die Migration von EU-Staatsbürgern (d.h. die zu der Zeit partizipierenden 14 Länder außer Deutschland) während dieser Dekade ist als marginal zu betrachten. Seit Mitte der 90er Jahre ist dieses Saldo ausgeglichen, im Jahre 2003 überstieg die Fortzugszahl sogar die Anzahl der Zuzüge von ausländischen, freizügigkeitsberechtigten EU-BinnenmigrantInnen (a. a. O.: 55).

Die zugangsstärksten Nationen in diesem Zeitraum bildeten die Republik Jugoslawien (seit 2003 Serbien und Montenegro), die Türkei, der Irak, Afghanistan und der Iran. Vor dem Jahre 1994 kamen hauptsächlich Menschen aus den osteuropäischen Staaten (Polen, Ungarn, Rumänien, Bulgarien) in die Bundesrepublik (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2004: 23ff).

Für einen weiteren Zustrom nach Deutschland sind die deutschstämmigen Immigrationswilligen aus dem Osten Europas verantwortlich. Die Nachfahren deutscher Auswanderer, die sich im 18. und 19. Jahrhundert in Russland, Rumänien, Ungarn oder der Ukraine niederließen, werden als Spätaussiedler bezeichnet. SpätaussiedlerInnen sowie deren Familienangehörige sind juristisch deutsche Staatsangehörige, die aufgrund der allgemeinen Vertreibungsmaßnahmen ihre angestammte Heimat in den Staaten Ost- und Südosteuropas aufgegeben und ihren neuen Wohnsitz in Deutschland begründet haben. Da sie als deutsche Volkszugehörige gelten (lt. Artikel 166 GG) und durch Erhalt der Bescheinigung nach dem Bundesvertrieben- und Flüchtlingsgesetzes (BVFG) – dies gilt auch für deren Angehörige – automatisch die deutsche Staatsangehörigkeit erhalten, werden sie auch statistisch gesondert erfasst. Von 1991 bis zur Mitte des Jahres 2004 migrierten über zwei Millionen Personen aus dem östlichen Europa als Spätaussiedler nach Deutschland. Während zu Anfang der 90er Jahre die Staaten Polen und Rumänien noch die meisten ImmigrantInnen stellten, stammen seit der Mitte dieses Jahrzehnts nahezu alle Zuzugsberechtigten aus den Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion².

² Die Nachfolgestaaten sind im Einzelnen: Estland, Lettland, Litauen, Moldawien, Russische Föderation, Ukraine, Weißrussland, Armenien, Aserbaidschan, Georgien, Kasachstan, Kirgisien, Tadschikistan, Turkmenistan und Usbekistan.

Übersicht 3: Aufbau der Gesamtbevölkerung in Deutschland 2005 bei einer Gesamtbevölkerung von 82,5 Mio. Menschen



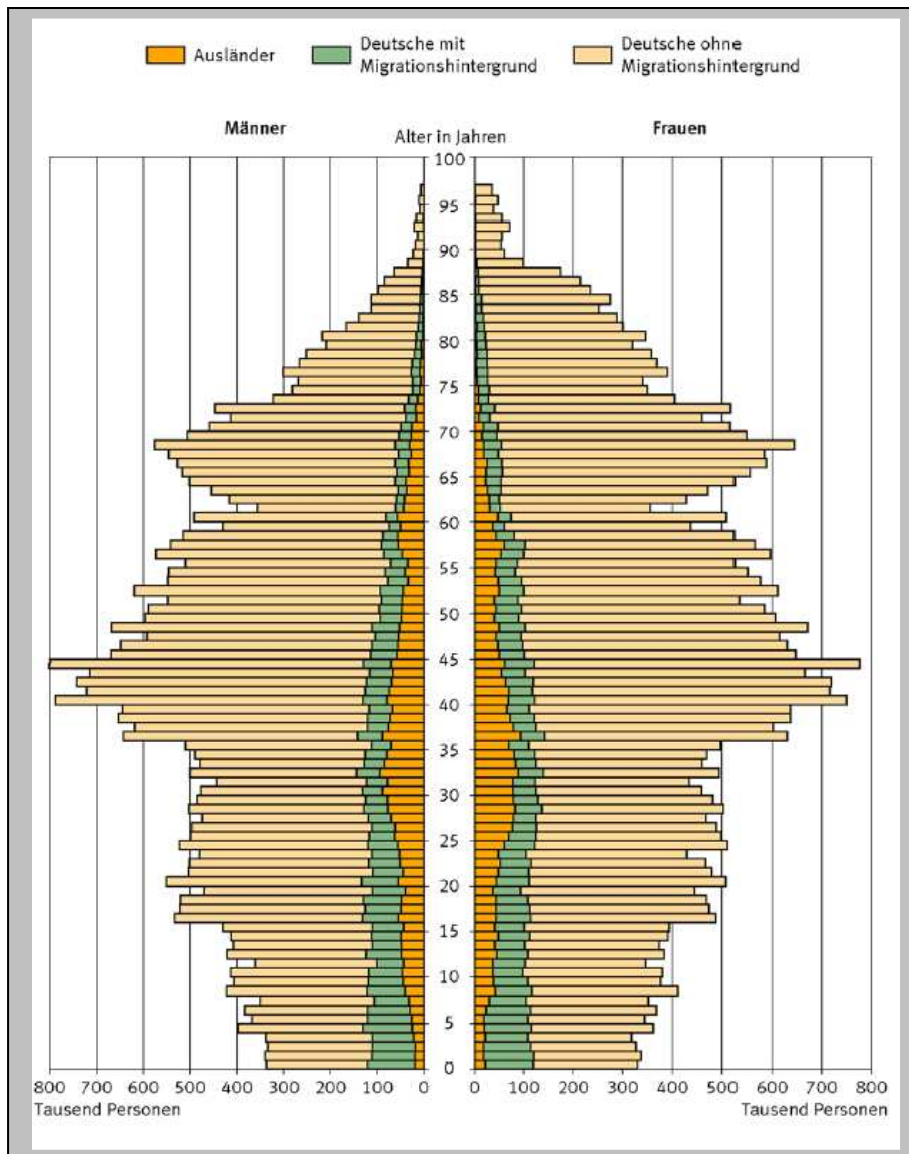
(in Anlehnung an den Migrationsbericht 2007, BMI 2008: 189)

Insgesamt ist also festzustellen, dass zum einen der Migrationsstrom der Spätaussiedler kontinuierlich abgenommen hat (vgl. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2004: 57), obwohl auch die Familienangehörigen eines Zuzugsberechtigten Spätaussiedlers über die Legimitation zur Einwanderung verfügen. Zum anderen sind schon viele Menschen aus dem Osten Europas nach Deutschland migriert und bilden durch ihre Sozialisation, durch Gebräuche, Riten, Sprache und Lebensgefühl weitere Bausteine der multi-kulturellen Zusammensetzung der bundesdeutschen Gesellschaft.

3.2.2 Arbeitsmarkt bundesweit

Die dargestellte Heterogenität der Gesellschaft ist auch auf dem Arbeitsmarkt fest zu stellen. So unterscheidet sich das Diagramm (welches zu Anfang des 20. Jahrhunderts aufgrund ihres Aufbaus noch als Alterspyramide bezeichnet wurde) zur aktuellen Abbildung der ausländischen Bevölkerungsstruktur signifikant von der Vergleichsanordnung der deutschen Gesamtbevölkerung.

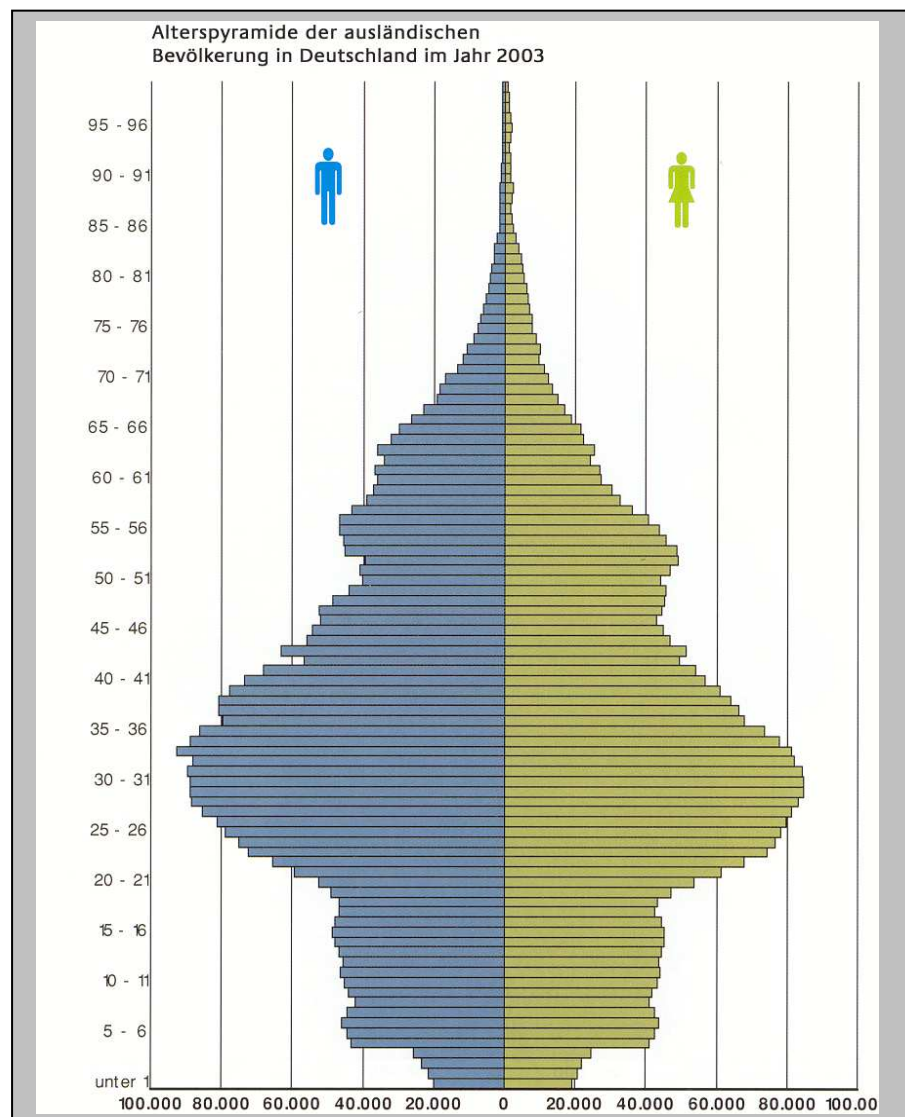
Übersicht 4: Alterspyramide der deutschen und ausländischen Bevölkerung sowie den Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland (2007)



(Quelle: Statistisches Bundesamt 2009: 14)

Der größere Teil der ausländischen Personen ist männlichen Geschlechts (circa 52%). In den unteren Altersgruppen ist der Geschlechterunterschied bei den AusländerInnen weitgehend ausgeglichen, da es sich schwerpunktmäßig um die zweite bzw. dritte in Deutschland geborene Generation handelt, die tendenziell die natürliche Geschlechterproportion aufweist. Bei den höheren Altersgruppen spiegelt die Geschlechterverteilung das maskulin geprägte Zuwanderungsverhalten wider.

Übersicht 5: Alterspyramide der ausländischen Bevölkerung in Deutschland (2003)



(Quelle: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2004)

Der Aufbau der Altersstruktur im Detail verdeutlicht, dass die Altersgruppe der AusländerInnen vom 20. Lebensjahr bis zum 65. Lebensjahr überproportional vorhanden ist, d. h. beide Geschlechter sind schwerpunktmäßig im Erwerbsalter vertreten (vgl. BMI 2008: 19).

Dies zeigt sich auch im für diese Untersuchung relevanten Wirtschaftszweig Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen anhand der ca. 138.000 ausländischen Personen, die dort im März 2004 in einem sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnis beschäftigt waren (Deutscher Bundestag 2005: 340). Insgesamt belief sich die Zahl der (sozialversicherungspflichtig) beschäftigten Ausländer im Jahre 2003 auf annähernd 1,9 Millionen. Davon wiederum waren ca. 37% weiblichen Geschlechts (a. a. O.: 337). In Bezug

auf die Stellung in Beruf wird für das gleiche Jahr festgestellt, dass ca. 50% aller ausländischen erwerbstätigen Frauen in einem Angestellten- Verhältnis tätig waren (a. a. O.: 51).

Diese Werte finden sich in der feminin dominierten Pflegebranche wieder. Dort ist traditionell das männliche Geschlecht numerisch unterrepräsentiert (z. B. Bundesagentur für Arbeit 2004: 23; Statistisches Bundesamt 2005: 87). So waren von den 574.000 Beschäftigten der stationären Altenhilfe im Jahre 2007 488.000 Personen weiblichen Geschlechts (eigene Berechnungen, Statistisches Bundesamt 2008).

Für Nordrhein-Westfalen wird nach einer Schätzung des Deutschen Instituts für Erwachsenenbildung (DIE 2006) davon ausgegangen, dass 30% der Beschäftigten in der stationären Altenhilfe einen Migrationshintergrund haben.

Werden die prozentualen Annahmen aus NRW bundesweit umgelegt, dann arbeiteten im Jahre 2007 (mindestens) rund 130.000 Pflegekräfte mit einer Zuwanderungsgeschichte in der stationären Altenhilfe³.

Die Aussagekraft dieser Zahlen ist jedoch lediglich als relativ zu betrachten, denn das reale Potenzial an MigrantInnen, die im pflegerischen Sektor tätig sind, ist kaum zu beziffern.

So identifiziert das Statistische Bundesamt (2006: 73ff) seit 2005 mit Hilfe des Mikrozensus (amtliche Repräsentativstatistik) auch die Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland, die zusätzlich zum Bestand der ausländischen Bevölkerung erhoben werden.

Unter **Deutschen mit Migrationshintergrund** werden hier folgende Gruppen subsumiert (vgl. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2007: 30):

1. Zugewanderte Deutsche mit Migrationshintergrund

- deutsche Zuwanderer ohne Einbürgerung (u. a. Aus- und Spätaussiedler);
- eingebürgerte zugewanderte Ausländer (statistisch größter Anteil);

2. Nicht zugewanderte Deutsche mit Migrationshintergrund

- eingebürgerte, nicht zugewanderte Ausländer;

³ Ausgehend von rund 394.000 Personen, deren überwiegender Tätigkeitsbereich die Pflege und Betreuung in Pflegeheimen war, vgl. Statistisches Bundesamt (2008): Pflegestatistik. Deutschlandergebnisse, Wiesbaden, S. 25

- Kinder zugewanderter Deutscher, die nicht eingebürgert wurden;
- Kinder zugewanderter oder in Deutschland geborener eingebürgerter ausländischer Eltern (d.h. Personen der zweiten oder dritten Generation);
- Kinder ausländischer Eltern, die bei Geburt zusätzlich die deutsche Staatsangehörigkeit erhalten haben;
- Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund, bei denen nur ein Elternteil Migrant oder in Deutschland geborener Eingebürgerter oder Ausländer ist (z.B. Kinder von SpätaussiedlerInnen).

„Allerdings erlauben es die im Mikrozensus verwendeten Fragen nicht, die Gruppe der Spätaussiedler quantitativ zu beschreiben. Es ist lediglich möglich, jene Zugewanderten zu identifizieren, die angeben, die deutsche Staatsangehörigkeit zu besitzen, ohne eingebürgert worden zu sein“ (Stat. Bundesamt 2009: 311).

Neuere repräsentative Aussagen zur quantitativen Verteilung des Migrationshintergrunds von zugewanderten Menschen (d. h. Ausländer und Eingebürgerte) sehen für die größten Gruppen folgende Werte:

▪ ehemalige Sowjetunion	21%
▪ Türkei	19%
▪ südliches Europa (Italien, Spanien, Griechenland, Portugal)	12%
▪ Polen	11%
▪ ehemaliges Jugoslawien	10%
▪ Land in Asien	9%
▪ andere Länder der EU	6%
▪ andere Länder in Osteuropa	6%

(Wippermann / Faigle 2009; Merkle 2009: 11).

Die **Arbeitsdefinition** der vorliegenden Arbeit von ausländischen Menschen und Deutschen mit Migrationshintergrund bezieht sich auf solche Personen, die sowohl aus dem Ausland nach Deutschland zugezogen sind, also auch aus den Länder, aus denen die so genannten SpätaussiedlerInnen stammen (u. a. ehemalige Sowjet- und CSSR-Gebiete, Polen, Rumänien), als auch auf jene, die in Deutschland geboren wurden und zu einer Migrantengruppe zu zählen sind (u. a. Türken, Italiener, Spanier etc.).

Es ist bei dieser Definition durchaus bewusst, dass der frühere Begriff „Ausländer“ heutzutage nur noch unscharf zur Bezeichnung von Menschen, die zu einer bestimmten

Gruppe gehören, geeignet ist. Die Nachfolgenerationen der unter diesem Titel subsumierten Personen leben schon lange in Deutschland, sprechen die Sprache und besitzen die deutsche bzw. eine doppelte Staatsbürgerschaft (vgl. auch Bade 1994: 10). Gleichmaßen ist zu konstatieren, dass „es sich bei den in Deutschland lebenden Menschen mit Migrationshintergrund nicht um ein besonderes und schon gar nicht um ein einheitliches Segment in der Gesellschaft handelt“ (sinus sociovision 2008: 5). Vielmehr lassen sich statt einer soziokulturell homogenen Gruppe auch hier vielfältige und differenzierte MigrantInnen-Milieus nachweisen. Aus Gründen der Vereinfachung und unter Vernachlässigung der Ausdifferenzierung spezifischer, fremdkultureller Kennzeichen wird in Übereinstimmung mit Busse (2003: 383) der entsprechende Personenkreis aber mit der oben vorgeschlagenen Einteilung eingegrenzt.

Zur besseren Lesbarkeit der Arbeit werden im Folgenden die Begrifflichkeiten Aus-siedlerInnen, AusländerInnen, MigrantInnen, Zugewanderte, ImmigrantInnen und Menschen mit Zuwanderungsgeschichte synonym gebraucht. Auch die Bezeichnungen ausländisch, allochthon, nicht-deutsch oder fremdländisch beziehen sich äquivalent auf die Personen mit Migrationshintergrund.

Bezogen auf die hier verwendete Arbeitsdefinition von Personen mit Migrationshintergrund ist zu vermuten, dass die Menge, auf die der Fokus dieser Untersuchung gerichtet ist, die angeführten Statistiken der diversen staatlichen bzw. statistischen Institutionen für den Bereich Pflege übersteigt. Auch andere in der nahen Vergangenheit durchgeführte Untersuchungen bestätigen diesen Schluss (z. B. Derst et al. 2006, die eine Studie zur Arbeitsmarktbeteiligung von Ausländern im Gesundheitssektor durchgeführt haben). Weiterhin fehlen exakte Daten über die Beteiligung von Personen mit Migrationshintergrund in den unterschiedlichen Bereichen des Gesundheitssektors. So unterteilt das Statistische Bundesamt die Erwerbstätigkeit lediglich in die vier Kategorien Land- und Forstwirtschaft/Fischerei, Handel/Gastgewerbe/Verkehr, produzierendes Gewerbe und sonstige Dienstleistungen.

Für die Datenlage der amtlichen Statistik ist also festzuhalten, dass eine simple Differenzierung nach der Staatsangehörigkeit (in Deutsch und Ausländisch) der Lage auf dem Arbeitsmarkt für Pflegeberufe nicht gerecht wird.

Dass der Sektor der Altenpflege gehäuft Anlaufstelle für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte ist, lässt sich mit Voges (2001: 154) als ein Zusammenwirken von Schub- und Sogfaktoren erklären. Zu den Schubfaktoren, die als sozialer Druck dazu beitragen, im pflegerischen Bereich tätig zu werden, gehört der personale Wegfall von Beschäftigungschancen in anderen wirtschaftlichen Bereichen (u.a. Textilindustrie). Auch fehlende Erwerbsalternativen (z. B. keine anderen Ausbildungsplätze) gelten als Schubfaktoren, ebenso wie Umschulungsmaßnahmen der Bundesagentur für Arbeit oder gute Wiedereinstiegsmöglichkeiten nach einer Elternschaft bzw. Auszeit. Als Sogfaktoren für Personen mit Migrationshintergrund wirken die geringen Qualifikationsanforderungen des Altenpflegerischen Berufsstandes. Auch Interessierte ohne entsprechenden Schul- oder Berufsabschluss können Anstellung in einer Altenpflegeinstitution finden. Das Kenntnisprofil, d. h. jene Kenntnisse, die in der täglichen Arbeit besonders benötigt werden, stellt (bis auf medizinisches Wissen und Können) keine besonderen Anforderungen dar (BIBB/IAB-Erhebung 1998/99). Daneben können die freien Optionen auf Arbeitsplätze (v. a. in Ballungsbereichen und Großstädten) sowie die allgemeine Attraktivität des Altenpflegeberufes (sichere Arbeitsstellen, nach Ausbildung günstige Übernahmechancen) als anziehend ausgelegt werden.

VertreterInnen der zweiten oder dritten Generation der Einwandererfamilien finden vermehrt Ausbildungs- oder Arbeitsstellen im Frauenarbeitsmarkt Gesundheitswesen (vgl. BMFSFJ 2000: 151). Da beispielsweise ZuwanderInnen aus der Türkei und dem ehemaligen Jugoslawien auch in der zweiten Generation signifikant hohe Werte bei Personen ohne Schulabschluss respektive ohne Ausbildung vorweisen (vgl. Statistisches Bundesamt 2004: 578), begründet das den Trend zu einer Beschäftigung in der Altenhilfe. V. a. für die HelferInnenentätigkeiten sind die notwendigen schulischen Voraussetzungen als gering zu erachten.

Zusätzlich haben Personen, die aus der Gruppe der SpätaussiedlerInnen stammen, vielfach an arbeitsmarkt-integrierenden Maßnahmen der Bundesagentur für Arbeit (BA) teilgenommen und können folglich vermehrt im Pflegesektor tätig werden. Spezifische Nachfragen bei der Bundesagentur für Arbeit erbrachten keine konkreten Zahlen. Werden jedoch die statistischen Werte der arbeitslosen Spätaussiedler aus den Jahren 2000 bis 2004, nach denen mehr als 30% dieser Gruppe beschäftigungslos waren (IAB-Kurzbericht 8/2007), mit den Maßnahmen zur Förderung der beruflichen Weiterbildung der Bundesagentur in Beziehung gesetzt, so ergeben sich nachvollziehbare Rückschlüsse.

se: von 2000 bis 2003 wurden über 50.000 arbeitslos gemeldete Personen gefördert, so dass über zwei Drittel der überwiegend weiblichen TeilnehmerInnen für eine Tätigkeit im Pflegebereich als Altenpflegerin bzw. Altenpflegehelferin ausgebildet wurden (IAB-Forschungsbericht 11/2005). Und ganz allgemein heißt es im Vierten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung (BMG 2007: 65): „Die Bundesagentur für Arbeit (BA) hat durch die Förderung der Teilnahme an Weiterbildungsmaßnahmen in der Altenpflege einen erheblichen Beitrag zur Deckung des Fachkräftebedarfs geleistet. Im Jahr 2004 befanden sich 22.061 UmschülerInnen in der Altenpflegeausbildung“.

Auch die politischen Initiativen im Zuge des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes sind in diesem Kontext von Bedeutung. Mit Inkrafttreten im Juli 2008 wurden zusätzliche Betreuungsleistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (v. a. dementiell Erkrankte) im stationären Altenhilfesektor ermöglicht. Durch Fördermaßnahmen der Agenturen für Arbeit wurden auch zahlreiche arbeitsuchende Personen im Rahmen von 160-Stunden-Qualifikationskursen für diese neue niederschwellige Tätigkeit ausgebildet. Seit Juli 2008 sind innerhalb eines Jahres rund 11.000 Arbeitsplätze für diese zusätzlichen Aktivierungs- und Betreuungsleistungen geschaffen worden (BMAS 2009).

Für manche deutsche arbeitssuchende Frau erscheint es in diesem Zusammenhang eher hinderlich zu sein, sich für einen Beruf zu begeistern und zu engagieren, der im Vergleich zu anderen Berufsgruppen ein signifikant niedriges Prestige vorzuweisen hat (Voges 2001: 54) – auch vor dem Hintergrund der seit Ende 2008 geführten Mindestlohndiskussion für den Altenhilfebereich. Für Frauen mit Migrationshintergrund sind die oben angeführten Schub- und Sogfaktoren sowie die geringen Zugangsvoraussetzungen jedoch von Relevanz, Imagefragen bzw. „Oberflächenphänomene“ (Voges 2001: 54) spielen wohl eine eher untergeordnete Rolle.

Zusammenfassend sei nochmals erwähnt, dass seit dem Beginn der 90er Jahre eine Vielzahl von Menschen mit differentem Migrationshintergrund in der bundesdeutschen Altenpflege eine Anstellung gefunden hat. Und auch zukünftige Ansätze zur Erschließung von Personalreserven sehen neben einer zeitlichen Verkürzung der Schul- und Berufsausbildung, einer Erhöhung des Renteneintrittsalters oder der Ausweitung weiblicher Erwerbstätigkeit, auch eine arbeitsmarktorientierte Zuwanderung als geeignete Option, um den Erfordernissen des Arbeitsmarktes und dem höher gewordenen Bedarf an Arbeitskräften in diesem Bereich gerecht zu werden (z. B. IAB-Werkstattbericht

4/2001; Zimmermann / Hinte 2005: 102).

Analog sind sich vorhandene Studien hinsichtlich des zukünftigen Wanderungspotentiales durch die EU-Erweiterung einig, dass die Bundesrepublik auch in Zukunft das meistfrequentierte und präferierte Land für ArbeitsmigrantInnen sein wird (vgl. BMI 2004: 103). Die unabhängige Kommission „Zuwanderung“ (Süssmuth-Kommission), die sich mit dem Thema Arbeitsmigration beschäftigt hat, kommt im Jahre 2004 in ihrem Modell einer arbeitsbezogenen Zuwanderung zu der Empfehlung, ZuwanderInnen in den tertiären Sektor des Arbeitsmarktes zu integrieren, indem der bisher erschwerte Zugang in den Gesundheitsbereich erleichtert wird. Ein erster Schritt zur Umsetzung wurde aktuell vollzogen und ist von heftiger Kritik begleitet, indem die Zugangsvoraussetzungen zur Alten-, (Kinder)Gesundheits- und Krankenpflege-ausbildung auch für Hauptschulabsolventen (nach zehn Jahren allgemeinbildender Schule) geöffnet wurden. Elementare Bedeutung im Zusammenhang mit dem Pflegesektor haben auch Überlegungen der Europäischen Kommission, die nationalen Dienstleistungsmärkte hürdenfrei für den Wettbewerb zu öffnen.

3.2.3 Bevölkerungszahl und Migration in Bayern

Am 31.12.2007 waren in Bayern (bestehend aus den Regierungsbezirken Niederbayern, Oberbayern, Oberfranken, Mittelfranken, Unterfranken, Oberpfalz und Schwaben) rund 12,5 Millionen Einwohner amtlich gemeldet (Bayerisches Landesamt für Statistik 2008: 2). Darunter fielen 2,36 Millionen Menschen, die einen Migrationshintergrund aufweisen was einem Bevölkerungsanteil von 18,9% entspricht (Bundesministerium des Inneren 2008: 195).

Laut dem Migrationsbericht 2007 (BMI 2008: 224) waren von 1998 bis 2007 für Bayern rund 1,32 Millionen Zuzüge zu verzeichnen, von denen rund 1,13 Millionen Menschen unter die Gruppe Ausländer subsumiert wurden. D. h. 86% der ImmigrantInnen waren Ausländer.

Dabei wurde die Zuwanderergruppe der Spätaussiedler über eine spezielle Kontingentierung auf alle 16 Bundesländer verteilt. Bei diesem Verfahren des Bundesverwaltungsamtes war Bayern das Bundesland, in dem die zweitgrößte Personenzahl nach den Aufnahmemodalitäten untergebracht wurde. In den Jahren 2000-2002 waren dies rund 41.000 Menschen, mehr als die Hälfte von ihnen waren Frauen (vgl. Bundesministerium

des Inneren 2003: 21ff).

Die für die Untersuchung relevanten Regierungsbezirke Oberpfalz und Niederbayern weisen für das Jahr 2007 eine Bevölkerungszahl von 1,1 bzw. 1,3 Millionen EinwohnerInnen auf und gehören damit zu den weniger dicht besiedelten Regionen. Die Arbeitslosenquote lag zu diesem Zeitpunkt bei 5,7 bzw. 5,1% (Bayerisches Landesamt für Statistik 2008: 16).

3.2.4 Arbeitsmarkt in Bayern

Ende 2007 waren insgesamt 606.000 ausländische Personen in Bayern erwerbstätig, von denen 220.000 wiederum in einem Angestelltenverhältnis tätig waren (einschließlich Auszubildende in technischen und kaufmännischen Lehr- und Anlernberufen). Bayernweit waren 222.000 Frauen mit ausländischer Nationalität am Erwerbsleben beteiligt (Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung 2008: 6). Gegenüber den statistischen Auswertungen aus dem Jahr 2000 zeigen sich bei allen angeführten Kriterien angestiegene Zahlenwerte. Vier Jahre zuvor lebten z. B. nur ca. 1,1 Millionen Ausländer zu diesem Zeitpunkt in Bayern (Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung 2001).

Nebenbei ist zu erwähnen, dass die Statistik für das Jahr 2007 1.340 Altenpflegeeinrichtungen in Bayern ausweist (Bayerisches Landesamt für Statistik 2008a).

Um die nationale Situation für Bayern zu konkretisieren, wird eine Studie des Deutschen Caritasverbandes e.V. aus dem Jahre 2003 zitiert. Im Fokus stand die Verwirklichung des Gleichstellungs- und Gleichbehandlungsgrundsatzes innerhalb der eigenen Mitarbeiterschaft. Zur Bearbeitung der Fragestellung wurde vorab die Beschäftigungsstruktur des Jahres 2000 dokumentiert. Von den insgesamt 480.000 beschäftigten MitarbeiterInnen waren 22.000 ausländischer Nationalität. Bundesweit waren ca. 82.000 Beschäftigte in der Caritas-Altenhilfe tätig. Interessant ist jedoch die Aussage, dass eine bekannt hohe Quote von beschäftigten AussiedlerInnen in den Alten(pflege)heimen quantitativ nicht zu erfassen sei, wobei die zur qualitativen Befragung herangezogenen Institutionen Höchstwerte von 50-70% an Beschäftigten mit Migrationshintergrund aufwiesen (Deutscher Caritasverband 2003: 29ff).

Dies bedeutet, dass auf eine viel höhere Zahl von Personal mit Migrationshintergrund im Fachbereich Altenhilfe der bayerischen Diözesen des Caritasverbandes zu schließen

ist, als die rund 8700 Personen, die für die bayerischen Diözesen statistisch aufgeführt sind.

Die letzte Schlussfolgerung wird auch belegt durch die Diözese München, in der laut Verband, die ausländischen Pflegekräfte mehr als ein Viertel der Beschäftigten in den Krankenhäusern und Heimen der Altenhilfe darstellen (a. a. O.: 35).

Ein statistisch präzises Bild von Bayern zu liefern, wird durch fehlende Trennschärfen bzw. die statistischen Einschränkungen der Erfassungsmethoden und Differenzierungskriterien ersichtlich. Die Statistik kategorisiert weiterhin aufgrund der Staatszugehörigkeit und ignoriert die Vielzahl jener Menschen, die zugewandert sind oder über einen Migrationshintergrund verfügen. Die Folge sind numerische Erfassungen, deren Aussagekraft Interpretationsspielräume zulässt und die somit als wenig zuverlässig zu betrachten sind.

Abschließend ist festzustellen, dass aufgrund der soziodemografischen Daten und den allgemeinen situativen Arbeitsmarktbedingungen, eine hohe Zahl von Personen mit Zuwanderungsgeschichte in der stationären Altenpflege Beschäftigung gefunden hat.

Genaue statistische Erkenntnisse sind aufgrund der dargestellten Erfassungsunzulänglichkeiten nicht möglich. Denn weder die bundesweit aktiven Trägerverbände, die Bundesagentur für Arbeit, einzelne Alten(pflege)einrichtungen noch wissenschaftliche Monografien verfügen über umfassende Daten bezüglich der multiethnischen Konstellation von Beschäftigten. Zukünftige personalstatistische Erfassungen sollten somit der geschilderten Entwicklung in diesem Sektor Rechnung tragen und eine Erfassung von Personen mit bzw. ohne Migrationshintergrund einführen.

Unabhängig von genauen statistischen Erfassungen wird jedoch angesichts der zunehmenden Fachkraftproblematik in der Pflege (Stichwort Personalmangel) deutlich, wie elementar eine Auseinandersetzung mit diesem Thema im Hinblick auf die personelle Nachwuchssicherung ist, besitzt doch nahezu ein Drittel der Kinder unter zehn Jahren einen Migrationshintergrund (Rühl 2009: 24).

3.3 Die Multikulturelle Gesellschaft Deutschlands

Die Bundesrepublik ist eine multikulturelle Gesellschaft, in der Menschen mit differie-

render Sprache, Kultur, Nationalität, Ethnie, Religion und Herkunft zusammen leben. Sie ist das Ergebnis des Zuwanderungsgeschehens.

Um ein Zusammenleben von Menschen in einer Gesellschaft mit dieser Pluralität an unterschiedlichen Sprachen, Traditionen, religiösen Bekenntnissen, Wertvorstellungen, Staatsangehörigkeiten, Sozialisationen und Lebensstilen zu gewährleisten, ist der Abbau von immer noch vorhandenen Diskriminierungen angezeigt. Insbesondere zugewanderte Angehörige aus unterschichtigen Milieus fühlen sich auch heute noch ausgegrenzt und isoliert – umgekehrt weist dieses Milieu aber auch die größten Integrationsdefizite auf (Wippermann / Flaig 2009). Umgekehrt ist die zwanghafte Anpassung unterschiedlicher kultureller Auffassungen und Verhaltensweisen an eine vorherrschende Kultur abzulehnen.

Für die ZuwanderInnen ist es unumgänglich, sich im von ihnen gewählten Lebensraum eine Existenz zu schaffen und Anschluss an die vorhandenen gesellschaftlichen Strukturen zu erlangen. Aus soziologischer Warte lassen sich für diese Eingliederungsversuche, bei denen eine immigrierte Minderheit auf eine vorhandene Mehrheit von Einheimischen trifft, unterschiedliche Dimensionen definieren:

1. Akkulturation
2. Assimilation
3. Integration

Diese Präzisierung der Anpassungsverläufe der Einwanderer geht auf Esser (1980: 20f) zurück, der in seiner Arbeit zur Wanderungssoziologie vor allem die Gemeinsamkeiten der beiden aufeinander treffenden Gruppen betont. Unter Akkulturation versteht er einen Prozess der Angleichung, bei dem Personen kulturelle Verhaltensweisen und Orientierungen erlernen und übernehmen. Assimilation bezeichnet den Zustand der Ähnlichkeit der Zuwanderer in Handlungsweisen, Orientierungen und interaktiven Verflechtungen zum Aufnahmesystem. Integration ist ein Gleichgewichtszustand, wo die Personen in einem System funktionieren und i. w. S. zufrieden sind.

Hoffmann-Nowotny (1973: 171) geht wiederum nur von zwei Begrifflichkeiten aus. Er bezeichnet mit Assimilation die Partizipation an der Kultur einer Gesellschaft. Durch eine Übernahme von kulturell üblichen Handlungsmustern kommt es zur Angleichung

an Sprache oder Wertesystem. Unter Integration versteht er die Partizipation an dieser Gesellschaft über die Besetzung von institutionalisierten Positionen. Teilhabe können ZuwanderInnen dabei über Bildung, Einkommen, Berufstätigkeit oder Wohnstatus erhalten. Weiter wird von ihm dargelegt, dass der Vorgang der Assimilation eine Funktion der Integration ist, dass also Einwanderer, die nicht integriert sind, sich auch nicht assimilieren (ebd.: 266).

Er sieht folglich die Bereitschaft zur Integration auf Seiten des aufnehmenden Landes als existentiell an und schließt daraus, dass ein Einwanderungsland erst Integrationsbereitschaft und entsprechende Integrationsleistungen aufweisen muss, um eine Teilhabe an der Kultur zu ermöglichen (1987: 61). Bestätigung findet diese These in einer Studie von *sinus sociovision* (Wippermann / Flaig 2009), in der quer durch alle Migrantenumilieus die mangelnde Integrationsbereitschaft und das geringe Interesse der (deutschen) Mehrheitsgesellschaft an den Menschen mit Zuwanderungsgeschichte beklagt wird.

Daraus lässt sich ableiten, wie wichtig die Bereitschaft und das Engagement der autochthonen Bevölkerung sind, um gelungene Integrationsprozesse zu initiieren.

Ebenso wichtig ist jedoch auch die Bereitschaft auf Seiten der ZuwanderInnen, selbst einen Beitrag und eine Leistung zu erbringen, um die Voraussetzungen zur sozialen Eingliederung in die Gesellschaft positiv zu gestalten. Die oben angeführte Studie führt diesbezüglich vorwiegend die Beherrschung der Deutschen Sprache an, was von den Zugewanderten auch zu 85% bestätigt wird: ohne die deutsche Sprachkompetenz kann eine Person mit Migrationshintergrund kaum gesellschaftlichen Erfolg haben. Aber auch ein „Bildungsoptimismus“ (Wippermann / Flaig 2009: 11) begünstigt die Etablierung in der Gesellschaft, denn je höher das Bildungsniveau und je urbaner die Herkunftsregion eines zugewanderten Menschen ist, desto leichter und besser gelingt dieses Vorhaben.

3.4 Die Bedeutung von Ethnizität

Treibel (1990: 161) hält fest, dass die Beziehung zwischen den MigrantInnen durch Status der einheimischen Individuen, die ethnischen Orientierungen und Neubildungen der ZuwanderInnen, sowie durch die relativen Machtunterschieden der beiden Gruppen

bestimmt wird.

Ethnisches Denken prägt das autochthone – allochthone Verhältnis und schon einer der soziologischen Gründerväter definierte in diesem Zusammenhang: „Wir wollen solche Menschengruppen, welche aufgrund von Ähnlichkeiten des äußeren Habitus oder der Sitten oder beider oder von Erinnerungen an Kolonisation und Wanderung einen subjektiven Glauben an eine Abstammungsgemeinsamkeit hegen [...] ethnische Gruppen nennen“ (Weber 1980: 297).

Ethnizität ist also ein Kriterium, das Zuschreibungen tätigt, wobei es von Mitgliedern einer bestimmten Gemeinschaft angewandt wird, die subjektiv davon überzeugt sind, Gemeinsamkeiten zu besitzen, welche sie von anderen absetzen und unterscheiden. Merkmale für solche Differenzierungen können Hautfarbe, Sprache, Religion, Kleidung respektive Mode u. Ä. sein, besonders geeignet sind demnach äußerlich sichtbare Anhaltspunkte. So erklärt wiederum Weber, dass „Unterschiede der Bart- und Haartracht, Kleidung, Ernährungsweise, der gewohnten Arbeitsteilung der Geschlechter und alle überhaupt ins Auge fallenden Differenzen [...] im Einzelfall Anlass zur Abstoßung und Verachtung des Andersgearteten geben (können, d. A.)“ (1980: 236).

Diese subjektive Überzeugung kann auf beiden Seiten ausgestaltet sein, wobei unterschiedliche Motive ausschlaggebend sind. Schon Ende der 60er Jahre stellten Elias / Scotson (1990: 8) in ihrer Untersuchung fest, dass sich Alteingesessene gegen Neuankömmlinge in einer englischen Siedlung abwehrend verhielten. In dieser Etablierten-Außenseiter-Figuration wurde die zugezogene Minorität als minderwertiger angesehen, und zwar von einer Mehrheit, deren gemeinsamer Konsens lediglich auf der längeren Wohndauer beruhte. Diese geringfügige Gemeinsamkeit reichte aber aus, um über Zuschreibungsprozesse die Neuankömmlinge negativ zu bewerten.

Darüber hinaus sehen sie das soziologische Alter (1990: 239) als ein relevantes Phänomen, das derartige Prozesse bedingen kann. Zu verstehen ist darunter die Präsenz, also die Existenz einer bestimmten Gruppe in einer Gesellschaft, wobei sich die länger ansässigen Gruppen gegenüber neuen bzw. neueren Zugewanderten abgrenzen und abschotten. Die Alteingesessenen stellen sich über eine andere Gruppe, was einerseits eine Zusammengehörigkeit und ein Wir-Gefühl bedingt, andererseits aber auch zu einer Abwertung der neu Zugezogenen führt. Diesen Glauben an eine gemeinsame Basis, mit der eigenen Überhöhung, bezeichnen Elias und Scotson als Gruppencharisma. Die Einstu-

fung der Zuwanderer mit ihrer Kultur usw. als minderwertig wird im Gegensatz dazu als Gruppenschande tituliert.

Neben dieser generellen Abgrenzung bzw. Abschottung bilden Ratlosigkeit, Ohnmacht und angstbesetzte Einstellungen auf Seiten der Einheimischen weitere wesentliche Motive für eine ethnische Orientierung (vgl. Hoffmann-Nowotny 1973: 151; Elias / Scotson 1990: 16).

Es wird deutlich, dass die reine Zugehörigkeit zu einer Nation kein Kriterium ist, welches Ausgrenzungs- oder Zuschreibungsprozesse nach sich zieht. Erst gemeinsame, subjektive Überzeugungen von Personen hinsichtlich gleicher Abstammung sowie gleicher qualitativer Merkmale und deren Unterscheidung zu anderen Personen führen zu ethnischen Differenzierungen. Dieser ethnische Gemeinsamkeitsglaube enthält immer eine intern bindende und extern abstoßende Komponente (Esser 1980: 119).

Es gibt aber auch Ansätze, die ethnisches Denken mit externen Grenzziehungen und gemeinsamen Abstammungsglauben zu widerlegen versuchen (z. B. Elwert 2001: 127). So verdeutlicht Beck-Gernsheim (2004: 41) in ihrem Blick auf die heutige Bevölkerung der Bundesrepublik, wie die modernen Lebensentwürfe und -formen der MigrantInnen an die deutschen Modelle angepasst sind: es gibt ähnliche Kernfamilienstrukturen, deren Teilnehmer im Austausch stehen; die Traditionen sind wichtig und werden gepflegt, sind aber mittlerweile modifiziert und als Identitätsgeber zu vernachlässigen. Alles in allem: die MigrantInnen sind nicht mehr so anders, so fremd, so auffallend.

Häufig finden sich die ZuwanderInnen in niedrigen gesellschaftlichen Schichten⁴ mit gering angesehenen Beschäftigungsmöglichkeiten wieder. Dort ersetzen sie Einheimische, die es geschafft haben, sich in eine höhere soziale Schicht zu verbessern. Diese Entwicklung wird als **Unterschichtung** bezeichnet. Gleichzeitig soll den ZuwanderInnen der soziale respektive berufliche Aufstieg erschwert werden, so dass sich die Alteingesessenen durch eine ausbleibende Konkurrenzlosigkeit für den Aufstieg leichter höhere Positionen sichern können (Hoffmann-Nowotny 1973: 51f).

⁴ Mit Hradil (2001: 353ff) werden unter Schichten Bevölkerungsgruppen verstanden, deren Einordnung in besser oder schlechter gestellt sich über Einkommen bzw. das Vermögen und vorhandenen Qualifikationen ergibt (unabhängig von der Bewertung der Mitmenschen). Schichteinteilung erfolgt demnach zunächst berufsorientiert; Dimensionen sind Qualifikation, Einkommen, Stellung im Beruf oder Prestige (ebenso Objekt der Tätigkeit, Aktivitätstypus, Instrumentierung, Branche); Schichtungen nach (Produktionsmittel-)Besitz, nach Alter, nach Generation, nach Region, nach Geschlecht, Bildung oder ethnischer Zugehörigkeit sind nachgeordnet und verlieren mitunter an Gewicht (z. T. nach Geißler 1990).

Sieht man den Zuzug von AussiedlerInnen im Kontext der Segmentierungstheorie des Arbeitsmarktes, so wird die Besetzung von belastenden, temporär befristeten, schlecht honorierten und voraussetzungsarmen Positionen mit MigrantInnen ebenfalls verdeutlicht (Greif et al. 1999: 82). Die eingewanderten Arbeitskräfte werden als Lückenbüßer deklariert, sind entsprechend unteren Segmenten des Erwerbslebens zugeordnet und einem hohen Risiko der Erwerbslosigkeit ausgesetzt. Diese Annahme betrifft nach dieser Theorie auch hoch qualifizierte ZuwanderInnen, die im Einwanderungsland sowohl einem beruflichen als auch einem sozialen Abstieg ausgesetzt sind, wenn sie keine vergleichbaren Positionen einnehmen können.

Die Beschäftigung im Bereich der Altenhilfe zeigt folgende Merkmale: die Versorgung wird überwiegend von Frauen (85% der in Pflegeheimen Tätigen) in einem Teilzeitarbeitsverhältnis (zu 59%) ausgeführt (vgl. Statistisches Bundesamt 2011). Laut der Gewerkschaft Ver.di (verdi-drei 2008) sind nur noch 23% der Pflegeheimträger tariflich gebunden und entlohnen dementsprechend meist untertariflich. So stellt – in Anlehnung an die allgemeinen Variablen zur Bewertung einer Beschäftigung⁵ – die Tätigkeit im Pflegebereich eine gering bezahlte (vgl. die anhaltende Mindestlohn-debatte seit 2008), gesellschaftlich kaum angesehene Erwerbsmöglichkeit (vgl. Voges 2001) dar, die teilweise schon mit Zeitarbeitsfirmen erbracht wird und relativ wenige Aufstiegsmöglichkeiten beinhaltet.

So erscheint es logisch, dass Personen mit Migrationshintergrund auch in diesem Sektor Anstellung finden, wobei die Situation auf dem Arbeitsmarkt m. E. generell für ausländische Personen signifikant schlechter ist (u. a. Bremer 2001: 100).

Ver.di spricht in diesem Kontext aktuell bei Altenpflegerinnen bundesweit von einem 18prozentigen Anteil mit eigener Migrationserfahrung, für Krankenpflegerinnen liegt dieser bei circa 12 und für Krankenpflegehelferinnen bei rund 16 Prozent (Steffen 2010).

⁵ Allgemeine Faktoren, nach denen eine Beschäftigung bewertet wird:

1. Einkommensniveau und Lohnsystem;
2. Qualifizierung und Aufstiegschancen;
3. Einfluss und Handlungsspielraum;
4. Erwerbslosigkeitsrisiko;
5. Gesellschaftliche Wertung bzw. Sozialprestige der Tätigkeit (Greif 1985: 102).

Das beschriebene Phänomen der Unterschichtung steht im Kontext des Altenhilfebereiches auch in einem direkten Zusammenhang mit politischem Handeln.

Osteuropäischen EinwanderInnen wurde und wird es nur auf komplizierten Wegen ermöglicht, für schon im Heimatland erworbene berufliche oder akademische Abschlüsse eine bundesdeutsche Anerkennung zu erhalten. Viele der immigrierten Arbeitskräfte konnten in der Folge nicht in ihrem ursprünglichen Beruf tätig werden (z. B. als Lehrkräfte). Die formalen Verfahren der Verwaltung, um beispielsweise zu einer Akzeptanz eines im Ausland erworbenen Hochschulabschlusses zu gelangen, sind zeitraubend und hürdenreich. Während der Anerkennungsverfahren ist wenig oder kein Einkommen zu erzielen, da entweder der Beruf nicht legitim ausgeübt werden kann oder spezielle Praktika vor einer endgültigen Anerkennung zu durchlaufen sind. Oft mündet dies in der Entscheidung, die ursprüngliche Berufung ruhen zu lassen (Maur 2003: 25). Denn „in Deutschland hängen Anerkennungsmöglichkeiten von der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Migrantengruppe, vom Beruf und vom Bundesland ab, in dem die potenzielle Antragstellerin bzw. der Antragsteller wohnt. Im Rahmen der Bildungshoheit sind die Bundesländer für die Anerkennungsverfahren zuständig“ (Englmann 2009:19). Jedes Bundesland übt dementsprechend eine abschlusspezifisch zuständige Verwaltungspraxis zur Anerkennung von im Ausland erworbenen Bildungsabschlüssen aus.

Für MigrantInnen, die über entsprechende fachliche Qualifikation in der Pflege verfügen, aus Nicht-EU-Staaten gilt eine professionelle Ausübung ihres Berufes nur unter Restriktionen. Im Rahmen der Heimpersonalverordnung in Bayern beispielsweise sind von den Pflegekräften, deren ausländischer Abschluss im wesentlichen mit deutschen Fachausbildungen zu vergleichen ist, sechsmonatige Praktika in einer stationären Alteinrichtung abzuleisten. Parallel ist eine gebührenpflichtige Fortbildungsmaßnahme zu besuchen. Wurden die zwei vorgesehenen Module erfolgreich durchlaufen, so sind die Absolventen dennoch nicht berechtigt, die in Deutschland üblichen Berufsbezeichnungen (Krankenschwester/-pfleger, Gesundheits- und Krankenpfleger/In, Altenpfleger/In, Kinderkrankenschwester/-pfleger) zu führen (vgl. Bayerisches Staatsministerium 2002).

Bei vielen in Deutschland – Einheimischen wie Menschen mit Migrationshintergrund – herrscht die Meinung vor, dass die immigrierten AussiedlerInnen privilegiert behandelt werden. So sind die ZuwanderInnen aus dem Osten de iure deutsche Staatsbürger mit

den dazugehörigen Ansprüchen und Rechten (z. B. Wahlrecht). Ebenso wurden dieser Gruppe staatlich finanzierte Sprachkurse oder Geldleistungen (Eingliederungsgeld, Eingliederungshilfe, Lebensunterhaltskosten bei berufsqualifizierenden Fortbildungs- oder Umschulungsmaßnahmen) nach ihrer Ankunft zugestanden, wenn der Umfang der Vergünstigungen auch über die letzten Jahre erheblich reduziert wurde. Spannungen und Konflikte zwischen jungen Aussiedlern und Jugendlichen der dritten Migrantengeneration (v. a. Türken) waren die zu verzeichnende Konsequenz (vgl. Bade / Oltmer 1999: 34). In Anbetracht der multiethnischen Teamkonstellationen in der Altenhilfe können derartige Hintergründe u. U. auch Einfluss auf das Beziehungsgefüge bei den MitarbeiterInnen nehmen.

Es wird deutlich, dass die Durchdringung der Mitarbeiterschaft im Altenhilfesektor mit unterschiedlichsten Nationalitäten weiter fortgeschritten ist als es die statistische Datenlage widerspiegelt. Aus dieser Tatsache können verschiedene ethnisch bedingte Prozesse und Phänomene resultieren, die Einfluss auf das Beziehungsgefüge der dort Tätigen nehmen.

4. Der Pflegebereich alter Menschen in Deutschland

4.1 Pflege als Sorge um den alten Menschen

Altenpflege umfasst die Pflege und Betreuung von hoch betagten Menschen in stationären Einrichtungen oder in ihrer zur Verfügung stehenden Häuslichkeit. Die bisherigen Institutionen Altenwohnheim, Altenheim und Altenpflegeheim, in denen die mehr oder weniger hilfebedürftigen SeniorInnen untergebracht wurden, haben sich in den letzten Jahren jedoch gewandelt. Die betroffenen Personen bevorzugen es, ihren Lebensabend möglichst lange außerhalb institutioneller Pflege zu verbringen, so dass weitestgehend Pflegeheime für erwachsene (es gibt auch junge Pflegefälle z.B. Wachkomapatienten nach Verkehrsunfällen) und alte Menschen die Pflegelandschaft prägen. Weniger auf Unterstützung angewiesene Ältere können sich zuhause ambulant betreuen lassen oder nehmen Angebote von Diensten in neueren Wohnformen wie Betreutes Wohnen bzw. Service-Wohnen oder Wohngemeinschaften wahr. In der Folge steigen das Morbiditätsrisiko und das Durchschnittsalter der Pflegeklientel in den Pflegeheimen an: mittlerwei-

le liegt das durchschnittliche Heimeintrittsalter bei rund 86 Jahren (Görgen 1999: 1) und circa 60% der zu versorgenden Bewohnerschaft weist eine dementielle Veränderung mit einer erheblichen Einschränkung der Alltagsgestaltung auf (BMFSFJ 2008). Der Fokus der Arbeit liegt folglich neben pflegerischen Aspekten vor allem auf der Betreuung der Bewohnerschaft, so dass eine sinnvolle und abwechslungsreiche Tagesgestaltung ermöglicht wird, die auf die jeweilige Person zugeschnitten ist. Zusätzlich wird hauswirtschaftliche Versorgung und eine optimierte Verpflegung angestrebt.

In der Altenpflege ist die Interaktion von Menschen ausschlaggebend. „Die einzigartige Funktion der Pflege besteht darin, dem kranken oder auch gesunden Individuum bei der Verrichtung von Aktivitäten zu helfen, die seiner Gesundheit oder ihrer Wiederherstellung (oder auch einem friedlichen Sterben) förderlich sind und die es ohne Beistand selbst ausüben würde, wenn es über die dazu erforderliche Stärke, Willenskraft oder Kenntnis verfügte“ (Henderson 1997: 42). Die Beziehungsprozesse zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen / Hilfsbedürftigen laufen dabei auf verschiedenen Ebenen ab. Es geht nicht nur um eine Wechselbeziehung mit physischen oder manuellen Komponenten, sondern auch um eine gelungene Ausgestaltung des sozialen Austausches mit emotionalen und kommunikativen Faktoren. Die Pflegebeziehung lässt sich einerseits altruistisch überspitzt als ein "verstehend-liebend-handelndes In-Beziehung-Treten" (Juchli 1987: 88) formulieren, was in den alltagspraktischen Gegebenheiten in den Institutionen nur sehr schwer zu realisieren sein dürfte. Denn knapp bemessene und über die Entgelte refinanzierte Personalschlüssel führen zu Zeitdruck, Hektik, Eile und z. T. krankheitsbedingten Ausfällen, so dass für zeitintensive Betreuungsbeziehungen oft kaum Zeit und Ressourcen zur Verfügung stehen.

Darüber hinaus reduziert sich die Verweildauer der Pflegebedürftigen nach deren Einzug in eine stationäre Einrichtung: 50% der Männer sind nach 11 Monaten, 50% der Frauen sind nach 23 Monaten verstorben (Amt für Statistik Freiburg 2004). So hat sich seit dem Jahre 1994 die durchschnittliche Verweildauer von 56 Monaten auf rund 330 bis 400 Tage verringert (vgl. BMFSFJ 2008: 2; Avivre-Consult 2007: 8). Diese Verweildauer lässt nur einen wechselseitigen Beziehungsprozess von kurzer Dauer zu. Die professionelle Pflegeperson soll aber über eine empathische Kompetenz verfügen, deren Ausbildung bei so kurzen Zeiträumen schwierig umzusetzen sein dürfte.

Aus beschäftigungspolitischer Sicht lässt sich Pflege als ein Humandienst titulieren, al-

so als ein Beruf, der auf Erhaltung der Gesundheit oder die Erhaltung und Erweiterung von Humankapital abzielt (vgl. Krupp 1999: 23). Andere Interpretationen betrachten die Pflege als eine soziale Dienstleistung (z. B. Schäffler et al. 2000: 2). Im Rahmen des Qualitätsmanagements wird Pflege als eine personenbezogene Dienstleistung und immaterielles Produkt bezeichnet. Im Unterschied zu handfesten Waren bzw. Gütern sind Pflegeleistungen nicht lagerfähig und werden folglich bei der Produktion unmittelbar vollzogen. Die Pflegekraft ist gleichzeitig Produzent und Lieferant und hat demzufolge stets nur *eine* Möglichkeit, das Produkt optimal zu erzeugen, denn es besteht keine Rücknahmeoption. Bei der Erstellung des Produkts Pflege durch die personenbezogenen Dienstleister sind immer weitere „Mitspieler“ beteiligt: der mehr oder weniger mitwirkungswillige Kunde bzw. Bewohner oder Pflegebedürftige, die Küche, die Hauswirtschaft und die KollegInnen im Pflorgeteam. Eine Annäherung an die Thematik Pflege aus dieser Perspektive unterscheidet sich elementar von früheren, bedürfnisorientierten Herangehensweisen, in denen das Bild des Pflegeberufes als mütterliche Fürsorge beschrieben wurde (u .a. Henderson 1960).

Wie sich auch immer das Bild des Berufes gestaltet, so ist es letztendlich entscheidend, den Empfänger einer Hilfsmaßnahme in seiner Komplexität aus Körper (Organe, Nervensystem), Seele (Wahrnehmung, Emotionen) und Geist (Glaube, Erkennen) wahrzunehmen, zu akzeptieren und auf seine spezifischen Bedürfnisse einzugehen.

Die Pflgetätigkeit umfasst drei Elemente. Erstens wird von direkter Pflege gesprochen, wenn Maßnahmen vollzogen werden, die sich an den Aktivitäten des täglichen Lebens eines Menschen orientieren (Waschen, Kleidungswechsel, Nahrungsaufnahme etc.). Zweitens werden Schulungen, Fortbildungen, Qualifikationsangebote, d. h. Pflege-management als indirekte Pflege bezeichnet. Die Mitarbeit an ärztlicher Therapie und Diagnostik (ehemals Behandlungspflege) bildet die dritte Kategorie.

In der Praxis wird meist das System der Bezugspflege umgesetzt. Das bedeutet, eine Pflegekraft steht konstant für einen definierten Bereich auf einer Station mit den darin lebenden BewohnernInnen als Bezugsperson und Ansprechpartner zu Verfügung und trägt dafür Verantwortung, dass die Versorgung, die Alltagsgestaltung, der Angehörigenkontakt, die Problemlösungen optimal geleistet werden. Bezugspflege, die auch als Qualitätskriterium für den Arbeitsablauf in der Altenpflege gilt, erfährt ihre optimale Umsetzung, wenn Personal mit umfassenden Qualifikationen und Kompetenzen vorhanden ist.

Die soziale Dienstleistung Pflege umfasst eine zeitliche Dimension, die von Seiten der Empfänger, also der im stationären Umfeld lebenden BewohnerInnen, i. d. R. erst durch den Tod beendet wird. Die Versorgung der Pflege- und Hilfsbedürftigen ist 24 Stunden am Tag, sieben Tage die Woche und 52 Wochen im Jahr zu gewährleisten. Die personale Präsenz von Pflegekräften wird im Schichtdienst geregelt, wobei ein Dreischichtsystem aus Früh-, Spät- und Nachtdienst besteht. Innerhalb dieser Dienstzeiten ergeben sich täglich Neuerungen, Vorkommnisse, Veränderungen jeglicher Art. Der tägliche Ablauf der Schichten ist ein Kreislauf, bei dem die MitarbeiterInnen innerhalb einer Dienstzeit auf die Tätigkeiten und Ergebnisse der vorhergehenden Schicht angewiesen sind. Zur Vermeidung von Missverständnissen, Pflegefehlern, Irritationen oder Wissensdefiziten übergibt jede Schichtbesetzung all ihre Informationen von Relevanz an die sie ablösenden KollegenInnen der Folgeschicht. Hier sind kommunikative Austauschprozesse unersetzlich, um Informationsverluste bezüglich der Arbeit zu verhindern.

4.2 Zur Geschichte der Altenpflege

Abgesehen von wenigen Ausnahmen, in denen Völker ihre alten Menschen nicht geachtet, sondern zur Sicherung des Fortbestandes des Stammes getötet oder ausgesetzt haben, war es in fast allen früheren Kulturen so, dass die älteren Menschen versorgt und bis zum Tode gepflegt wurden. Aufgrund der damaligen hohen Säuglings- und Kindersterblichkeits sowie der hohen Gefährdungen des Lebens haben nur wenige Menschen ein höheres Alter erreicht. Auf die Gesamtbevölkerung berechnet, dürfte der Anteil der über 60-jährigen bis in das Mittelalter hinein unter ein Prozent gelegen haben. 1958 waren es in der Bundesrepublik ca. 10%, derzeit sind es ca. 25% (Statistisches Bundesamt 2008a: 42; eigene Berechnungen). In früheren Zeiten war es nicht üblich, sich im Alter zur Ruhe zu setzen und so wurde prinzipiell bis zum Tode gearbeitet. Auch gegen Alterskrankheiten konnte kaum etwas unternommen werden, so dass der Tod meist rasch erfolgte.

Im früher vorherrschenden System der Großfamilie lebten mehrere Generationen unter einem Dach und fungierten als Arbeitseinheit (v. a. in Landwirtschaft und Handwerk), da wegen der niedrigen Einkommen jede Arbeitskraft benötigt wurde. Noch 1939 kamen in Deutschland auf 1000 Erwerbstätige 106 Rentner – 1975 waren es bereits 300. Somit existierte früher nur ein kleiner Kreis, der für eine öffentliche Altenhilfe, sei es in offener oder geschlossener Form, in Betracht kam. Meist waren es allein stehende Se-

niorInnen, die unverheiratet oder völlig verarmt waren. Dieser Kreis von Alten, Kranken, Schwachen, Fremden und Alleinstehenden war auf die allgemeine Fürsorge angewiesen. Zum Ende des vorigen Jahrhunderts setzte eine bis heute anhaltende Veränderung ein.

Früher widmeten sich so genannte Jungfrauen, Witwen und Diakone dem fürsorgenden Dienst am Nächsten und stellten damit Hauspflege und Speisungen sicher. Das Ideal der Nächstenliebe durch die praktizierte „Caritas“, dem Dienst am Menschen, war hierbei das vorherrschende Motiv. Vorläufer der heutigen stationären Einrichtungen waren die so genannten Xenodochien d. h. Beherbergungsmöglichkeiten für Fremde, die ab dem Jahr 300 n. Chr. entstanden. Dort fanden Kranke, Pilger, Alte, Siechende, Waisen und Findelkinder eine Bleibe (Möller / Hesselbarth 1998: 16).

In den folgenden Jahrhunderten verlagerten sich die Pflege und Sorge für Not leidende Menschen immer mehr in die Klöster. Ab dem 7. Jahrhundert hatten in Deutschland viele Klöster ein eigenes Hospital, das im Allgemeinen aus zwei Teilen, dem Hospiz für vornehme Fremde und Durchreisende und dem "Hospitale pauperum" für bedürftige und arme Kranke bestand. Oftmals hatten diese Armen-Spitäler einige Dauerinsassen (zwölf im Hinblick auf Christus und die Apostel).

Die zahlreichen Verwaltungsaufgaben, die die Arbeit im Hospiz mit sich brachte, wurden oft an Laien übertragen, während die reine Krankenpflege den Mönchen und Klosterfrauen oblag. Später übernahmen diese Aufgaben die Ritterorden Mitteleuropas (in Verbindung mit den Kreuzzügen): Deutschherren, Johanniter- und Malteser-Orden.

Zusätzlich entstanden im Mittelalter die Pflegeorden, z. B. die Franziskaner, gegründet von Franz von Assisi (1182 - 1226). Im 13. Jahrhundert war vor allem der "Orden vom Hl. Geist" engagiert, der zahlreiche Armen- und Altenpflegeeinrichtungen (Hl. Geist-Spitäler) in sehr vielen Städten gründete. Neben den alten Menschen wurden dort auch Kranke, besonders Geisteskranke, aufgenommen. Die Hospitäler besaßen große, kirchenräumliche Säle, mittig einen Altar, die Betten der Bewohner waren längs entlang der Wände (oft mit Vorhängen abgeteilt) aufgestellt. Wenngleich die Verwaltungen oft auch an Städte und deren Bürgerschaft übergingen, blieb die klösterliche Zucht, die in diesen Häusern vorherrschte, meist unverändert bestehen. Den Unterhalt für die Spitäler mussten die Städte übernehmen, unterstützt von mildtätigen Stiftungen reicher Bürger, womit z. B. Brot, Wein oder Heizmaterial finanziert wurden. Als Konsequenz ihrer

Doppelfunktion als Krankenhaus und Altenheim, wurden die Hospitäler meistens außerhalb der Stadtmauern angelegt, um die Übertragung von Krankheiten zu verhindern. Die Durchschnittsgröße dieser Häuser lag bei 20 bis 25 Betten, doch gab es auch größere Einrichtungen. Bürgerliche Spitäler wurden meist durch Stiftungen unterhalten, woraus eine neue Art von Belegung resultierte. Denn manch gut situierte Spender erkaufte sich entweder das Recht, seinen Lebensabend ohne Sorgen im Spital verbringen zu können oder er erstand eine so genannte Pfründe, mit der praktisch eine Versicherung für den Lebensabend abgeschlossen wurde (evtl. auch für Hausangestellte, die ein Leben lang der Familie gedient hatten). Allmählich entstanden statt des großen Schlafsaales kleine Einzelwohnungen für die potenten Pfründner (vgl. Möller / Hesselbarth 1998: 21).

Der 30-jährige Krieg brachte im 17. Jahrhundert viel Not und Elend und eine bis dahin unbekannte Mobilität der Bevölkerung, so dass vor allem viele alte Menschen allein zurückblieben, wenn die Kinder im Krieg umgekommen oder emigriert waren. Durch diese Not entstand auch ein Gesinnungswandel, nach dem alten und armen Menschen nicht mehr aus christlichen Motiven gedient wurde, sondern mehr allgemeine Hausordnungen und äußere Disziplin in die Häuser Einzug fand. Unterbringung und Versorgung erfolgte meist auf die einfachste und primitivste Weise, im Gegenzug wurde dafür meist noch ein hohes Pensum an Arbeit verlangt und die persönliche Freiheit beschnitten. Aus dieser Zeit resultiert wohl die tradierte Ablehnung eines "Alten- und Siechenhauses", denn oft bestand kein signifikanter Unterschied zwischen Altersheim, Gefängnis oder Arbeitshaus (staatlich initiierte Versorgungseinrichtung zur Bündelung des Arbeitspotenzials gesellschaftlicher Außenseiter).

Eine andere Art der sozialen Siedlung, eine Art Altenwohnheim, war die "Fuggerei" in Augsburg (um 1520). Sie war eine mildtätige Stiftung für schuldlos verarmte katholische Bürger der Stadt. Die meisten Wohnungen verfügten über drei Zimmer und eine Küche. Die Aufnahme eines Ehepaares in die Fuggerei erfolgte grundsätzlich auf Lebenszeit und kostete einen Gulden pro Monat (vgl. Seidler / Leven 2003).

Im Jahre 1633 wurde der Orden der Barmherzigen Schwestern mit der Hauptaufgabe, die Armen in der Gemeinde zu besuchen und zu pflegen, gegründet. Hier liegt der Beginn der offenen Altenfürsorge und Hauskrankenpflege.

Aufgrund eines neuen Armengesetzes bestand seit Beginn des 19. Jahrhunderts für viele Gemeinden die Pflicht, ein Haus für Bedürftige zu unterhalten, in dem Kranke, Alte, Gemeinschaftsunfähige, Unversorgte, aber auch Straffällige oder Geisteskranke Unterbringung fanden. Armenhaus und Altersheim waren identisch, nur dass es dort keine Pflege gab, sondern die Bewohner sich gegenseitig behelfen mussten. Daneben gab es auch Häuser, bei denen durch Stiftungen bessere Verhältnisse bestanden, vor allem durch viele Privat-Stiftungen. So nahmen die Kommunen der Städte zunehmend Einfluss auf die Altenfürsorge und die kirchliche Fürsorge ging allmählich zurück (vgl. Panke-Kochinke 2001).

Mitte des 19. Jahrhundert kamen dann die Zusammenschlüsse des Caritasverbandes und der Inneren Mission als kirchliche Verbände. Ebenfalls in der 2. Hälfte des vorigen Jahrhunderts entstand das Rote Kreuz, das sich zunächst nur Kriegsopfern widmete, später aber seine Fürsorge auch auf andere Kreise ausdehnte und heute auch Träger von vielen Alten- und Altenpflegeheimen ist. 1880 wurde der "Deutsche Verein für Armenpflege und Wohltätigkeit" ins Leben gerufen, der heute im "Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge" in Frankfurt fortbesteht.

Zur Verbesserung der Finanzierung wurde es vielfach den Heim-Insassen als Pflicht auferlegt, nach Möglichkeit die Pflege der Bettlägerigen solange durchzuführen, bis sie selber das gleiche Schicksal traf. Immerhin wurden seit Mitte des vorigen Jahrhunderts in größerem Umfang durch die Verbände Altenheime errichtet und allmählich auch modernisiert (vgl. Möller / Hesselbarth 1998: 57).

Nach dem Ersten Weltkrieg und der darauf folgenden Inflation, konnten viele Menschen nicht mehr arbeiten und hatten als Konsequenz zu geringe Renten zur Verfügung. Sie fielen notgedrungen der öffentlichen Fürsorge anheim, so dass sich ein erheblicher Bedarf an Altenheimplätzen ergab. Neue Heime, deren Unterhalt durch die bestehenden Sozialgesetze gesichert war, wurden gebaut. Die Raumgröße reduzierte sich auf Vier- bis Sechs-Bett-Zimmer, was für damalige Zeiten schon ein Fortschritt war. Mit der Errichtung von Volksküchen fand die offene Altenfürsorge ihren Ursprung. Die häufig ehrenamtliche Organisation der Einrichtungen führte darüber hinaus auch häufig zu einer guten Ausstattung der Räumlichkeiten (Möller / Hesselbarth 1998: 126).

Nach 1945 führten Zerbombung und die großen Flüchtlingsströme zu einer neuen Entwicklung. So entstanden bald nach dem Krieg an vielen Stellen Altenheime in Bara-

cken, um die größte Not zu lindern und um die alten Menschen überhaupt vor dem Hungertod zu bewahren. Vor allem ausländische Wohlfahrtsorganisationen gaben den Heimen in großem Umfang Lebensmittelspenden. Es entstanden Flüchtlings-Altenheime und allmählich stellte auch der Staat Geldmittel zur Verfügung, um einerseits die bestehenden Altenheime auszubauen und zu modernisieren, aber andererseits auch, um neue Einrichtungen zu bauen. Den größten Anteil auf diesem Gebiet hatten allerdings die Wohlfahrtsverbände, die erheblichen Aufwand zur Ausgestaltung der geschlossenen Altenfürsorge betrieben. Auch leer stehende Kasernen wurden in Altenheime umgewandelt, ebenso dienten von ihren Besitzern verlassene Schlösser oder Groß-Villen als Altenunterkünfte. In der Not der Nachkriegsjahre ähnelten die Einrichtungen in ihrer Ausstattung mit Mehrbettzimmern, Gemeinschaftstoiletten, engen langen Gängen und nüchternen Gemeinschaftsräumen vielfach den früheren Kasernen (Katscher 1989).

Erst seit Mitte der 50er Jahre kamen neue Überlegungen für den Altenheimbau auf. Man versuchte moderne, schöne Wohnräume und Personaltrakte zu gestalten, auch um gut ausgebildetes und erfahrenes Personal bleibend in den Häusern anzusiedeln.

4.3 Profession und Professionalisierung

Durch eine zunehmende Akademisierung seit Beginn der 90er Jahre des letzten Jahrhunderts wurden neue Lehrbereiche (Pflegepädagogik, Pflegemanagement, Pflegewissenschaft) erschaffen, Arbeitsabläufe und Methoden wurden analysiert und erforscht (basierend auf Florence Nightingales Erfassung des Wesens der Krankenpflege 1860), neue Theorien und Pflegemodelle entworfen (u. a. Modelle von Henderson 1997, Juchli 1987, Krohwinkel 1992, Orem 1997; 1997a; Roper et al. 1993).

Die Professionalisierung in der Pflege, auch in der Altenpflege, ist in vollem Gange. So haben Kenntnisse von Psychohygiene, Eigenreflexion oder Supervision in den Pflegeheimen Einzug gehalten, ebenso einrichtungsspezifisches Qualitätsmanagement mit qualitätssichernden Maßnahmen. Eine Begleiterscheinung der Verwissenschaftlichung auf der Wissens-, Handlungs- und Persönlichkeitsebene ist eine expansive Bürokratisierung und Dokumentationsflut. Die Entwicklung der Pflegedokumentation ist mittlerweile soweit fortgeschritten, dass beispielsweise die bayerische Staatsregierung ein Konzept zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation als Pilotprojekt ausgeschrieben hat. Eine erfolgreiche Umsetzung der gewonnenen Erkenntnisse zur Reduzierung der

überbordenden Bürokratie in der Alltagspraxis steht aber immer noch aus (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen 2005).

Aus haftungsrechtlichen und qualitätssichernden Gesichtspunkten ist es einerseits notwendig, den Pflegeprozess in einer Institution der Altenpflege transparent zu machen. So sind jegliche Leistungen, Maßnahmen, Wahrnehmungen, Vorkommnisse und Abweichungen zu dokumentieren sowie zukünftige Planungen und Therapiemodelle schriftlich zu entwickeln. Andererseits gilt es aus juristischer Perspektive, sämtliche Schutz- und Sicherungshandlungen sowohl ärztlich und richterlich genehmigen zu lassen als auch deren Verlauf und Handhabung nachweisbar festzuhalten.

Das Hauptmotiv zur schriftlichen Nachweisführung aller Tätigkeiten liegt allerdings bei der Vergütungssystematik der Pflegekassen. Über das Abzeichnen der pflegerischen Leistungen in diversen Schemata und Katalogen sowie die Ausformulierung der individuell zugeschnittenen Pflegeplanungen ergibt sich das Maß an Bedürftigkeit, welches dann entsprechend der vorhandenen Pflegestufe finanziell honoriert wird. Die Dokumentation der Leistung sichert also die Existenz der Einrichtung.

Pflegepersonen

Um neben den Dokumentationstätigkeiten auch generell den Anforderungen dieses "Beziehungsberufes" gerecht zu werden, wurden diverse Qualitätsmerkmale ausformuliert, über die eine Pflegeperson verfügen sollte. In diesem Kontext wird von Schlüsselqualifikationen gesprochen, also von "Fähigkeiten, die notwendig sind, um fachlich kompetente und der Situation angemessene Pflege leisten zu können" (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen 1999: 1). Die Fähigkeiten werden auf unterschiedliche Grundpfeiler pflegerischen Denkens und Agierens verteilt:

- **Fachkompetenz:** Kenntnisse und Fertigkeiten zur Bewältigung pflegespezifischer Aufgaben (Fachwissen);
- **Methodenkompetenz:** der Umgang mit Fachwissen, bzw. die Anwendung von Lern- und Arbeitsmethoden;
- **Sozialkompetenz:** Gestaltung des eigenen Verhaltens innerhalb eines Teams, der Umgang und Austausch mit KollegInnen;
- **Persönlichkeitskompetenz:** der Umgang mit sich selbst d. h. das kritische Hinterfragen eigener Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten und eventuell das Einleiten von korrigierenden Maßnahmen;

- **Ökologisch-systemische Kompetenz:** der Umgang mit ethischen und moralischen Werten sowie der wirtschaftliche Einsatz von Ressourcen.

Andere Autoren propagieren in hohem Maße die Notwendigkeit einer **Kommunikationskompetenz** (z. B. Ulich 2003: 124): schriftliche und mündliche Ausdrucksfähigkeit, Diskussionsfähigkeit und zielorientierte Gespräche.

Eine detaillierte Ausgestaltung der jeweiligen Kompetenz orientiert sich an der individuellen Berufsrolle in einer Alten(pflege)institution: je höher die Position, desto ausgeprägter und umfangreicher das Anforderungsprofil. In diesem Zusammenhang ist es interessant, das Kompetenzrepertoire einer Pflegehilfskraft darzustellen. Die Vertreter des bayerischen Landespflegeausschusses (eine Gemeinschaft der bayerischen Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege) gehen in diesem Berufsbild davon aus,

- dass die Bereitschaft besteht, sich anleiten zu lassen,
- dass eine Dokumentation der eigenen pflegerischen Tätigkeiten erfolgt,
- dass Offenheit im Umgang mit Fehlern und Konflikten vorherrscht,
- dass die Bereitschaft gegeben ist, bei Auffälligkeiten im Befinden der HeimbewohnerInnen nachzufragen,
- dass Umgangsformen und eine angemessene Kommunikation beachtet wird,
- dass Informationen in deutscher Sprache verbal und in schriftlicher Form weitergegeben werden (siehe die Ausführungen zur Kategorie Kommunikation unter 7.3)
- und dass ethnische Toleranz gelebt wird (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen 1999: 5ff).

Werden alle Schlüsselqualifikationen betrachtet und auf die Beschäftigten in der stationären Altenhilfe bezogen, so lässt dies signifikante Rückschlüsse zu, wie heterogen die Belegschaft gestaltet sein muss, u. a. bezüglich Qualifizierung, Herkunft oder Kompetenzstruktur.

Zentral sind solche Anforderungsprofile für die Gruppe der Fachkräfte, bestehend aus examinierten Altenpflege-, Gesundheits- und Krankenpflege- sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräften. Den so genannten Hilfskräften ist das Ausführen von Tätigkeiten, die fundiertes Wissen voraussetzen aus ordnungs- und leistungsrechtlichen Vorgaben untersagt. Darunter sind beispielhaft invasive Maßnahmen (Injektionen),

pharmakologische Therapie (Medikamentenvorbereitung und -abgabe), Wundversorgung, spezielle Pflegedokumentation (Pflegeplanung) zu verstehen. In der Heimpersonalverordnung bzw. den z. T. novellierten Landesheimgesetzen wird die Zusammensetzung des Pflegepersonals nach Qualifikationen reglementiert. Danach ist der Nachweis einer Mindestfachkraftquote von 50% (d. h. qualifizierte, examinierte Fachpersonen) innerhalb einer Alten(pflege)einrichtung zu erbringen.

Diese Forderung wird einerseits nicht in allen Institutionen umgesetzt (vgl. BMFSFJ 2002: 261; Zimmer / Weyerer 1998: 93), andererseits wird verdeutlicht, wie anhand der zahlenmäßigen Präsenz von Hilfskräften eine Vielzahl von Pflegeaktivitäten primär von den teilweise unterrepräsentierten Fachpersonen zu verrichten sind. Die Konsequenz aus der Personalbesetzung sind somit intensivierete Kommunikationsprozesse und eine einseitige Überlastung auf Seiten der examinierten Pflegenden. Denn werden geschilderte fachliche Maßnahmen fällig, so liegt die Durchführungsverantwortung nicht bei den Hilfspersonen, sondern auf Seiten der examinierten Fachkräfte. Dies erfordert von den Fachkräften Delegationsgeschick, auf Seite der HelferInnen die Artikulation von Unterstützungs- und Hilfsbereitschaft sowie die Bereitschaft zur Entgegennahme von Anweisungen.

Ähnlich verhält es sich bei Arbeitsabläufen, deren Umsetzung für eine Pflegeperson allein als problematisch zu bezeichnen ist. Bei diversen Maßnahmen ist es nötig, dass mindestens zwei Pflegenden kooperieren, um einen Erfolg zu ermöglichen. Als Beispiel sind Mobilisationsaktivitäten, Positionsverlagerungen oder Badevorhaben von bettlägerigen, adipösen oder pflegeaufwändigen BewohnerInnen zu nennen.

Dass es um die Pflegequalität teilweise schlecht steht, wird zunehmend bekannt (z. B. 2. Bericht des MDS 2007). Neben teilweiser polemischer medialer Kritik gibt es auch fundierte Aufklärungsarbeit und seriöse Ansätze, die auf Missstände hinweisen. So sind einige Träger dazu übergegangen, jährliche Qualitätsberichte auf freiwilliger Basis zu veröffentlichen (z. B. Wohlfahrtswerk Stuttgart, Münchenstift). Auch das Bestreben, sich als Altenpflegeeinrichtung freiwillig von externen Prüfinstitutionen zertifizieren zu lassen, verdeutlicht den Trend zur Transparenz. Ordnungspolitische Neuerungen (durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz zum 1. Juni 2008 oder verschiedene novellierte Landesheimgesetze seit Sommer 2008) verkürzen die Intervalle von unangemeldeten Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen bzw. durch die kommu-

nen Heimaufsichtsbehörden zusätzlich.

Bezugnehmend auf die mitunter kritische Versorgung in den Heimen weist der Pflegekritiker Fussek (2002) in seinen Mindestanforderungen an eine menschenwürdige Pflege explizit auf die Kommunikation hin, wobei er fordert, dass jeder pflegebedürftige Mensch die Möglichkeit haben muss, über einen Mitarbeiter der Station zu verfügen, der die Muttersprache spricht. Da (noch) davon auszugehen ist, dass sich die Bewohnerklientel überwiegend aus Einheimischen rekrutiert, ist der Schluss zulässig, dass in Großstädten und Ballungsräumen u. U. Altenpflegeteams existieren, in denen die Kommunikation in deutscher Sprache keine Selbstverständlichkeit mehr darstellt.

Die Fürsorge, also das Helfen, Unterstützen, bildet den Kern der professionellen Pflege und ist in jeder menschlichen Kultur spezifisch ausgeprägt. Es gibt folglich kulturspezifische Unterschiede und Übereinstimmungen. Wesentlich für die Unterschiede ist zum einen die Wertschätzung für und die Bedeutung von Fürsorge in einer Kultur, ebenso wie die Pflege innerhalb familialer Strukturen bewertet wird. Zum anderen resultiert aus unterschiedlichen Pflegeausbildungsstrukturen, die durch die jeweiligen kulturellen Werte, das Welt- und Wirklichkeitsverständnis oder durch die Religion in einem Kulturkreis beeinflusst werden, auch ein differierendes Pflegeverständnis.

Entscheidend ist somit die Aussage, dass verschiedene Kulturen auch unterschiedlich pflegen (Leininger 1998: 86). Sind also Pflegeteams mit Kräften aus unterschiedlichen Kulturen besetzt, so existieren m. E. auch unterschiedliche Pflegeverständnisse.

Zusammenfassend lässt sich festhalten:

Pflege ist eine soziale Dienstleistung, die zwischen zwei oder mehreren Menschen vollzogen wird. Dabei werden nicht nur Aktivitäten auf einer Handlungsebene vollzogen, es werden auch emotionale und vielfache kommunikative Prozesse geknüpft. Die Pflegetätigkeit wird innerhalb eines Teams erbracht, wobei ein funktionaler Arbeitsablauf und somit der Erfolg einer Schicht vom Wirken aller Beteiligten eines Pflegekollegiums abhängt (Teamarbeit). Hierbei leisten neben qualitativen Kompetenzen der professionellen Individuen v. a. die Kommunikationsfähigkeiten einen wesentlichen Beitrag.

4.4 Das Arbeitsfeld Alten(pflege)heim

Um das Arbeitsfeld eines Pflegekollegiums genauer darzustellen, werden im Folgenden noch einige spezielle Sachverhalte angeführt. Vor diesem Hintergrund bestehend aus Arbeitszeit, Berufsinhalt, Ausstattung, Dienstgestaltung etc. ergeben sich wichtige Rückschlüsse für die Arbeitssituation der Pflegenden. Auch die Gesamtbeschaffenheit einer Station oder die derzeitigen Rahmenbedingungen beeinflussen die Situation.

Stressbewältigungstheoretische Ansätze gehen davon aus, dass die Rahmenbedingungen der Altenpflege von so genannten Stressoren am pflegerischen Arbeitsplatz geprägt werden. Darunter fallen

- Arbeitszeit;
- Arbeitsintensität;
- Arbeitsinhalte;
- soziale Beziehungen;
- sozial vermittelte Restriktionen (vgl. Hirsch 1993: 22; Semmer / Udris 1995: 146).

Die starke Ausprägung dieser Stressoren führt in qualitativer und quantitativer Hinsicht bei Pflegenden häufig zum Burn-Out-Syndrom. Dieses Syndrom, das mit einem Energieverlust bzw. Symptomen der Erschöpfung einhergeht und in einem reduzierten Engagement oder einem Rückzug der Helfer aus der Arbeit mündet, ist in pflegerischen Berufsbereichen in hohem Maße nachweisbar. Bei Frauen ist das Burn-Out-Syndrom statistisch mehr verbreitet; in der Pflege wird es durch die z. T. ungünstigen Personalschlüssel noch verstärkt (Burisch 1994; Petzold / Petzold 1992).

Schon in den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts definierte Goffman (1961: 11) Altersheime als "totale Institutionen". Darunter sind Wohn- und Arbeitsstätten einer Vielzahl ähnlich gestellter Individuen zu verstehen, die über einen längeren Zeitraum von der Außenwelt, also der übrigen Gesellschaft, abgeschnitten sind und miteinander ein abgeschlossenes und formal reglementiertes Leben führen. Auch in Altenpflegeinstitutionen werden in gewisser Weise nahezu alle Tätigkeiten geplant und deren Abfolge nach bestimmten Regelungen durch die Pflegeakteure erbracht. Viele der Abläufe und Lebensäußerungen werden überwacht bzw. dokumentiert und dienen letztendlich dem institutionellen Ziel einer optimalen stationären Versorgung. Um pflegerische Hilfeleistungen

und individuelle Unterstützungsmaßnahmen sowie tagesstrukturierende Betreuungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten permanent gewährleisten zu können, sind die Pflegenden mit einer gewissen Machtkompetenz ausgestattet. Weitere Befugnisse der Pflegepersonen beziehen sich auf die Ausgestaltung vorgegebener Abläufe, beispielsweise werden die wöchentlichen Badepläne, die Medikamenteneinnahme oder die Essenszeiten zeitlich festgesetzt. Je nach gradueller Einschränkung der Alltagskompetenz werden seitens der Pflegenden Entscheidungen im Sinne der Bewohnerschaft getroffen (u. a. Kleiderauswahl, Menügestaltung) oder anberaumte Regulierungen entsprechend der leistungs- und ordnungsrechtlichen Vorgaben umgesetzt (z. B. freiheitsentziehende Maßnahmen, Mobilisationsintervalle). Es besteht ein Zugang zu jedem Zimmer oder Appartement, so dass jede Räumlichkeit und Privatsphäre transparent erscheinen. Am intensivsten wird dieser Kontakt bei grenzüberschreitenden Berührungen vollzogen, wenn pflegerische Verrichtungen direkt an Sozial- und Intimzonen der Betroffenen zu vollziehen sind (z.B. Ganzkörperwäsche, Wechsel von Inkontinenzmaterial). Aus diesen Aufzählungen wird ersichtlich, wie diffizil sich zwischenmenschliche Beziehungsprozesse bei der pflegerischen Umsetzung von Handlungen, Vorgaben, „Bevormundungen“ etc. gestalten können. Das Wohlbefinden der professionell Tätigen ist somit innerhalb des Stationskontextes einer Vielzahl von Beeinträchtigungsfaktoren ausgesetzt. Diese Herangehensweise an die Thematik Alten(pflege)heim zeigt, welche Position und Rolle die Pflegenden einerseits innehaben (Machtinhaber, Regelsetzer, Aktivitätengestalter), welche Prozesse andererseits aber auch nötig sind, um auf die eigene Person Sorgfalt und Rücksicht zu verwenden.

Das physische und psychische Wohlbefinden der Pflegekräfte diversen Beeinträchtigungen ausgesetzt, (u. a. Zimmer / Weyerer 1999), beispielsweise:

- ständigem Zeitdruck;
- permanenter Überforderung (fachlich, zeitlich und emotional);
- nicht ausreichender Qualifikation für die zu verrichtende Arbeit;
- unzureichender Einarbeitung;
- Schwierigkeiten im Umgang mit den Pflegebedürftigen (und deren Angehörigen);
- geringen Kenntnissen im Bereich Gesprächsführung;
- Schichtdienst und Wochenendarbeit;
- fehlendem Ausgleich im Privatleben;

- Angst um den Arbeitsplatz;
- schlechtem Betriebsklima;
- geringer soziale Unterstützung durch Kollegen, Führungskräfte und Familie;
- fehlender Anerkennung;
- keine Aufstiegschancen;
- widersprüchlichen Arbeitsanweisungen.

Ebenso kommt es auf zwischenmenschlicher Ebene zwischen den professionell Tätigen und den BewohnerInnen des Öfteren zu Spannungen oder Konfliktsituationen. Über die mitunter desaströsen Folgen vom Leben in stationären Einrichtungen für Identität, Freiheit oder Normenkultur der Pflegebedürftigen herrscht allgemeiner Konsens (u. a. Feil 2000; Gröning 2000; Koch-Straube 1997). Der Abgleich von Dominanzansprüchen oder individuellen Bedürfnissen, die Durchsetzung von pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen, die Orientierung an Tagesstrukturen oder institutionelle Reglementierungen u. v. m. können das Verhältnis zwischen Pflegepersonal und der Bewohnerschaft problematisch, nervenaufreibend und konfliktär gestalten. Dazu addiert sich eine immer älter werdende Bewohnerschaft, die zu 50-80% dementielle Veränderungen aufweist (Zegelin / Rüsing 2007: 332). Dieses Krankheitsbild äußert sich häufig auch in herausforderndem Verhalten, d. h. die Betroffenen verhalten sich aggressiv. Oftmals münden die aufgezeigten Auseinandersetzungen auch in Gewalt, wobei beide Seiten die Opferrolle einnehmen können (u. a. BGW 2003; Buchinger 2003; Eastman 1991; Hirsch 2001; Hirsch / Fussek 2001).

Neben den schwierigen Situationen in der Beziehung zu den BewohnerInnen können auch organisatorische bzw. strukturelle Faktoren zu einer erhöhten Belastung bei Pflegekräften beitragen. Der Faktor Zeit ist dabei ein wichtiges Kriterium bzw. der daraus resultierende Druck. Druck entsteht, wenn ein Arbeitspensum, das a priori von einer Schichtbesetzung zu erfüllen ist, im Vorfeld nicht erledigt wurde oder wenn Störungen im Arbeitsablauf vor terminlichen Fixpunkten der Tagesstruktur (feste Essenszeiten, ergotherapeutische Maßnahmen) Hektik auslösen.

Ein weiteres zeitliches Momentum stellt die Pausenregulierung dar. Zwar ist in jeder Schicht aus arbeitszeitrechtlichen Gründen eine entsprechende Auszeit zu nehmen, doch sieht der Stationsalltag vor, ständig präsent zu sein, auf Abruf Hilfe bzw. Unterstützung zu leisten oder permanent als AnsprechpartnerIn zu Verfügung zu stehen. Eine physische oder psychische Regeneration erscheint somit nicht immer uneingeschränkt mög-

lich.

Weiter ergeben sich aus der unregelmäßigen Schichtarbeit, welche in stationären Institutionen für einen kontinuierlichen Betrieb sorgt, Beeinträchtigungen bei den MitarbeiterInnen. Neben den Störungen des physischen Wohlbefindens (durch Verschiebung der biologischen Circadianperiodik) zeigen sich auch negative Entwicklungen auf sozialer Ebene:

- z. T. eingeschränktes Freizeitverhalten (Nachtdienst);
- eingeschränkte Kontaktraten mit Bekannten, Freunden, aber auch den eigenen Kindern;
- unregelmäßige Tagesabläufe (vgl. Knauth / Hornberger 1997: 29ff).

Auch ein gesteigertes Maß an Überstunden, was zur Erhaltung des permanenten Versorgungssystems innerhalb einer stationären Einrichtung u. U. nötig ist, beispielsweise wenn urlaubs- oder krankheitsbedingte Fehlzeiten zu kompensieren sind, trägt zur Charakteristik des Schichtdienstes bei (u. a. Zimmer / Weyerer 1998: 43).

Auf persönlicher, individueller Ebene sind die Beschäftigten in der Altenpflege ebenfalls diversen Belastungen ausgesetzt. 80% der Bevölkerung sterben in Institutionen, d. h. in Krankenhäusern und Alten(pflege)einrichtungen (Schäffler et. al. 2000: 500). Somit sind die Pflegenden bei ihrer Arbeit permanent mit Tod, Sterben oder Loslassen konfrontiert, was per se auf Bewohnerseite auch mit Siechtum, Leiden, Verfall, Lebensunlust, Schmerzzuständen, Todessehnsucht und -wünschen verbunden sein kann. Unterschiedliche psychologische Prozesse der Veränderung oder die Beeinträchtigung von emotionalen Zuständen beim pflegerischen Part können die Folge sein (u. a. Hirsch 1993: 23; Petzold / Petzold 1992: 281). Die Soziologie spricht in diesem Zusammenhang aufgrund emotionaler Überforderung in zwischenmenschlichen Beziehungen von Interaktionsstress (Badura 1990: 317). Vor allem in personenbezogenen Dienstleistungen entsteht Stress, woraus eine Beeinträchtigung der physischen bzw. psychischen Gesundheit resultiert. In Pflegeberufen zeigen sich auch die ständige Zurschaustellung positiver Gefühle (Gefahr von „Schauspielerei“) und der anhaltende Zwang zur Kontrolle eigener negativer Emotionen für Überlastungsprozesse bei den Pflegenden verantwortlich, denn ein wahrhaftiges und authentisches Zeigen negativer Befindlichkeiten ist in der Beziehung zu den Pflegebedürftigen kaum möglich.

Daneben bildet der alltägliche Umgang mit abstoßenden und widerwärtigen Aufgaben eine emotional-tangierende Komponente. Sowohl die Beseitigung von unterschiedlichen Ausscheidungen (Urin, Kot, Erbrochenes, Wundsekrete) als auch andere Verhaltensmuster bzw. durch Verwirrtheit generiertes Verhalten, mit dem die Pflegekräfte konfrontiert sind, haben eine Wirkung auf fundamentale Empfindungen der professionell Pflegenden (Ekel, Abscheu, Schamgefühle) (vgl. Gröning 2000; Overlander 1996).

Schließlich spricht der vierte Altenbericht der Bundesregierung (BMFSFJ 2002: 261) zusammenfassend von einer ausgeprägten körperlichen und psychischen Belastung, hohem Zeitdruck und einer umfassenden Verantwortung, wenn die Arbeitsbedingungen in stationären Alten(pflege)heimen beschrieben werden. Umgekehrt äußerten 52% der befragten AltenpflegerInnen in einer repräsentativen Studie zur Arbeitsqualität im Auftrag von ver.di (2008: 3), dass sie ihre Arbeits- und Einkommensbedingungen als belastend und schlecht erleben. Dieser Umstand „ist ein Indiz dafür, dass die Arbeitsplätze vielfach weit entfernt von einer gesundheitsförderlichen und menschengerechten Gestaltung sind“ (a. a. O.: 19).

Alle erwähnten hohen Belastungen können nach Feuerstein / Badura (1999: 41ff, 73) für die Pflegekräfte in Erholungsunfähigkeit, Flexibilitätsverlust, Reizbarkeit, Schlafprobleme und Aggression / Zynismus münden.

Zur Darstellung des Arbeitsfeldes Altenpflege ist auch auf den Faktor **Feminisierung** einzugehen. Der von Tews (1991: 22) in die wissenschaftliche Diskussion eingebrachte Begriff bezog sich auf die Verweiblichung der Bewohner- und Pflegeklientel in stationären Institutionen der Altenhilfe. Seit Ende des letzten Jahrtausends ist das Verhältnis der Geschlechter signifikant zur femininen Seite verschoben, was auf die Spätfolgen der deutschen Kriege und die erhöhte Lebenserwartung bei Frauen zurückzuführen ist (BMFSFJ 2002: 95; Hagen 2003: 54). Zukünftige Prognosen hinsichtlich der Geschlechterproportionen gehen auf Seite der Bewohnerschaft wieder von einer zunehmenden maskulinen Rate aus, wobei aber auch dort das hohe Alter (85 und mehr Jahre) feminin dominiert sein wird (Kytir / Münz 2000: 38).

Die relevante Dimension der Feminisierung im Rahmen der Untersuchung ist aber die weibliche Präsenz in den Pflgeteams. Pflege ist ein Frauenberuf: im Jahre 2009 waren u. a. 83,9% der Altenpflegefachkräfte und 90% der Gesundheits- und Krankenpflege-

rInnen in der stationären Altenhilfe weiblichen Geschlechts. Diese numerische Verteilung der Geschlechter fand sich auch in den unterschiedlichen Pflgeteams wieder, die im Laufe der Untersuchung befragt wurden.

Unter arbeitssoziologischen Gesichtspunkten stellt sich die Frage – die beschriebenen hohen Belastungen unterstellt – wie handlungsfähig multiethnische Pflgeteams unter derartigen Rahmenbedingungen sind und ob die ethnische Zusammensetzung eines Teams Einfluss auf die Leistungs- und Kompensationsfähigkeit nimmt.

4.5 Gruppendynamische Prozesse in Pflgeteams

Wie dargestellt, wird das System Pflege in der Altenhilfe durch die Arbeit in einer Gruppe von Personen aufrechterhalten. Wenn auch die pflegerische Tätigkeit prinzipiell ein bilateraler Prozess zwischen Anbieter und Empfänger ist, so ist das skizzierte In-Beziehung-Treten auch auf das meist multiprofessionelle Kollegium, welches auf einer Station bzw. einem Pflegebereich arbeitet, auszuweiten: **Pflege ist Teamarbeit.**

4.5.1 Begriffsklärungen von Gruppe und Team

Altenpflege wird in Teamarbeit gewährleistet. Die Beschäftigten, die eine Versorgung in einem räumlich definierten Bereich ermöglichen, sind Mitglieder eines Kollegiums, einer Gruppe. Die Klärung des Gruppenbegriffes gestaltet sich diffizil, da eine Vielzahl von Definitionen und begrifflichen Annäherungen existieren.

Nach Deutsch (1976: 52) besteht eine Gruppe aus zwei oder mehr Personen, die

1. eine oder mehrere Eigenschaften gemeinsam haben;
2. sich selbst als einen Teil dieser Einheit betrachten;
3. sich der (positiven) gegenseitigen Abhängigkeit einiger ihrer Ziele bewusst sind;
4. miteinander agieren;
5. ihre gleichgerichteten Ziele gemeinsam verfolgen.

Gruppen bestehen über eine bestimmte Zeitspanne hinweg und als eine Folge

6. entwickeln sie Normen, welche Interaktionen unter den Mitgliedern regeln und dirigieren;
7. werden Regeln erstellt, mit denen Aktivitäten, Pflichten und Rechte verbunden sind.

Andere Autoren sehen als wesentliches weiteres Merkmal die Existenz eines Wir-Gefühls. Rosenstiel (2003: 274) beispielsweise geht davon aus, dass sich eine Gruppe als eine

- Mehrzahl von Personen
- in direkter Interaktion
- über eine längere Zeitspanne
- bei Rollendifferenzierung und gemeinsamen Normen
- verbunden durch ein Wir-Gefühl

definieren lässt (vgl. in ähnlicher Weise auch Antoni / Bungard 2004: 134).

Wird die Erbringung von Pflege in einer Institution als eine gemeinsame Aufgabe verstanden, so lassen sich Altenpflegeteams mit Antoni / Bungard (2004: 134) als Arbeitsgruppen erfassen, bestehend aus zwei oder mehr Personen, die über eine gewisse Zeit eine gemeinsame, aus mehreren Teilaufgaben bestehende Aufgabenstellung zusammen bearbeiten, gemeinsame Ziele verfolgen, unterschiedliche Rollen und gemeinsame Spielregeln entwickeln und sich als Gruppe wahrnehmen.

Im Gegensatz zu klassischen Arbeitsgruppen weisen teilautonome Arbeitsgruppen folgende Kriterien auf (Antoni 1998: 162): einer Gruppe von MitarbeiterInnen ist die Produktion einer Dienstleistung inklusive Planung, Steuerung und Kontrolle überantwortet, der Arbeitseinsatz ist flexibel (m. E. existieren verschiedene Teilbereiche innerhalb einer Station). Gleichzeitig werden indirekte Tätigkeiten erbracht (Wartungsarbeiten, Administration, Materialversorgung, Reinigungsaufgaben) und die Selbstregulierung (u. a. Arbeits- und Urlaubszeiten, Arbeitsverteilung, Leistungsoptimierung) wird in periodischen Gruppensitzungen bewerkstelligt. Eine Führungsperson ist dennoch unerlässlich, sie ist hauptverantwortlich und fungiert als Koordinator, Ansprechpartner und Repräsentant.

Gruppendefinitionen unterscheiden sich kaum von Teamdefinitionen. Aus dem Definitionsversuch von Forster (1978: 17) sind unmittelbare Parallelen zum Gruppenbegriff ersichtlich: „Ein Team in einer Unternehmung ist eine kleine, funktionsgegliederte Arbeitsgruppe mit gemeinsamer Zielsetzung, übermäßig intensiven wechselseitigen Beziehungen, einer spezifischen Arbeitsform, einem ausgeprägtem Gemeinschaftsgeist und damit einer relativ starken Gruppenkohäsion“. In seinen Ausführungen verweist er

explizit auf eine spezielle Arbeitsform (teamwork) und den ausgesprochenen Gemeinschaftsgeist (teamspirit), woraus sich eine „Zusammenarbeit mit- und füreinander bei gegenseitiger Unterstützung und Förderung, [eine, d. A.] gegenseitige Vertrauensbasis und Verantwortungsübernahme füreinander [und ein, d. A.] gemeinsamer Enthusiasmus für das Erreichen des Zieles usw.“ (a. a. O.: 22) als „positivste“ Arbeitsform ergibt.

Werden die hier genannten charakteristischen Einzelvariablen mit jenen der Teamarbeit verglichen, so differieren die Definitionen kaum.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wird folglich keine explizite inhaltliche Trennung der Gruppen- bzw. Teambegrifflichkeiten vollzogen. Die Termini (Arbeits-)Gruppe, (Pflege-)Kollegium sowie (Pflege-)Team werden äquivalent verwendet. Die Gruppenmitglieder werden als Pflegende, Pflegekräfte, Pflegeakteure, MitarbeiterInnen und KollegInnen etc. bezeichnet. Dies entspricht auch dem allgemeinen Sprachgebrauch der Praxis, wo der Begriff 'Team' weit verbreiteten Gebrauch findet.

4.5.2 Problempotenziale in Gruppen

Aus der Gemeinschaftsaufgabe Pflegearbeit können schwierige Problemlagen für die Beteiligten entstehen.

Vorurteile

"Negative ethnische Vorurteile bezeichnen die Tendenz eines Individuums, ein Mitglied einer Outgroup oder die Outgroup als ganze negativ zu beurteilen und damit die Ingroup, zu der sich das Individuum gehörig fühlt, positiv zu beurteilen. Ethnische Vorurteile sind negative Einstellungen, die stabil und konsistent sind. Diese Einstellungen werden gegenüber Mitgliedern einer ethnischen Outgroup geäußert" (Zick 1997: 39)⁶. Der Begriff Vorurteil wird im Alltag dazu verwendet, um ausgeprägte positive bzw. negative Urteile oder Einstellungen eines Mitmenschen über ein Vorurteilsobjekt zu bezeichnen, wenn diese für nicht realitätsgerecht gehalten werden und der Betreffende trotz vorhandener Gegenargumente nicht von der Meinung abrückt. So sind in jedem Urteil Momente des Vorurteilhaften zu finden, da Urteile fast immer gewisse Verallgemeinerungen enthalten und hauptsächlich persönliche Sichtweisen wieder geben.

Es wird ersichtlich, dass derartige Einstellungen die Beziehungsgestaltung zwischen

⁶ Eine interdisziplinäre Zusammenstellung von verschiedensten Beiträgen über Rassismus und Vorurteile hat Zick (1997) erarbeitet. In einem umfassenden Diskurs werden Erklärungen zu Vorurteilen und Rassismus vorgestellt.

Einheimischen und Zuwanderern beeinträchtigen. Menschen neigen dazu, ihre Überzeugungen durch Verallgemeinerungen zu simplifizieren und Komplexitäten auf diese Weise zu reduzieren (Allport 1971: 41). Niemand ist ohne Vorurteile, sie spiegeln die soziale Identität einer Person wieder (Dollase 1996: 131). In der Tendenz werden diejenigen Vorurteile übernommen, die mit den Interessen der eigenen Gruppe oder der Gesellschaft übereinstimmen (Han 2000: 267) und somit wird deutlich, dass Vorurteile als ein Gruppenphänomen bezeichnet werden können (Zick 1997: 120).

Vorurteile beeinflussen also die Wahrnehmung, deren Verarbeitung und die daraus resultierenden Handlungen eines Individuums. Dieser kognitive Prozess kann als "Alltagstheorie" (Esser 1980: 136) bezeichnet werden, in der von einem bestimmten Merkmal auf andere Eigenschaften einer Person oder einer Gruppe geschlossen wird. Über diese Ableitungen bzw. Zuschreibungen vollzieht sich eine subjektive Bewertung, die dann (negative) Sanktionen bedingt. Individuellen, aber auch kollektiven Frustrationen (und Aggressionen) kann somit ein Ausdruck verliehen werden, womit Vorurteile eine – dem Sprachjargon der Chemie entlehene – Katalysatorfunktion einnehmen (Benz 1996: 7). Es ist einfach, aufgrund vorgefasster Dispositionen seine Umwelt sowie deren Akteure zu kategorisieren, ohne seine geistigen Schubladen zu evaluieren. Und werden dennoch einmal Annahmen über eine Gruppe durch einzelne Vertreter in Frage gestellt, so lässt sich dies über die berüchtigte "Ausnahme von der Regel" relativieren.

Vorurteile erfüllen wichtige Funktionen für Individuen bzw. für soziale Gruppen. Mit Hansen (1995: 546) lassen sich beispielsweise vier Funktionen hervorheben:

- Vorurteile dienen zur Orientierung in einer komplexen Welt, reduzieren Unsicherheit und bieten Verhaltenssicherheit. Sie ermöglichen die Herstellung und Aufrechterhaltung von Selbstwertgefühlen.
- Vorurteile dienen durch Ein- und Ausgrenzung der Gruppenbildung und ermöglichen die Entwicklung eines positiven Selbstkonzepts der Eigengruppe und ein negatives Konzept von Fremdgruppen. Sie machen die Verschiebung aggressiver Gefühle auf Fremdgruppen möglich und können so auch die Solidarität innerhalb der Eigengruppe erhöhen.
- Vorurteile dienen der Legitimierung von Herrschaft und tragen dazu bei, den Status quo der ungleichen Machtverteilung zwischen Majoritäten und Minoritäten zu erhalten;

- Vorurteile dienen über die Bereitstellung von "Sündenböcken" und Mythenbildungen der Stabilisierung von Herrschaftsverhältnissen: über Fremd- und Feindbilder werden Gruppengrenzen festgelegt, und damit auch die Grenzen der Solidarität.

Vorurteile beziehen ihre Präsenz aus Situationen tatsächlicher oder vermeintlicher Bedrohung, aus sozialem Stress, aus Umbruchsphasen oder Hierarchieverschiebungen oder aus Ängsten vor Statusverlusten und Konkurrenz (vgl. Esser 1983; Benz 1996).

Schon Hoffmann-Nowotny (1973: 152) konstatiert, dass Diskriminierung, also die negative Beurteilung und Behandlung sozialer Minderheiten, letztendlich nur ein Symptom für die Ohnmacht des Einzelnen gegenüber gesellschaftlicher Tendenzen ist. Schließlich erleichtert die Abwertung des Anderen die eigene erfahrene Diskriminierung zu verdecken (Freyberg 1992: 78).

In seiner Reihe "Deutsche Zustände" versucht Heitmeyer (2002; 2003; 2005a; 2005b; 2006; 2007; 2008) das Ausmaß von Ungleichheit in Deutschland zu untersuchen. Über einen Zeitraum von zehn Jahren werden seit 2002 jährliche Umfragen durchgeführt, um die Einstellung gegenüber Minderheiten zu dokumentieren. Er stellt dabei eine „gruppenbezogene Menschenfeindlichkeit“ fest, die sich aus einem Syndrom divergierender Konstruktbereiche ergibt. Die bisherigen Befragungen und Auswertungen ergaben, dass Fremdenfeindlichkeit, Antisemitismus und Heterophobie leicht angestiegen sind. Bspcielsweise äußern bundesweit 60% der Befragten, dass zu viele Ausländer in der BRD leben (2005: 21). Die Ursachen dieser fremdenunfreundlichen und -feindlichen Zustände sind in erfahrener sozialer Desintegration (Arbeitslosigkeit, Verschlechterung der finanziellen Situation) sowie relativer Deprivation zu sehen.

Die derzeitige Gesamtsituation der Bundesrepublik drängt viele Menschen dazu, den Fokus auf die Sicherung der eigenen Position, die Wahrung der Privilegien oder auf die Bewältigung der individuellen Probleme auszurichten. Das opportunistische Abwerten von Minderheiten scheint in diesem Konglomerat eine Art Bewältigungsstrategie darzustellen.

Gruppenprozesse

Innerhalb eines Altenhilfeteams besteht ein Konformitätsdruck, der die Mitglieder (di-

rekt oder indirekt) zwingt, ihrer Rolle als Pflegekraft gerecht zu werden, d. h. die bestehenden Normen einzuhalten, anfallende Aufgaben leistungsoptimiert abzuarbeiten und Pflichten funktional und zielgerichtet zu erfüllen.

In der Konsequenz ergeben sich Probleme, wenn einzelne Mitglieder nicht mit den Ansprüchen eines Pflorgeteams konform gehen. Beispielsweise reduzieren einige ihre Leistung, so dass andere diesen Ausfall ausgleichen müssen. Oder einige halten sich nicht an vorgegebene Arbeitsmuster und Tagesstrukturierungen, was zu Kompromisshandlungen bei den MitkollegInnen führt. Auch die Autorität zur Weisungsbefugnis kann Friktionen erzeugen, wenn es unter den Fachkräften zu Akzeptanzverlusten kommt oder sich HelferInnen der Unterordnung verweigern.

Auch der Faktor „Gefühl“ ist in diesem Kontext von Relevanz. „Gefühle besitzen in Gruppen mehr noch als in anderen sozialen Systemen eine eminente Bedeutung“ (Neidhardt 1994: 146). Sie beeinflussen die Ausgestaltung der Beziehungen zu den Mitgliedern (Entwicklung von Sympathie, Antipathie). Durch den persönlichen Kontakt in einer Gruppe über eine längere Zeit besteht eine günstige Voraussetzung zur Bildung von Vertrauen. Je ausgeprägter die emotionale Komponente dabei ist, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit von sozialen Interaktionen innerhalb eines Teams (Tajfel 1982: 70). Umgekehrt können negativ bewertete Gefühle aber ebenso zu Friktionen, Spannungen oder sozialen Konflikten führen.

Wie schon erwähnt, sind zur Steuerung der unterschiedlichen Handlungen Führungsprozesse notwendig, die sich aus hierarchischer Anordnung ergeben. Im Pflegesektor wird diesbezüglich von einer Stations-, Wohnbereichs- oder Team-Leitung gesprochen, die innerhalb eines organisatorischen Systems zur Gestaltung der Gruppenleistung (durch entsprechende Planung, Verantwortlichkeitsaufteilung, Koordination und Kontrolle) über Einfluss-, Macht- und Autoritätspotenzial verfügt. Auf der formalen Leistungsebene geht es um die Organisation von Vorgängen zum Erreichen der Ziele bzw. zum Bewerkstelligen von Aufgaben. Auf sozialer Ebene geht es um Maßnahmen zur Stabilisierung der Gruppenkohärenz.

In Altenpflorgeteams üben verschiedene Akteure Führungsaufgaben aus. Neben der Primärposition der Stationsleitung (SL), die den obersten Rang bekleidet, gibt es mehrere Fachkräfte, die aufgrund ihrer Qualifikationsstruktur (also aufgrund von Ausbildung,

Wissen, Dienstalter, Fähigkeit, Kommunikationskompetenz) einen erworbenen Status haben (dazu Luhmann 1995: 156ff) und als Schicht- oder Bereichsleitungen fungieren. Somit sind sie gegenüber den AltenpflegehelferInnen und den ungelerten Kräften weisungs- und delegationsbefugt.

Nach der Definition von Allport (1971: 50) können Gruppen im Arbeitskontext auch als **Wir-Gruppen** bezeichnet werden, wenn die Mitglieder das Wort „Wir“ in derselben Bedeutung gebrauchen können. Damit wird die einfache Tatsache einer Zugehörigkeit ausgedrückt, mit der bestimmte Gewohnheiten korrespondieren. Die parteiliche Einstellung zur Wir-Gruppe und der interne Zusammenhalt können durch andere Gruppen, Außenseiter oder Feindbilder verstärkt werden (a. a. O.: 60). Eine ähnliche Tendenz weist auch die Etablierten-Außenseiter-Beziehung (Elias / Scotson 1990) auf, wo über das Gruppencharisma ein Zusammengehörigkeits- und Wir-Gefühl hergestellt wird, bei gleichzeitiger Abwertung einer Außenseitergruppe (Gruppenschande). Das für den Gruppenzusammenhalt essentielle Wir-Gefühl kann u. a. ethnisch fixiert sein und sich über positive Selbstzuschreibungen hinaus zu einer übersteigerten Wir-Identität entwickeln (Treibel 1993: 340).

Eine Gruppe, zu der sich eine Person gehörig glaubt oder der sie angehört, kann als **ingroup** (Sherif 1966: 64) bezeichnet werden. Innerhalb dieser ingroup herrscht ein hoher Grad an Kohäsion und Gruppenmoral, schließlich geht es um das Erreichen eines gemeinsamen Zieles (im weitesten Sinne Erfolg). Werden die gleichen Interessen bzw. übereinstimmenden Ziele auch von einer Fremdgruppe verfolgt, entsteht eine Situation, in der kooperatives und freundliches Verhalten das Ziel erreichbarer gestaltet. Geraten die Gruppen aufgrund eines gleichen Interesses in Konflikt, kann das Resultat eine Wettbewerbssituation, inklusive rivalisierendem und vorurteilsbehaftetem Verhalten zwischen den Gruppen sein (vgl. auch Brown 2003: 547).

Somit stellen sich für die Untersuchung verschiedene Fragen:

- Wie ist es um die Ausprägung des „Wir-Gefühls“ innerhalb eines multiethnischen Teams bestellt?
- Bestehen innerhalb eines Altenpflegeteams möglicherweise Cliques oder Untergruppen, wie ist deren Beschaffenheit (Mitglieder) und was zieht diese Konstellation für Folgen nach sich?

- Wie zeigen sich die horizontale und vertikale Akzeptanz sowie der Umgang innerhalb eines Teams? Wird gelacht, gestritten, gewertschätzt, respektiert?
- Mit welchen Emotionen begegnen sich die Teammitglieder?
- Wie zeigt sich die Präsenz von und der Umgang mit Vorurteilen?

Ebenso können unklare Strukturen in der Führung zu Weisungsbefugnissen führen, die innerhalb eines Teams vermehrte Reibungen auslösen. Umgekehrt kann eine geringe Akzeptanz von fachlicher Autorität auf Seiten der AltenpflegehelferInnen ein erhöhtes Konfliktpotenzial zur Folge haben, welches sich auf das ganze Team auswirken kann.

Aus dem Konformitätsstreben lässt sich Spannungspotenzial ableiten, wenn nicht alle Mitglieder eines Kollegiums eine vergleichbare Leistung zur Erbringung des Arbeitspensums beitragen. Je weniger ein Teammitglied bereit ist, einen Beitrag, der von den übrigen KollegInnen als akzeptabel beurteilt wird, zu leisten, desto konfliktreicher ist die Gruppenkonstellation.

Auch die Existenz von Untergruppen innerhalb eines Altenpflegekollegiums wird als kontraproduktiv gewertet. Existieren verschiedene Gruppierungen innerhalb des Teams, so wird der Zusammenhalt bzw. die Zugehörigkeit zum Team als Ganzes eingeschränkt. Denn es ist zu vermuten, dass die Untergruppe eher auf Harmonie und Konsens innerhalb der Mitglieder aus ist und sich erst nachrangig um die Werte und Normen des Stationsteams kümmert. Als Konsequenz wird angenommen, dass eine bestehende Untergruppe einen Störfaktor für das Team darstellt. Es wird weiter unterstellt, dass v. a. die Existenz einer Untergruppe, die nicht aus multiethnischen Mitgliedern besteht, ein Indikator für eine eingeschränkte Integrationsleistung des gesamten Teams ist.

5. Effekte der Migration auf den Pflegebereich in Deutschland

5.1 Zum Stand der Forschung

Die derzeitige Forschung hinsichtlich der Gestaltung der Zusammenarbeit von Pflege-

teams und deren unterschiedlichen Migrationshintergründe ist lediglich als rudimentär zu bezeichnen.

In der österreichweiten Datenbank des Instituts für Konfliktforschung in Wien gibt es Untersuchungen zu MigrantInnen, die in der dortigen Krankenpflege Anstellung und entsprechende Integration fanden (Meleghy, Burow & Preglau 1998, Shumarayeh 2000).

Zur konkreten Situation von Personen mit Migrationshintergrund und der Zusammenarbeit mit den deutschen KollegInnen, d. h. deren Verhalten in Arbeitsprozessen, die Gestaltung von interethnischen Beziehungen usw. wurden bisher für die stationäre Altenpflege nur wenige Aussagen getroffen. Friebe (2006) attestiert in seiner Bestandsaufnahme von MigrantInnen in der Altenpflege für NRW vor allem sprachliche Unzulänglichkeiten bei den Mitarbeiterinnen mit Zuwanderungsgeschichte. Sowohl in der mündlichen als auch schriftlichen Ausdrucksweise wird ein deutlicher Weiterbildungsbedarf gesehen, der jedoch mit Bildungsbarrieren auf Seiten der Pflegenden konfrontiert wird: während die zugewanderten Pflegeakteure Widerstand gegenüber oktroyierten Schulungsmaßnahmen empfanden, vermuteten die autochthonen Kolleginnen eine bevorzugte Behandlung. Weiter ergaben Befragungen bei Einrichtungsleitungen kaum besondere Stärken bei den MigrantInnen, vielmehr gaben nur fünf Prozent der Befragten an, dass keine Defizite bei den ausländischen Pflegekräften vorzufinden seien – alles in allem eine relativ ungünstige Einschätzung der Betroffenen (ebd.: 17). Um diese Situation zu verbessern und auch um die Ressource der Mehrsprachigkeit zu sichern, wird eine interkulturelle Öffnung mit einer entsprechenden Personalförderung empfohlen. Durch spezielle Qualifizierungs- und Lernangebote soll die Selbstaktivität bei den allochthonen MitarbeiterInnen angeregt und mit innerbetrieblichen Schulungssequenzen ergänzt werden, um die Sprachprobleme zu beheben (ebd.: 56).

An anderer Stelle wird von multiethnischen Pflegeteams gefordert, dass alle MitarbeiterInnen in ein gemeinsames Arbeitskonzept einbezogen sind, das eine gleichberechtigte Aufgabenverteilung beinhaltet, d. h. alle Pflegeakteure verfügen über den gleichen Kompetenzstand bezüglich unterschiedlicher Kulturen, allerdings im Kontext der zu versorgenden BewohnerInnen. Dies hat zur Folge, dass alle Pflegenden auch alle Pflegebedürftigen versorgen können und nicht stets eine gleich-kulturelle Betreuung stattfinden soll (nicht jede türkischstämmige Bewohnerin wird ausschließlich von einer türkischen Pflegekraft versorgt) (Ullrich 2002).

Bezogen auf den Kontext von Personen mit Migrationshintergrund stehen im Fokus aktueller Arbeits- und Forschungsprozesse u. a. eher Integrationsnotwendigkeiten von älteren MigrantenInnen in das gegenwärtige Altenhilfesystem. Die erste Generation der ImmigrantInnen kommt mittlerweile in das pflegebedürftige Alter, da sie entgegen dem früheren Vorhaben in ihr Land zurückzukehren doch in Deutschland geblieben sind. Somit wird für einige SeniorInnen mit Migrationshintergrund der Aufenthalt in Pflegeeinrichtungen unvermeidbar. Entscheiden sich MigrantInnen für einen Eintritt in eine stationäre Einrichtung, gewinnen Begriffe wie Transkulturalität, kultursensible oder transnationale Altenpflege (Uzarewicz 2001) an Bedeutung. Dabei geht es um Toleranz gegenüber anderen Kulturen, um deren Auslebbarkeit in stationären Einrichtungen oder die Behebung von Sprachproblemen in der Pflegebeziehung, indem BewohnerInnen durch Pflegekräfte mit dem gleichen ethnischen Hintergrund versorgt werden.

Weiterhin liegen Arbeiten vor, deren Gegenstand der Gesundheitszustand von MigrantenInnen ist, die in der Altenhilfe tätig sind (Brosch 2003), bzw. über generelle gesundheitliche Defizite von in der BRD tätigen MigrantInnen (Dietzel-Papakyriakou 1987, 1989, 1993). Auch das gesteigerte Risiko einer Gesundheitsgefährdung bzw. der Behinderung für MigrantInnen durch den Arbeitsplatz wurde dargestellt (Uske, Heveling-Fischell & Mathejczyk 2001).

In einer aktuellen Diplomarbeit untersucht Fischer (2009) die interkulturelle Kompetenz von Pflegeteams in österreichischen Krankenhäusern und versucht dazu einen statistischen Überblick, denn auch dort „ist der Anteil an Pflegepersonen mit Migrationshintergrund [...]derzeit schon relativ hoch, wobei der Bedarf an Mitarbeiter/inne/n in einigen Institutionen ohne Migrant/inn/en kaum gedeckt werden könnte“ (a.a.O.: 104). Allerdings liegt der Schwerpunkt der Arbeit auf die Ausgestaltung der Beziehungsprozesse zu den einheimischen als auch fremdländischen PatientInnen (interkulturelle Pflege). Nur am Rande werden in den multiethnischen Teams vor allem kommunikative Probleme und diskriminatorische Erfahrungen berichtet.

Karl-Trummer / Novak-Zezula (2009) berichten bei der Integration von allochthonen Gesundheitspersonal in Pflegeteams von Schwierigkeiten mit KollegInnen und Vorgesetzten, wenn es um die Dienstplangestaltung und den Dienstaustausch geht, auch verspüren die Pflegenden mit Zuwanderungsgeschichte eine stärkere Kontrolle ihrer Arbeit

und Anweisungen auch von nicht vorgesetzten KollegInnen. Weiterhin wird eine problematische Integration in ein interkulturelles Team beobachtet, wenn äußerliche Zeichen wie bei asiatischen Pflegepersonen deutlich sichtbar sind.

Über Erfahrungen und mögliche Perspektiven der interkulturellen Öffnung in den ambulanten Pflegediensten hat Busse (2003) eine Arbeit veröffentlicht. In dieser stellt sie fest, dass die Einrichtungen konzeptionell, organisatorisch und strukturell meist nicht adäquat auf die Biografien, Qualifikationen und letztendlich die Integration der MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund eingestellt sind. Daraus ergeben sich dann u. U. schwierige Kooperationsprozesse im Team, aber auch Beeinträchtigungen in der Pflege, wobei dies auch auf die Besonderheiten der ambulanten Betreuungspraxis (Pflege zuhause, höherer Sozialkontakt, ausgeprägtere Individualität der Klienten, geringere Normierung) zurückgeführt wird. Die Schwierigkeiten in der häuslichen Versorgung zeigen sich in Diskriminierungen oder ablehnenden Haltungen der Pflegebedürftigen gegenüber nicht-deutschen Mitarbeitern. Um solchen Angriffen auf das Selbstwertgefühl von Migrant-Pflegekräften vorzubeugen, postuliert Busse eine ressourcenorientierte Einstellungspolitik der Organisationen, bei der Personen aufgrund ihrer besonderen Fähigkeiten Anstellung finden sollten. Gleichzeitig berichtet sie über Friktionen zwischen den deutschen und den allochthonen Pflegenden, die im Bereich Nähe-Distanz auftreten, wenn um die Anerkennung eines Klienten konkurriert wird. Daneben führt sie auch eine Mehrarbeit für die deutschen Pflegekräfte an, die durch hilfebedürftige KundInnen ausgelöst wird: einige wollen die notwendigen Unterstützungs- und Pflegeleistungen bei sich nicht von Pflegenden mit Zuwanderungsgeschichte erbracht haben – anders formuliert: sie lehnen ausländische Pflegekräfte ab. Auch dies führt zu Konflikten im Team. Sie plädiert zur Lösung dieser Problematik für eine Teamentwicklung, bei der die diversen Pflegeverständnisse der Mitarbeiter ausgetauscht werden und folglich Diskriminierungen vorgebeugt werden. Dabei spricht sie vor allem die Verantwortung der Leitungsebenen an.

Losgelöst vom Thema Pflege finden sich weitere allgemeine Untersuchungen. Interessant ist eine arbeitssoziologische Studie von Freyberg (1994), weil sie Verarbeitungsmechanismen von Konflikten und Diskriminierungstendenzen am Beispiel der Frankfurter Müllabfuhr beleuchtet. Die z. T. schweren Konflikte zwischen deutschen und ausländischen Kollegen ließen sich auf ein generelles, tief sitzendes Gefühl der Unzufrie-

denheit durch die minderwertige gesellschaftliche Anerkennung zurückführen. Analog fühlten sich alle Kollegen durch die Vorgesetzten herabgewürdigt und wenig respektiert, gleiches gilt für die soziale Diskriminierung durch die Bevölkerung, mit deren Unmut die Müllwerker täglich vor Ort konfrontiert wurden. Der wesentliche Unterschied ließ sich jedoch in der Interpretation dieser Erfahrungen feststellen: während die deutschen Beschäftigten diese negativen Erfahrungen für alle gemeinsam existent ansahen, deuteten die ausländischen Arbeiter dies als spezifisch ausländerfeindliche Diskriminierung und Ungerechtigkeit. Diese konträre Situations- und Konfliktdeutung generierte wiederum Friktionen zwischen den Gruppen. Gleichzeitig wurden Arbeitsformen und -inhalte herausgefiltert, die zur Existenz ethnischer Konflikte erheblich beitrugen (z. B. Springerregelung, Urlaubsvergabe, Interessenvertretung).

Auf sozialpsychologischer Ebene nähert sich Volmerg (1992: 93ff) der Frage nach Konfliktpotentialen bei multiethnischen Arbeitsgruppen. In ihrer Untersuchung treten durch ungleiche Bewertungen der Arbeitsleistung (an deutsche Arbeiterinnen werden höhere Anforderungen als an ausländische Mitarbeiterinnen von der Führungsebene geknüpft) sowie durch die ideelle Arbeitseinstellung der einheimischen Frauen (Ehrgeiz und hoher Arbeitserfüllungsanspruch stehen großen Stückzahlen entgegen) Feindseligkeiten zwischen den Kolleginnen auf. In der Folge kommt es auf deutscher Seite zu einer moralischen Abwertung bzw. zu negativen Zuschreibungen. Dabei haben die Konflikte zwischen den deutschen und ausländischen Arbeiterinnen vielfältigen Ursprung. Es bestehen beispielsweise auf Seiten der Vorgesetzten Organisations- und Koordinationsprobleme. Auch die ambivalente Unsicherheit zwischen der Arbeitskraft- und Sinnorientierung spielt eine Rolle (steht die Quantität der Arbeit im Vordergrund, resultiert eine schnelle Arbeit mit einem erhöhten Verdienst, also viel Geld; bei einer sinnhaften, genauen Arbeit wird weniger Geld erzielt). Die eigenen verpönten Bestrebungen (wird ungenau gearbeitet, wird eine höhere Stückzahl erreicht, also mehr Verdienst) der Deutschen werden auf die ausländischen Kolleginnen projiziert, Vorurteilsdenken resultiert. Gleichzeitig werden die deutschen Arbeitstugenden wie Fleiß, Ehrgeiz oder Arbeitseinsatz für richtig befunden und den ausländischen KollegInnen abgesprochen.

Die Ergebnisse der Recherche im Internet mit dem Fokus auf den nordamerikanischen Kontinent zeigen sich zur vorliegenden Thematik relativ übersichtlich.

Die durchsuchten Datenbanken verschiedener Magazine und Fachzeitschriften ergaben nur unspezifische Dateien bzw. Veröffentlichungen. Im Detail wurden die Zeitschriften

- „Journal of transcultural nursing“;
- „Journal of issues of Nursing“ (herausgegeben von der American Nurses Association);
- “Journal of Nursing education”;
- “Journal of Advanced Nursing”;
- “Journal of Cross-Cultural Gerontology”

durchsucht.

Unter den Schlagwörtern “teams”, “ethnic”, „multi-ethnic“, “nursing“, „integration“, „crosscultural“ und „multicultural“ konnten keine spezifischen Artikel zum Verhalten von multiethnischen Pflgeteams gefunden werden.

Gefunden wurden lediglich Veröffentlichungen zur Notwendigkeit des Erwerbs einer cultural competence zur Versorgung von Patientinnen aus unterschiedlichen Herkunftsländern. Zum einen scheint der Nachwuchs von Pflegeakteuren einer ethnischen Minderheit in den überwiegend „weißen“ USA relativ hoch⁷, so dass Maßnahmen für eine gegenläufige Entwicklung entworfen werden⁸. Weitere Ansätze weisen hier auf Veränderungen in den Ausbildungscurricula bei der nursing education hin (u. a. sprachliche Implikationen)⁹.

Darüber hinaus bezogen sich die Texte und Forschungsbemühungen auf spezielle Krankheitsbilder und deren ethnische Prävalenz bzw. Inzidenz sowie deren kulturelle Bewältigungsoptionen und Einstellungsmuster, also auf die Adressatenperspektive der pflegerischen Leistung.

Daneben enthalten die Datenbanken Texte zu den Vorteilen multiethnischer Teams, die vor allem in der Mehrsprachigkeit gesehen werden. Beispielsweise hat Oerlemans (2009) in ihrer Dissertation über ethnische Diversität am Arbeitsplatz herausgefunden, dass eine multiethnische Zusammensetzung zu problematischen interethnischen Beziehungen führen kann, weil sich die Teammitglieder weniger mit der Gruppe identifizieren. Weiterhin hängen gelungene Teamprozesse davon ab, in wie weit es den zugewan-

⁷ z. B. Gardner, Janelle D. (2005): Educational Innovations. A successful Minority Retention Project. In: Journal of Nursing Education, Vol. 44, No. 12/2005

⁸ z. B. Sutherland, Judith A. (2007): Affirming At-Risk Minorities for Success (ARMS). Retention, Graduation, and Success on the NCLEX-RN In: Journal of Nursing Education, Vol. 48, Nr. 8

⁹ z. B. Yu Xu (2005): Intercultural Communication in Nursing Education: When Asian Students and American Faculty Converge. In: Journal of Nursing Education, Vol. 44, Nr. 5; Gerrish, Kate (2001): The nature and effect of communication difficulties arising from interactions between district nurses and South Asian patients and their carers. In: Journal of Advanced Nursing, Vol. 33, Nr. 5, 566–574; Ackroyd, Rajeena (2003): Audit of referrals to a hospital palliative care team: role of the bilingual health-care worker. In: International journal of palliative nursing, No. 9, 352-357

dernten Akteuren gelingt, sich an die vorherrschende Kultur des Einwanderungslandes anzupassen und dabei gleichzeitig die eigene ethnische Kultur aufrecht erhalten zu können (integration orientation). Die einheimischen Kollegen als Mehrheit erwarten in der Regel keine vollumfängliche Anpassung (assimilation orientation). Alle Teammitglieder erleben bessere zwischenmenschliche Beziehungen, wenn sie in der Lage sind (d. h. ein entsprechendes Klima im Team vorherrscht), ihre ethnische Identität mit ihrer Team-Identität (Aufrechterhaltung einer so genannten dualen Identität) zu kombinieren. Addiert sich dazu die Überzeugung, dass wechselseitig voneinander interkulturell gelernt werden kann, dann bieten sich ideale Voraussetzungen für Kreativität und Leistung.

Weiter konnten Gomez et al (1980) schon vor 30 Jahren zeigen, dass die Multidisziplinität in Pflgeteams beeinträchtigt wird, wenn Konflikte mit kulturellem bzw. ethnischem Inhalt im Team herrschen. Diese bedingen dann je nach Ursache spezielle Trainingsprogramme zur Lösung.

Für die optimale Gestaltung der Wirksamkeit von multiprofessionellen Teams in der Pflege wurden wiederum drei entscheidende Faktoren gefunden: die Wahrnehmung der Pflegequalität durch die Leistung eines Teams von Seiten der (Geschäfts)Führung, die Beteiligung der MitarbeiterInnen bei anderen (über die reine Pflege hinaus reichenden) Funktionen und Aufgabenbereichen (z. B. Dokumentation, Administration) und ein gutes Verhältnis unter den Teammitgliedern (Temkin-Greener et al 2009).

Ergänzend bleibt festzuhalten, dass sich Forschungsansätze bzw. deren Ergebnisse im Bereich Cross-Cultural Gerontology zu ethnischen Themen im Kontext Alter, Care usw. überwiegend auf die betroffenen Hilfs- und Pflegebedürftigen beziehen. Unterschiede in der Fürsorgequalität, den Versorgungsarrangements, den Wertemustern und der Unterstützungsbereitschaft werden sowohl für die institutionelle Pflege (soweit national vorhanden) als auch auf häusliche Pflegesettings beleuchtet, dazu existieren zahlreiche Erfahrungen beispielsweise aus Asien, Europa, Australien und Nordamerika. Weiter wurden ethnische Unterschiede bei den Pflegebedürftigen selbst für viele Ländern und die daraus resultierenden Konsequenzen untersucht, u. a. der jeweilige Wissensstand der Verwandten, Stigmatisierungstendenzen, die Kompetenz der Hausärzte, der familiale Umgang mit der Erkrankung Demenz, wenn zuhause gepflegt wird (Saldoy / Chow 1994).

Weiter wurde der Faktor Ethnizität und dessen problematischen Konsequenzen auf die Kommunikationsstrukturen in institutionellen Versorgungseinrichtungen untersucht, wenn die älteren und hilfebedürftigen Menschen aufgrund unzureichender Sprachkompetenzen zusätzlich psycho-sozial benachteiligt werden¹⁰. Andere Untersuchungen im Kontext „elderly care“ und „ethnic groups“ liefern Aussagen zum unterschiedlichen Zugang ethnischer Gruppen zum nationalen Gesundheitssystem und dessen Leistungen, zum Entstehen von Erkrankungen im Alter (Inzidenz, Prävalenz) oder

Der Überblick über die derzeitige Forschungslage verdeutlicht, dass nur wenige aktuelle Erkenntnisse oder entsprechende Literatur über die Situation von stationären Pflegeteams und deren multikulturelle Zusammensetzung vorliegen. Auch existieren nach Kenntnisstand des Autors keine generellen und regionalspezifischen Erkenntnisse für Bayern. Es schien interessant, die Beschaffenheit des täglichen Umganges innerhalb einer Institution zu beleuchten, auch vor dem Hintergrund der kulturellen, politischen und religiösen Gemengelage in den ländlicheren bayerischen Regionen. Dass es zwischen unterschiedlichen Ethnien zu Reibungen kommen kann, ist wie angeführt allgemein bekannt. Im System Altenhilfe gibt es dazu aber noch keine konkreten Untersuchungen, so dass die angestrebte Arbeit dazu dienen kann, den derzeitigen Wissensstand zu ergänzen.

5.2 Integration von Menschen mit Migrationshintergrund

In den Sozialwissenschaften werden verschiedene Dimensionen und Begrifflichkeiten der Eingliederung differenziert. Über die Termini Assimilation, Akkulturation und Integration sowie deren unterschiedlichen und diffizilen Ausführungen wird versucht, die soziokulturellen Eingliederungsschritte zu definieren.

Der Diskurs über die jeweiligen begrifflichen Konnotationen und individuelle Auslegungs- und Verständigungshorizonte haben einerseits dazu geführt, dass kein einheitlicher Integrationsbegriff, der für alle Zuwanderungsgruppen operationalisierbar ist, existiert. Andererseits entwickelte sich daraus die Tendenz, die Unschärfe des Integrations-

¹⁰ z. B. Mahoney, D. F. et al. (2005): African American, Chinese, and Latino Family Caregivers' Impressions of the Onset and Diagnosis of Dementia: Cross-Cultural Similarities and Differences. In: *The Gerontologist*, 45, Nr. 6, S. 783-792; für Finnland und seine älteren Immigranten: Heikkilä, Kristiina (2004): *The role of ethnic identity in care of elderly Finnish immigrants*, Stockholm

begriffes zu umgehen und statt seiner den Begriff der Akkulturation zu verwenden (vgl. Ackermann 1990: 24; Hager 1980: 149ff; Treibel 1990: 107). Auch namhafte Forscher treffen diese definitorischen Unterscheidungen. Wie bereits erwähnt sieht Hoffmann-Nowotny (1973: 171) die Partizipation an der Kultur, also die Übernahme üblicher kultureller Handlungsweisen als Assimilation. Unter Integration versteht er die Partizipation an der Gesellschaft, d.h. die Besetzung von institutionalisierten Positionen durch die Immigranten. Treibel (1990: 119) definiert Assimilation als einen Prozess der (graduellen) Angleichung der Zugewanderten an die Aufnahmegesellschaft, wobei als verdeutlichende übergeordnete Kategorie der Begriff der Eingliederung rangiert. In ähnliche Richtungen tendiert Esser (1980: 221), der ebenfalls assimilative Handlungen der EinwandererInnen in den Mittelpunkt seiner Arbeit stellt. Er trifft begriffliche Unterscheidungen zum Eingliederungsverhalten (Akkulturation = Prozess der Angleichung; Integration = Zustand des personalen und relationalen Gleichgewichts).

Übersicht 6: Einzeldimensionen der Assimilation

kognitive Assimilation	Sprache
	Fertigkeiten
	Verhaltenssicherheit
	Regelkompetenz für Gestik und Gebräuche
	Situationserkennung
Identifikative Assimilation	Rückkehrabsicht
	Naturalisierungsabsicht
	ethnische Zugehörigkeitsdefinition
	Beibehaltung ethnischer Gebräuche
soziale Assimilation	politisches Verhalten
	formelle und informelle interethnische Kontakte
	De-Segregation
Strukturelle Assimilation	Partizipation an Einrichtungen des Aufnahmesystems
	Einkommen
	Berufsprestige
	Positionsbesetzung
	vertikale Mobilität
	De-Segregation

(Quelle: Esser 1980: 221)

Allgemein bezeichnet der Vorgang Integration die (Wieder-)Herstellung eines Ganzen, einer Einheit: im spezifischen Bereich der Völkerkunde bezieht sich die Konnotation auf die Aufnahme von ethnischen Minderheiten, von sozialen Gruppen desselben Volkes und von Kulturkomplexen in eine größere ethnische Einheit; im wirtschaftlichen Sektor auf einen zusammenschließenden Prozess selbständig nebeneinander bestehen-

der wirtschaftlicher Subjekte und auf psychologischer Ebene auf den Prozess, bei dem physische, psychische und soziale Komponenten zu einem Ganzen zusammengefasst werden.

Neuere soziologische Publikationen verwenden und behandeln wieder den Begriff der Integration und explizieren seine Dimensionen und Indikatoren (z. B. Kecskes 2004: 215ff).

Alle angeführten Erläuterungen und Prozesse lassen sich auf den Bereich einer ökonomisch ausgerichteten Pflgetätigkeit und die MitarbeiterInnen eines Teams anwenden.

Auf die Strategien und Konzepte der Politik und staatlicher Institutionen zur Integration von Asylsuchenden, AussiedlerInnen und ArbeitsmigrantInnen wird in dieser Arbeit nicht explizit eingegangen, denn die Bestrebungen der letzten Jahrzehnte betreffen einerseits nur übergeordnete Ebenen der Gesellschaft und wären andererseits zu umfangreich in der Darstellung. Allein die politische Auseinandersetzung bis zur endgültigen Fassung des novellierten Zuwanderungsgesetzes zeigt, wie viel Zeit von der Diskussion bis zur praktischen Umsetzung vergeht. Auch das verbale Ringen der Politik, ob Deutschland nun ein Zuwanderungs- / Einwanderungsland ist oder ob eine christliche bzw. freiheitlich demokratische Leitkultur als Wertebasis proklamiert werden soll (vgl. dazu Esser 2004), führt auf integrationsintendierender Ebene zu keinen pragmatischen Fortschritten. Und die nächtlichen Straßenkämpfe Ende des Jahres 2005 der französischen Jugend in den Vororten französischer Großstädte, wo Arbeitslosigkeit und Desillusionierung „politisch subventioniert“ wurde, verdeutlichen, wohin rudimentär umgesetzte, um nicht zu sagen gescheiterte, Integrationspolitik führen kann.

Die hier genutzten Integrationsansätze beschränken sich im Gegensatz dazu auf das Mikrosystem der multiethnischen Pflegekräfte.

Abgesehen von dieser intrapersonalen Konstellation gibt es essentielle Voraussetzungen für einen Menschen, die eine Integrationsfähigkeit unterstützen können. Als wesentliches Kriterium sei hier die Sprache angeführt. Wer sich der neuen und fremden Sprache verschließt, diese nicht lernt oder nur über rudimentäre Kompetenz verfügt, wird sich um vieles schwerer integrieren (vgl. Grinberg / Grinberg 1990: 113ff). Dass diese Ab-

lehnung und daraus resultierende Defizite vor allem die Eingliederung in den Arbeitssektor schwierig gestaltet, ist bekannt (z. B. IAB 1999: 11; Bade 1990: 140; Bremer 2000: 148). Vor allem bei AussiedlerInnen lässt sich feststellen, dass deren Lernbereitschaft und Sprachbeherrschung (im Vergleich zu ArbeitsmigrantInnen und deren existenten zweiten und dritten Generationen) deutlich eingeschränkt ist (BMI 2005: 71; Han 2000: 88), was sich wiederum in hohen Durchfallquoten bei staatlich-initiierten Sprachtests widerspiegelt (z. B. Der Spiegel 9/2003: 40; Deutscher Bundestag 2005: 141).

Als weiteres Element, welches die Integration positiv gestalten kann, ist der individuelle ökonomische Erfolg einer MigrantIn zu werten. Sind in dem ausgeübten Beruf in einem neuen Land gute Arbeitsbedingungen vorhanden und auch Aufstiegsmöglichkeiten gegeben, so ist die Bereitschaft zur Eingliederung erhöht, die Offenheit für Neues gesteigert, Energien zur Verbesserung des eigenen Selbstwerts werden frei.

Von ebenso großer Wichtigkeit für das Hineinwachsen in eine neue Umgebung ist die Positionierung in einem sozialen Netz. Wer in Personenkreisen eine Stellung einnehmen kann und Kontakte pflegt, die über das vom Herkunftsland dominierte Beziehungsgeflecht hinausgehen, wird sich integrieren und auch integriert fühlen. Neben Freundes- und Bekanntenkreisen nimmt dabei die (kollegiale) Berufstätigkeit eine tragende Rolle ein.

Vor diesem Hintergrund stellt sich folglich die Frage, in wie weit Integration – ausgehend vom Faktor Ethnizität – in multiethnischen Altenpflegeteams passiert, ob daraus Problembereiche abzuleiten sind, ob und wie die Leistungsfähigkeit eines Pflorgeteams beeinträchtigt wird und wie derartigen Prozessen im Teamgeschehen bei Bedarf vorgebeugt werden kann.

Basis für die Fragen ist die Annahme, dass die Wertigkeit der ethnischen Herkunft die Integrationsleistungen zwischen den MitarbeiterInnen beeinflusst. Eine große Bedeutung der unterschiedlichen Abstammung (mit der Betonung von Unterschieden, mit Differenzen auf unterschiedlichen Ebenen z. B. Sprache, Werte) oder diametrale Anschauungen und Interessen können vermehrte gemeinsame Anstrengungen für eine gelingende Integration aller differenten Nationalitäten bedingen. Diese teaminternen Differenzen können als Folge Zeit und Energie bündeln, so dass tendenziell die Gesamtleistung, das Produkt Pflege, beeinträchtigt werden kann.

Im Umkehrschluss verlangt ein geringer Stellenwert des Faktors Ethnizität nur ein geringes Maß an Integrationshandlungen. Der Output eines multinationalen Pflegekollegiums fokussiert sich auf die notwendigen Prozesse und Verantwortlichkeiten zur qualitativen Erbringung des Produktes Pflege, d. h. „rein“ professionelle Aspekte des Arbeitshandelns stehen im Vordergrund..

Darüber hinaus kann Ethnizität aber eventuell auch dienlich sein, über die Unterschiede der einzelnen Teammitglieder synergetische bzw. komplementäre leistungsfördernde Strukturen zu schaffen.

Im Weiteren wird angenommen, dass sich von der Ausprägung des Faktors Ethnizität innerhalb eines multikulturellen Teams auf das Integrationsverhalten und letztendlich auf die Gesamtleistung des Teams ein Rückschluss ziehen lässt.

Übersicht 7: Zusammenhang Ethnizität und Teamleistung



„Allgemein formuliert bildet Integration das Gegenstück zu Segregation oder Ausgrenzung. Übertragen auf die Ebene konkreter Lebenswelten bedeutet Integration, dass Einzelpersonen oder ganze Gruppen gleichberechtigte Möglichkeiten der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und der Artikulation ihrer Interessen erhalten und vor individueller und kollektiver Ausgrenzung geschützt werden. Integrationspolitik ist im Kern Herstellung von Chancengleichheit. Integration ist keinesfalls als vollständige Anpassung oder Assimilation an bestehende Bedingungen zu verstehen. [...] Integration ist ein Prozess, der über Generationen geht, alle Bevölkerungsgruppen einbezieht und alle Felder gesellschaftlichen Lebens umfasst“ (Der Beauftragte des Berliner Senats für Integration und Migration 2005: 6).

Um den Integrationsprozess von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte zu verdeutlichen, lässt sich der Grad der Identifikation mit dem Einwanderungsland Deutschland

heranziehen. Nach Constant, Gataullina und Zimmermann (2009) sind dabei folgende Identitätszustände denkbar:

- Assimilation meint eine starke Verbundenheit mit dem Aufnahmeland, die Bindung an das ursprüngliche Herkunftsland ist nur noch schwach ausgeprägt;
- Separation steht für eine vollständige Identifikation mit dem Herkunftsland;
- Marginalisierung meint sowohl die Bindungslosigkeit an das Einwanderungsland als auch an das Herkunftsland;
- Integration steht für eine starke Zugehörigkeit zu Gesellschaft und Kultur im Aufnahmeland, gleichzeitig aber auch für ein stark ausgeprägtes Zugehörigkeitsgefühl zum Ursprungsland.

Als Indikatoren zur Bestimmung des Integrationsprozesses und des Grades der Integration werden herangezogen: der Familienstand (respektive das Heiratsverhalten und die Fertilität), die ethnische Identifikation, das politische Interesse, das Heiratsverhalten, die Sprachkompetenz, die Religiosität, die individuell empfundene Lebenszufriedenheit. Beispielsweise weisen die allochthonen Bevölkerungsgruppen der ersten Generation im Vergleich zur autochthonen Bevölkerung, aber auch zur zweiten Generation der Zugewanderten, eine weitaus höhere Heiratstendenz und Fertilität sowie ein jüngeres Heiratsalter auf. D. h. die späteren Generationen der Menschen mit Zuwanderungsgeschichte unterscheiden sich nicht mehr signifikant von der deutschen Mehrheitsgesellschaft und deren Heiratsverhalten respektive Fertilität (Rinne / Schüller / Zimmermann 2010: 6).

Das Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung (2010: 28ff) hat einen integrationsbezogenen Index ermittelt, um die Integration von Zuwanderungsgruppen zu messen und auf einer Bewertungsskala von gelungen bzw. missglückt einzusortieren.

Übersicht 8: Beispiel für Indikatoren zur Messung von Integration

Assimilation als Annäherung der Kulturen	Personen mit dt. Staatsbürgerschaft
	Bikulturelle Ehen
Bildung	Personen ohne Bildungsabschluss
	Schüler der gymnasialen Oberstufe
	Personen mit (Fach-)Hochschulreife
	Akademiker
Erwerbsleben	Erwerbslosenquote
	Erwerbspersonen
	Jugenderwerbslosenquote
	Hausfrauenquote
	Selbständige
	Beschäftigte im öffentlichen Dienst
	Vertrauensberufe
Absicherung (Einkommen)	Abhängigkeit von öffentlichen Leistungen
	Individualeinkommen
Dynamische Indikatoren	Dynamik von bikulturellen Ehen, Erwerbslosenquote etc.

Der Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration (2010) sieht für Deutschland eine (in den empirisch fassbaren Bereichen) durchaus zufriedenstellende bis sogar gut gelungene Integration (Integration wird auch hier als möglichst chancengleiche Partizipation an den zentralen Bereichen des Lebens erachtet) und legt dafür die Dimensionen

- Schule und Bildung,
- Berufliche Bildung,
- Erwerbstätigkeit,
- Soziale Sicherung,
- Politische Partizipation,
- Wohnen und Quartiere,
- Gesundheit,
- Medien und Kriminalität

zu Grunde.

Das Basler Integrationsmodell (Ehret 1999) wiederum vollzog den Wechsel vom bis

dahin praktizierten Defizitansatz hin zu einem ressourcenorientierten Integrationskonzept, mit dem sich von der Annahme verabschiedet wurde, dass allein die Zugewanderten zur Behebung eines Nachholbedarfs von Integrierung verantwortlich sind. Vielmehr bilden vorhandene Potenziale wie Mehrsprachigkeit oder die interkulturelle Kompetenz eine Grundlage, um die Integration auf dem Arbeitsmarkt voranzutreiben. Vor allem wird davon ausgegangen, „dass sich positive ökonomische Rahmenbedingungen auf die Position der Einwanderinnen und Einwanderer und deren Kinder in der Gesellschaft in höchstem Masse integrativ auswirken“ (Ehret 1999: 16).

Zur Messung der gelebten Integration von Muslimen (Brettfeld / Wessels 2008) wurde die Häufigkeit von Kontakten und Beziehungen zu Vertreterinnen der Aufnahmegesellschaft herangezogen. Weiter wurden Teilgruppen auf der Basis marginalisierungstheoretischer Erklärungen im Sinne einer Exklusion von der Aufnahmegesellschaft benannt, die als „kritische Gruppe“ eine Abwendung von der Aufnahmegesellschaft bzw. eine geringe Anpassungsbereitschaft aufweisen (ohne dass individuelle Diskriminierungserlebnisse oder kollektive Marginalisierungswahrnehmungen vorliegen würden). Dies wird als Zeichen einer Selbstsegregation gewertet, d. h. eines selbst gewählten Rückzugs auf die Eigengruppe (a.a.O.: 26). Dementsprechend wird für die vorliegende Untersuchung zur Erfassung der Integration in Altenpflege Teams die Bildung bzw. Existenz von Subgruppen als Kriterium für Integration betrachtet bzw. wird versucht herauszufinden, ob in den Altenpflegegruppen marginalisierende Tendenzen beobachtet werden können.

Als ein Fazit lässt sich festhalten, dass die in der Literatur gefundenen Herangehensweisen an Integration die wesentlichen sozialen, kulturellen, kommunikativen, wirtschaftlichen und politischen Faktoren verdeutlichen, die bei diesem wechselseitigen Prozess zwischen einzelnen Personen oder Gruppen und der so genannten Mehrheitsgesellschaft beteiligt sind.

Angesichts der Integrationsvariablen „Erwerbstätigkeit“, „Erwerbsleben“ oder „Berufliche Bildung“ wird deutlich, dass die in den Pflegeheimen tätigen Pflegekräfte mit Migrationserfahrung schon bis zu einem gewissen Grad in die Gesellschaft Deutschlands integriert sind. Sie weisen einen bestimmten Grad an Qualifizierung bzw. berufsspezifische Kompetenzen auf, was ihnen eine berufliche Tätigkeit und z. T. eine

(in Eigenleistung erworbene) soziale Absicherung ermöglicht und sie verfügen über eine notwendige Sprachfähigkeit.

Unter Berücksichtigung der Dimensionen der Integration, wie sie in der Literatur behandelt werden, sollen hauptsächlich in dieser Untersuchung die Ansätze Sprache und soziale Teilhabe sowie Lebenszufriedenheit (im weitesten Sinne von „Arbeitszufriedenheit“) zur Beschreibung des Integrationsverhaltens in multiethnischen Pflgeteams herangezogen werden. Ziel dieser Bestrebungen ist die Einbeziehung aller Mitarbeiterinnen in ein multiethnisches Team zu betrachten.

Die Dimensionen Wohnen, Bildung, politische Partizipation, Gesundheit usw. spielen demnach in dieser Untersuchung keine Rolle, obwohl sie für die Integration von Menschen mit Migrationserfahrung bedeutsam sind.

Außerdem werden Erkenntnisse zur Diversität in Arbeitsteams, die sich auf das Integrationsverhalten der Mitglieder beziehen, für die empirische Untersuchung berücksichtigt. Die folgenden Themen sollen dabei berücksichtigt werden. Die empirischen Befunde der Literatur werden dabei nicht einfach übernommen, sondern sollen überprüft werden. Es handelt sich m. E. um folgende:

1. Ist in einem Team eine größere Zahl an Kulturen vertreten, dann wird dies von den beteiligten Gruppenmitgliedern wesentlich positiver erlebt, als wenn eine geringe Zahl mit deutlicher Mehrheiten- und Minderheitenbildung vorherrscht. Denn dominiert eine Kultur die andere innerhalb eines Teams, so geraten deren VertreterInnen leicht in eine Minderheitenposition. Umgekehrt kommt es bei einem hohen Maß an unterschiedlichen Kulturen seltener zu konflikt- oder problembehafteten Prozessen (z. B. durch Dominanzansprüche) (Smith / Noakes 1996). Allerdings deutet sich an, dass sich derartige Annahmen mehrheitlich auf gut qualifizierte Arbeitsteams beschränken – auf minderqualifizierte Teams wie im Bereich der Altenhilfe lassen sich die angenommenen Synergieeffekte für Gruppenidentität (im Sinne eines integrativen „Wir“) nicht übertragen (Weißbach et al. 2007).
2. Multiethnische Teams weisen einen höheren Grad an Konflikten und Fluktuation auf. Mit einer Zunahme an unterschiedlichen Werten innerhalb eines Teams geht

eine erhöhte Konfliktneigung einher, ebenso spielen Zuschreibungen wie Alter, Herkunft oder Geschlecht eine viel bedeutendere Rolle (Jehn et al. 1999: 752ff).

3. Besonders schwerwiegend erweisen sich in diesem Kontext interkulturelle Konflikte und deren Auswirkung auf die „Produktivität“ bzw. Leistung eines multiethnischen Teams. „Interkulturelle Konflikte treffen das Individuum in seinen grundlegenden Werten und damit in seinen Selbstwertgefühlen (vgl. soziale Identität). Dies bedeutet eine sehr starke affektive Komponente, die eine Konflikteskalation bzw. so hohe Konfliktresiduen hervorrufen kann, dass eine Kooperation langfristig gestört wird und eine einerseits allgemein verträgliche sowie andererseits erfolgreiche Kooperationsbasis nicht aufgebaut werden kann. Die Gruppeneffektivität bleibt in diesem Fall immer hinter der eines monokulturellen Teams zurück“ (Köppel o.J.: 15).
4. Multiethnische Teams sind temporär begrenzt nur eingeschränkt leistungsfähig, da die Verschiedenheit an Ethnien, Kulturen, Sprachen etc. zusätzliche Zeit und Energie bindet, um Missverständnisse, Vorurteile oder Verständigungsprobleme bearbeiten und klären zu können. Dieser Aufwand geht (wenn auch zeitlich begrenzt) zu Lasten der eigentlichen Leistungserfüllung, wenngleich mittelfristig aber eher ein Synergieeffekt – vor allem wiederum bei hochqualifizierten Teams – eintreten soll (Lane et al. 2000). Angesichts der Rahmenbedingungen in der Altenhilfe (u. a. Fluktuation, Teilzeit, flache Zugangswege) erscheint eine temporäre Begrenzung möglicherweise fraglich.
5. In multiethnischen Teams zeigt sich, dass zwischen den Mitgliedern aufgrund einer ausgeprägten Diversität die Entwicklung eines wechselseitigen Vertrauens bzw. des soziale Rückhalts eingeschränkt ist. Ebenso zeigt sich die gegenseitige Verlässlichkeit beeinträchtigt (Putnam 2007: 137). Ein wesentlicher Grund für das reduzierte interpersonelle Vertrauen liegt in der sprachlichen Heterogenität (Anderson / Paskeviciute 2006: 783).

Als erkenntnisleitende Themen für die Beschreibung von Integrationsverhalten in Pflorgeteams werden demnach – basierend auf den beschriebenen Erklärungsversuchen für Integration und den Ausführungen zu Diversität – für die vorliegende Untersu-

chung folgende Aspekte herausdestilliert:

- **Sprache bzw. Kommunikation (Kompetenz zur Verständigung in der Landessprache)**
Sprachkompetenz¹¹
- **Soziale Teilhabe im Team**
 - Interethnische Freundschaften,
 - informelle Kontakte,
 - Vertrauen,
 - Humor.
- **Beziehungen innerhalb eines Teams**
 - Konflikte,
 - Reziprozität,
 - Wertschätzung,
 - Kooperation.
- **Diversität bzw. kulturelle Annäherung im Arbeitskontext**
 - Subgruppen,
 - Vorurteile,
 - Kohäsion.

Diese Aspekte sollen sich als Leitfadenfragen (Kapitel 7) wiederfinden.

¹¹ „Sprache hat im Prozess der individuellen wie der gesellschaftlichen Integration eine herausgehobene Bedeutung, da sie mehrere Funktionen erfüllt. Sie ist sowohl Medium der alltäglichen Kommunikation als auch eine Ressource, insbesondere bei der Bildung und auf dem Arbeitsmarkt. Zudem können Sprachen und Sprachakzente als Symbole von Zusammengehörigkeit oder auch Fremdheit wirken und zu Abgrenzungen oder Diskriminierungen führen“ (Esser 2006: i). Die wesentliche Bedeutung der Sprachfertigkeit liegt darin, dass sie als Ressource und Medium wirkt, wodurch sich weitere bedeutsame Aspekte der Integration gelingend ermöglichen lassen, beispielsweise Freundschaften, Produktivität oder kollegiale Kooperationen. Dabei geht es vor allem um die kommunikative Alltagsbewältigung (sowohl in der Beziehung zum Team als auch zu den Pflegebedürftigen) und die dafür notwendige Lernbereitschaft.

6. Zugang der Untersuchung

6.1 Ziel und Fragestellung der Untersuchung

Die Leitfragen, die sich anhand der Situation im Bereich der stationären Altenhilfe ergeben, sind die Folgenden:

- (1) Wie ist das Integrationsverhalten insgesamt in den Altenhilfeteams ausgeprägt?
- (2) Wie ist das Integrationsverhalten auf autochthoner (einheimischer) Seite ausgeprägt?
- (3) Wie ist das Integrationsverhalten auf Seiten der Menschen mit Migrationshintergrund ausgeprägt?
- (4) Wie wird Integration bewertet oder gesehen?

Die Untersuchung zielt auf Konsequenzen aus den gewonnenen Ergebnissen ab.

Um Eingebundenheit in eine Gruppe zu erreichen, sind die Haltung und das Verhalten der Einzelperson gegenüber den anderen Gruppenmitgliedern entscheidend. Dies beinhaltet sowohl die Frage nach dem eigenen Habitus, um Teilhabe und Mitgliedschaft an der Gruppe zu erlangen, als auch die Frage nach dem Habitus der übrigen KollegInnen. Es wird der Frage nach der Gestaltung des täglichen Umgangs innerhalb eines Pflegekollegiums nachgegangen.

Die Zielsetzung der vorhandenen Arbeit ist es, Variationen des Integrationsverhaltens der MitarbeiterInnen in den Alten(pflege)heimen aufgrund der gemachten qualitativen Interviews herauszuarbeiten. Anhand der Aussagen von professionell Pflegenden in stationären Einrichtungen zu den Bereichen Kooperation / Konflikt, Kommunikation, Kollegialität / Solidarität und Anerkennung / Respekt während ihrer Tätigkeit gegenüber Teammitgliedern soll der Bereich integrativer Aspekte erst umrissen und dann detailliert für diesen Arbeitssektor untersucht werden.

6.2 Forschungsansatz

Es wurde ein deskriptives Forschungsdesign mit einem qualitativem Methodenrepertoire gewählt, d. h. das leitfadengestützte, teilstandardisierte Interview entlang einem relativ stark strukturierten Leitfaden mit detailliert vorformulierten Fragen, die in einer bestimmten Reihenfolge angeordnet wurden.

Diese Methode ist ein bewährtes Mittel zur Informationsgewinnung. Eine mündliche Befragung ermöglicht es den Befragten, ihre individuellen Gedanken, Sichtweisen und Erfahrungen mitzuteilen. Die InterviewpartnerInnen können daher die persönlichen Ansichten, Erlebnisse und Überzeugungen frei formulieren (Hopf 1991: 177). Die Personen sollen also möglichst viel über sich selbst erzählen.

Die Vorteile des qualitativen Ansatzes liegen in der Alltagsnähe, im konkreten Informationsgehalt und in der Flexibilität des Untersuchungssettings (vgl. Steinert / Thiele 2000: 35ff). Qualitative Forschung und ihre Fragestellungen zielen auf wenige Personen oder eine geringe Anzahl von Gruppen ab. Das Interesse ist auf Aussagen einer definierten Klientel ausgerichtet, d. h. wie das gegenwärtige (oder das vergangene) Erleben, Handeln und Wahrnehmen gestaltet ist. Die erhaltenen Antworten lassen sich dann in Form von Typologien generalisieren, die Anlass für Hypothesen über das Untersuchte sein können.

Eine Repräsentativität der Untersuchungsergebnisse ist auszuschließen, da die geringe Anzahl der Alten(pflege)heime bzw. der GesprächspartnerInnen dies nicht zulässt.

Da mit qualitativen Forschungsansätzen komplexe Tatbestände über Erhebungen beschrieben werden können und schon einige Konturen des zu beforschenden Themenfeldes bekannt waren, wurde ein induktives Vorgehen angestrebt, um neue Untersuchungsinhalte zu erschließen und damit Fragen zu beantworten, die quantitativ nicht eruierbar sind.

Wie erwähnt, wurde vorab ein Leitfaden konstruiert, um teilstandardisierte Interviews durchführen zu können. Dieses Vorgehen ergab sich einerseits aufgrund der Sprachkompetenz der InterviewteilnehmerInnen, andererseits um so die Vorannahmen strukturiert abarbeiten zu können. Die Interviews orientierten sich an vorformulierten Frage-

stellungen, deren Abfolge festgelegt war, wobei jedoch nicht stets eine konsequente Handhabung des Leitfadens erfolgte, vielmehr wurde mit Hilfe einer flexiblen Vorgehensweise auch während eines Interviews ad hoc auf aktuelle Themenbereiche eingegangen und Fragen bei Bedarf vorgezogen. Weiterführende Erzählungen der Befragten wurden jedoch ermöglicht, da zur Beantwortung der Fragen keinerlei Antworten oder Auswahlvorgaben vorformuliert waren. Das Vorwissen des Forschers und seine Annahmen flossen in den Leitfaden ein, so dass einzelne Themengebiete vorgegeben wurden. Dieses Vorgehen bei den Leitfadeninterviews erleichtert einerseits die Vergleichbarkeit der erhobenen Daten, andererseits werden die GesprächspartnerInnen nicht in übertriebenem Maße zeitlich oder psychisch beansprucht, was zu gewährleisten war, um die Hemmschwelle zur Bereitschaft abzusenken und nicht zu viele Ablehnungen von potenziellen GesprächspartnerInnen zu bekommen¹².

Die Methode des teilstandardisierten Interviews bot sich hinsichtlich der zu befragenden Personen an. Da 50% der Untersuchungsklientel über einen Migrationshintergrund verfügen sollte und nicht absehbar war, wie ausgeprägt das deutsche Sprachverständnis bzw. die Kommunikationskompetenz in Deutsch war, erschien das Stellen von vorformulierten, einfachen Fragen die beste Methode, um an Informationen zu gelangen. Darüber hinaus ermöglicht dieses Vorgehen dem Interviewer, Themen, die über den Leitfaden hinausgehen, zu behandeln. In einem derartigen Gesprächskontext ist es dann möglich, Bereiche zu klären, ohne dass der Antwortcharakter an die strikte Dichotomie ja / nein gebunden ist (Hopf 1978: 100).

Dies bedeutet, dass mittels gezielter Nachfragen, die der Interviewer spontan stellen kann, dem Interviewten vermittelt wird, dass Interesse und ein "sich-aufeinander-einlassen" möglich ist. Es findet kein strukturiertes Abfragen des Leitfadens statt, sondern es besteht die Möglichkeit zu einem wechselseitigen Austausch. Dadurch wird u. U. die Spontaneität bei den GesprächsteilnehmerInnen unterstützt und gegebenenfalls die Dynamik der Antworten positiv beeinflusst. Wenngleich im Umkehrschluss der Interviewer unter dem Druck steht, seine persönlichen Ansichten im Gespräch nicht zum Tragen kommen zu lassen.

Der Ansatz ermöglicht es dem Fragesteller zusätzlich, bei ProbandInnen, die auffal-

¹² Da die Beschäftigten in der Altenhilfe vielfach mit Zeitdruck, Hektik und Arbeitstintensitäten zu kämpfen haben, hätte die Ankündigung eines breiten Zeitfensters, das ein Gespräch (z. B. im Rahmen eines narrativen Interviews) in Anspruch genommen hätte, die Interviewbereitschaft bei einzelnen ProbandInnen gegebenenfalls absenken können.

lend rasch oder lange zögernd mit "ja" oder "nein" antworten, Nachfragen zu stellen. Das kann einerseits über eine konkrete Nachfrage bzw. eine abgewandelte Wiederholung der Frage geschehen ("Ist es wirklich so, wenn...") oder andererseits mittels dem Anbieten verschiedener Interpretationen bzw. Antwortvariationen ("Kann es sein, dass..."). Somit bietet sich die Möglichkeit, einem provozierten Antwortverhalten durch suggestiv formulierte Fragen vorzubeugen.

Zusätzlich können über die einzelnen Fragenkomplexe hinaus Erklärungen auf beiden Seiten notwendig sein. Auf der Seite des Fragestellers ist es oftmals nötig, die Fragen spontan umzuformulieren oder inhaltlich besser auszudrücken. Rückblickend war dies v. a. bei den Pflegenden mit Migrationshintergrund der Fall. Unabhängig von Schulabschluss oder Bildungsniveau war die Ausprägtheit von Eloquenz und Aussagebereitschaft oder der Kenntnisumfang von deutschem Vokabular teilweise eingeschränkt. Einige ProbandInnen antworteten sehr stockend, einige formulierten ihre Aussagen unzusammenhängend, einige äußerten lediglich ja- oder nein- Formulierungen, einige sahen sich nicht in der Lage, auf den Inhalt einer Frage zu antworten. Diese Kommunikationsprobleme führten dazu, dass der Interviewer weitere Fragen stellen musste, um Informationen zu erhalten. Ebenso wurden teilweise inhaltlich die Aussagen der Befragten reformuliert, um abzugleichen, ob das Gesagte richtig verstanden bzw. interpretiert wurde.

Die Formulierung der Fragestellungen gestaltete sich nach folgenden Kriterien: aufgrund der im Vorfeld nicht abzusehenden Kommunikationsfähigkeit bot es sich an, einfache d. h. leicht verständliche Fragen zu erstellen. Trotz des alltäglichen Gebrauchs von Fachvokabularien, was in den Einrichtungen heutzutage auch als professionelles Kriterium gesehen wird, wurden derartige Begrifflichkeiten nicht verwendet. Ebenso waren die Sätze nicht zu lang strukturiert.

7. Befragungsinstrument

7.1 Die Themenkategorien und Indikatoren von Integration zur Operationalisierung der Fragestellung

Die Eingliederung eines Individuums in eine Gruppe von Personen ist als multifakto-

rielles Geschehen zu verstehen.

Die physischen, psychischen und sozialen Ebenen verdeutlichen, wie umfangreich integrative Prozesse anzusiedeln sind bzw. aus wie vielen unterschiedlichen Aspekten sich das Geschehen zusammensetzt. Neben dem individuellen menschlichen Verhalten, das sich aus den jeweiligen Bedürfnissen, Wahrnehmungen, Erwartungen oder Dispositionen konstituiert, ist auch der Bereich zwischenmenschlicher Interaktionsprozesse in bzw. zwischen Gruppen interessant. Aber auch die Ausübung sozialer Rollen oder die gesellschaftlichen Werte, Erwartungen und Strukturen beeinflussen integratives Verhalten.

In den Vorüberlegungen wurde ersichtlich, dass die Herstellung eines Ganzen, also im Sinne einer Einheit eines heterogen gestalteten Teams, aus sich überschneidenden Aspekten hervorgeht.

Um diese Vielzahl an Faktoren abzubilden, ergab sich eine umfangreiche Anzahl von Fragen (73).

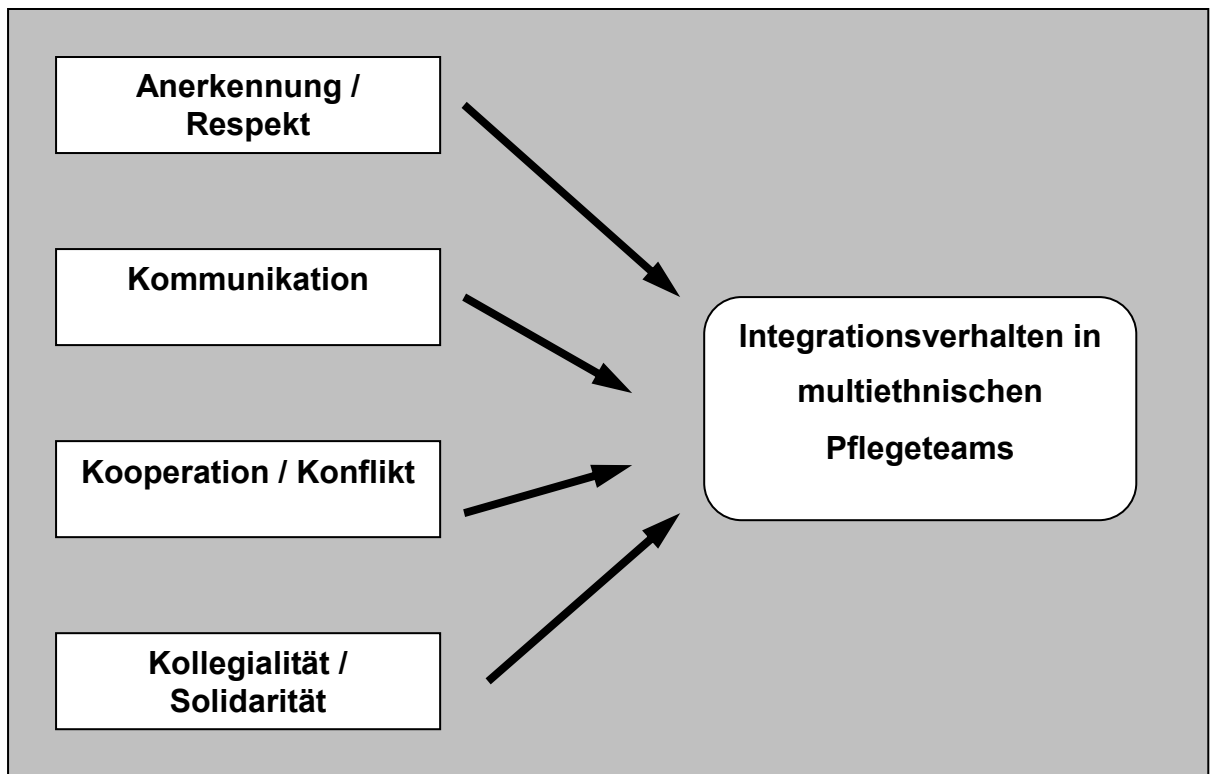
Die Fragen wurden in der Folge jeweils einer von vier bestimmten Themenkategorien zugeordnet.

Über die **Kategorien**

- (1) Kommunikation,
 - (2) Kooperation und Konflikt,
 - (3) Kollegialität und Solidarität
- sowie die auf das individuelle Einstellungskonzept bezogene Kategorie
- (4) Anerkennung und Respekt,

sollen Aussagen über die innerkollegialen Handlungsprozesse getroffen werden. Von den vier Bereichen wird angenommen, dass sie elementare Einflussgrößen auf die Eingliederung im Arbeitskontext eines Teams darstellen. Aus der Vorstellung, über die unterschiedlichen Aktivitäten bzw. Beschaffenheiten der Indikatoren bei den einzelnen Pflegemitarbeitern Erkundigungen einzuholen, wird versucht, das vorhandene Integrationsverhalten für ein Team als Ganzes zu bestimmen.

Übersicht 9: Themenkategorien zur Bestimmung des Integrationsverhaltens



Den Kategorien lagen die nachfolgenden, sozialwissenschaftlichen Überlegungen zu Grunde, welche zur inhaltlichen Ausarbeitung der Indikatoren herangezogen werden.

Im Folgenden werden die einzelnen Faktoren ausgeführt und die für die Befragung leitenden Überlegungen dargestellt.

7.2 Die Kategorie Anerkennung und Respekt

Die gegenseitige Anerkennung innerhalb einer Gruppe ist für die Zusammenarbeit und das tägliche Zusammenleben unerlässlich. Diese wechselseitige Akzeptanz der Mitglieder ermöglicht bzw. erlaubt die Beteiligung an den Gruppen-, Handlungs- und Kommunikationsprozessen; bei einer fehlenden Anerkennung droht die Marginalisierung innerhalb der Gruppe.

Anerkennung dient auch als Synonym für Respekt. Respekt bezeichnet eine Form der Achtung, Toleranz, Höflichkeit und Ehrerbietung in zwischenmenschlichen Beziehungen, also gegenüber anderen Personen. Wird in einem Team ein Umgang gepflegt, bei dem die einzelnen Persönlichkeiten der MitarbeiterInnen geachtet werden, so dass es zu

keinen grenzüberschreitenden, erniedrigenden Handlungen oder Äußerungen kommt und niemand versucht, sich aufgrund menschlicher Qualitäten über einen anderen zu stellen, dann kann auf ein respektierendes Verhältnis geschlossen werden. Die pflegerischen Individuen genießen ein Ansehen, das sich aus persönlichen sowie arbeitsspezifischen Kriterien konstruiert und auf dessen Basis sich die Pflegenden wenn nicht positiv, dann zumindest neutral begegnen können. Dies bedeutet, dass die Transformation des aus dem Fußball entliehenen Zitats der "elf Freunde" sich inhaltlich nicht operationalisieren lässt. Aber ein von Achtung geprägter Austausch in der Begegnung mit den anderen verzichtet auf abwertende, verletzende, pauschalisierte Kommentare. Plakativ formuliert: es geht um das Maß normaler Umgangsformen.

7.2.1 Der Indikator Arbeitsklima

Als Anzeichen dieser gelingenden Austauschprozesse wird die Bewertung des Betriebs- bzw. Arbeitsklimas durch die PflegemitarbeiterInnen gesehen. Diese Begrifflichkeit umfasst die subjektiv erlebte und wahrgenommene (längerfristige) Qualität des Zusammenwirkens, der Zusammenarbeit der Pflegenden einer stationären Einrichtung der Altenhilfe. Das Arbeitsklima bezeichnet die spezielle Situation am jeweiligen Arbeitsplatz und kann durch seine unmittelbare Wirkung auf die einzelne MitarbeiterIn auch entsprechend verändert werden. Arbeitszeit und Bezahlung sind wichtige Einflussfaktoren auf das Arbeitsklima, jedoch spielen auch Anerkennung und Sinnvermittlung durch Führungskräfte und KollegInnen eine wesentliche Rolle. Dass soziale Situationsbedingungen und Beziehungen einen beachtlichen Einfluss auf die Leistung der Mitarbeiter haben, hat Mayo (1950) in seinen soziologischen Feldstudien in den Hawthorne-Werken der Western Electric Company herausgefunden. Daraufhin wurde den sozialen Beziehungen der MitarbeiterInnen, den „human relations“ in den Arbeitsgruppen mehr Bedeutung beigemessen und ein Gegenbild zum Taylorismus (System der wissenschaftlichen Betriebsführung, das v. a. auf dem Prinzip der Zerlegung von Arbeitsvorgängen in einzelne Bewegungsabläufe zum Zweck der Rationalisierung beruht) entworfen. Die ArbeitnehmerInnen bringen gute Leistungen, wenn sie sich am Arbeitsplatz wohl fühlen – und Wohlfühlfaktor Nummer eins sind die sozialen Bindungen unter den KollegInnen. Nebenbei stellt das Arbeitsklima auch einen Indikator für die Zusammenarbeit dar. Die Sozialpsychologie geht davon aus, dass eine gute Stimmung innerhalb eines stationären Bereiches sowie unter den KollegInnen mit einer erhöhten Hilfsbereitschaft korreliert. Einem Akteur, der die anderen Pflegekräfte unterstützt, ist es möglich, den eigenen Ge-

winn in diesen Austauschbeziehungen zu maximieren: erstens erhöht das eigene kooperative Engagement den individuellen Nutzen für das ganze Team (z. B. gemeinsame Pause nach arbeitsintensiver Phase), zweitens sichert das hilfsbereite Agieren oder ein positives Wertschätzen der Anderen deren Unterstützungsbereitschaft für die Zukunft im umgekehrten Fall (z. B. Hilfe bei diffizilen Bewegungswechseln).

Deshalb wird nach der Einschätzung des Arbeitsklimas gefragt, da hierdurch Rückschlüsse auf die sozialen Beziehungen unter den multikulturellen Pflegekräften möglich sind. D. h. positive Äußerungen zur Bewertung des vorherrschenden Arbeitsklimas auf einer Station bilden auch geglückte Interaktionsprozesse ab. Ist das Denken, Handeln und Fühlen gegenseitig aufeinander bezogen, so deutet dies auf ein positives Integrationsverhalten der Pflegenden hin. Ein gutes Arbeitsklima hat Einfluss auf den Integrationswillen: ist die Stimmung in einem multiethnischen Team gut, so zeigt sich auch die Einbindung aller Mitglieder als gelungen, so die Annahme.

Zur Abbildung des Indikators Arbeitsklima wird nach den Kriterien emotionale Einstellung, möglichen Verbesserungspotenzialen und -wünschen sowie nach der allgemeinen Stimmungslage gefragt.

7.2.2 Der Indikator Wertschätzung

Zur weiteren Bestimmung der Kategorie Anerkennung und Respekt wird der Faktor Wertschätzung herangezogen. Darunter wird die (angemessene) Aussprache von Bestätigung und Lob oder der Erhalt von (gegenseitiger) Zustimmung – also insgesamt die Würdigung einer Leistung – verstanden. Jede MitarbeiterIn geht ihrer Beschäftigung nach und erledigt eine Quantität an Tätigkeiten. Über monetäre Gesichtspunkte hinaus ist es für die Einzelnen aber ebenso wichtig, persönliche Bestätigung bei seinem pflegerischen Handeln zu finden.

Die Art und Weise der Beziehungsgestaltung ist bei diesem Komplex entscheidend. Es ist nachvollziehbar, dass im Arbeitsalltag Fehler gemacht werden, dass Kritik notwendig ist und geäußert wird, dass Friktionen auftreten. Die menschliche Spannweite bei derartigen Prozessen ist dabei interessant, wie jemand dem anderen begegnet, welche Elemente dabei Einfluss nehmen.

Aus Sicht der Psychologie sind Wertschätzung und positive Rückmeldungen innerhalb

eines Teams elementar, um den Selbstwert der Adressaten zu erhöhen (Frey, Schuster & Brandstätter 2002: 25).

So erscheint es relevant zu beleuchten, wie sich MitarbeiterInnen untereinander mit Lob und Kritik begegnen: wie wird es von den Beteiligten generell gehandhabt, sich positiv zu gelungenen Leistungen von KollegInnen zu äußern? Wird gegenseitige Wertschätzung auch verbal geäußert? Erfolgt Kritik auf sachlicher Ebene mit einem konstruktiven Ansatz oder wird auf persönlicher Ebene argumentiert? Und die wichtigste Frage: wird bei den Adressaten von wertschätzenden Äußerungen nach der Herkunft differenziert?

Hier wird angenommen, dass ein erhöhtes Maß an wechselseitiger Wertschätzung innerhalb eines Teams auch ein Indikator für das Intergrationsverhalten der Pflegekräfte ist. Werden nur wenige lobende Äußerungen zwischen den MitarbeiterInnen mit unterschiedlichen Ethnien getätigt, so wird dies als ein Zeichen für ein unzureichend ausgeprägtes Integrationsverhalten in einem Team gewertet: je geringer das Aussprechen von Lob, Wertschätzung und Bestätigung, desto weniger ist die Bereitschaft zu integrierenden Handlungen gegeben. Unterschieden wird nach Möglichkeit in eine horizontale Form der Wertschätzung (d. h. zwischen den KollegInnen eines Pflgeteams) sowie in eine vertikale Form, unter der anerkennende Handlungen bzw. Äußerungen von der Leitungs- und Entscheidungsebene an die Pflegekräfte subsumiert werden.

7.2.3 Der Indikator Vorurteile / Einstellung

Aus der Tatsache, dass wir alle Vorurteile oder zumindest Voraus-Urteile für unsere Orientierung im alltäglichen Leben brauchen, lässt sich die Frage ableiten, in wie weit diese Wahrnehmungen und die Vereinfachung von Sachverhalten durch die Zusammenfassung zu Stereotypen, also zu bestimmten Kategorien, das Intergrationsverhalten der Mitglieder in multiethnischen Pflgeteams beeinflussen.

Um die Existenz von Anerkennung und Respekt innerhalb eines Kollegiums zu betrachten, ist es notwendig, über die Einstellungsmuster der einzelnen ProbandenInnen Rückschlüsse auf Aktivitäten und Beziehungsprozesse zwischen den multinationalen Teammitgliedern anzustellen.

Einstellungen können als gelernte Neigungen eines Individuums verstanden werden,

auf bestimmte Zielreize (sprich Menschen, Gegenstände, Ideen) mit positiven oder negativen Bewertungen zu reagieren, woran wiederum Gefühle und Überzeugungen anhängig sind. Diese Tendenz, jemanden oder irgendetwas günstig bzw. ungünstig zu bewerten, verfolgt verschiedene Funktionen:

- Motivationale Funktion:
Ich-Verteidigung, d. h. Schutz vor negativen Gefühlen gegenüber sich selbst durch Projektion auf andere Individuen;
- Instrumentelle Funktion:
Positive Einstellung gegenüber Objekten, die eine Belohnung versprechen und umgekehrt;
- Wissens- und Ökonomiefunktion:
Reduzierung von komplexem Wissen;
- Ausdruck von eigenen Werten
(Stahlberg / Frey 1997: 229).

Einstellungen hängen von den eigenen Überzeugungen und Gefühlen ab. Negative und ablehnende Einstellungen gegenüber Personen oder Gruppen werden als Vorurteile aufgefasst. Bezieht sich eine Antipathie gegen eine Gruppe als Ganzes oder nur gegen eine einzelne Person, weil es Mitglied dieser Gruppe ist, so spricht man von einem ethnischen Vorurteil. Diese Antipathie kann sowohl entsprechende Handlungen nach sich ziehen, sie kann aber auch lediglich emotionale Wirkung haben (Allport 1971: 23; Schäfer / Six 1978: 40). Das wesentliche Merkmal eines Vorurteils ist seine Resistenz gegenüber neuen Informationen, d. h. aufgrund selektiver Wahrnehmung werden Erkenntnisse, die potenziell eine Veränderung einer Voreingenommenheit intendieren könnten, ausgeblendet oder als irrig generalisiert. Anhand eines vorhandenen Pseudowissens (Heckmann 1987: 66) erleichtern Vorurteile die Generalisierung des mannigfaltigen Verhaltens der Umwelt (Reduzierung von Komplexitäten) (Tajfel 1982: 76). Vorurteile erzeugen ein differenziertes und klares Bild der Umwelt, sie führen zu einer positiven Selbstbewertung und beinhalten Erklärungen für allgemeine Ereignisse oder Lebenssituationen von Menschen. Zusätzlich rechtfertigen sie eigenes (negatives) Agieren oder Unterlassen (vgl. Zick 2002: 419).

Letztendlich könnte eine **Definition** wie folgt lauten: „Vorurteile sind negative oder ablehnende Einstellungen einem Menschen oder einer Menschengruppe gegenüber, wobei dieser Gruppe infolge stereotyper Vorstellungen bestimmte Eigenschaften von vornhe-

rein zugeschrieben werden, die sich aufgrund von Starrheit und gefühlsmäßiger Ladung selbst bei widersprechender Erfahrung schwer korrigieren lassen" (Davis 1964: 53).

Nach Allports (1971: 28) gradueller Unterscheidung von feindseligem Verhalten verkörpert die Verleumdung die unterste Handlungsintensität. Er geht davon aus, dass Menschen mit Vorurteilen diese auch äußern und nur wenige dazu tendieren, ihre Abneigungen für sich zu behalten. In einer Skala zur Erfassung von Vorurteilen in einer Gesellschaft nimmt er folgende Abstufungen vor:

- (1) **Verleumdung:** Die meisten Menschen mit Vorurteilen reden auch darüber. Gleichgesinnten und gelegentlich auch Fremden gegenüber lassen sie ihren feindseligen Gefühlen freien Lauf.
- (2) **Vermeidung:** Wenn das Vorurteil bei einem stärker wird, wird er die Berührung mit Mitgliedern der abgelehnten Gruppe vermeiden, sogar wenn er dafür beachtliche Unannehmlichkeiten in Kauf nehmen muss.
- (3) **Diskriminierung:** Der Voreingenommene möchte alle Mitglieder der abgelehnten Gruppe von bestimmten Berufen, von bestimmten Wohngegenden, von politischen Rechten, Erziehungs- und Erholungsmöglichkeiten und anderen sozialen Einrichtungen fernhalten.
- (4) **Körperliche Gewaltanwendung:** Unter der Bedingung von gesteigerter Emotionalität führt das Vorurteil zu verschiedenen Arten von Gewaltanwendung, beispielsweise werden Grabsteine auf jüdischen Friedhöfen geschändet.
- (5) **Vernichtung:** Lynchjustiz, Pogrome, Massenmorde oder der Völkermord kennzeichnen den höchsten Grad von Gewalt, durch den sich das Vorurteil ausdrückt.

Nach Hansen (1995: 546ff) lassen sich vier wesentliche **Funktionen** von Vorurteilen hervorheben:

- (1) Vorurteile dienen der **Orientierung** in einer komplexen Welt, reduzieren Unsicherheit und bieten Verhaltenssicherheit; sie ermöglichen die Herstellung und Aufrechterhaltung von Selbstwertgefühlen;
- (2) Vorurteile dienen durch Ein- und Ausgrenzungen der **Gruppenbildung** und ermöglichen die Entwicklung eines positiven Selbstkonzepts der Eigengruppe und ein negatives Konzept von Fremdgruppen. Sie machen die Verschiebung aggress-

siver Gefühle auf Fremdgruppen möglich und können so auch die Solidarität innerhalb der Eigengruppe erhöhen;

- (3) Vorurteile dienen der **Legitimierung** von Herrschaft und tragen dazu bei, den Status quo der ungleichen Machtverteilung zwischen Majoritäten und Minoritäten zu erhalten;
- (4) Vorurteile dienen über die Bereitstellung von "Sündenböcken" und Mythenbildungen der **Stabilisierung** von Herrschaftsverhältnissen: über Fremd- und Feindbilder werden Gruppengrenzen und folglich auch die Grenzen der Solidarität definiert.

Ist der statistische Zusammenhang zwischen Vorurteilen und daraus resultierenden Handlungen als eher schwach zu sehen (vgl. Heckmann 2001: 76), erscheint es dennoch angebracht, in einem multiethnischen Pflegekollegium nach vorhandenen Voreingenommenheiten zu fragen. Diese negativen Einstellungen beziehen sich sowohl auf deutsche als auch auf Pflegekräfte mit Migrationshintergrund.

Im Rahmen dieser Untersuchung war es a priori nicht möglich, die diversen Einstellungsmuster der unterschiedlichen Pflegepersonen zu eruieren, dies war auch nicht das Ziel. Jedoch ist es tendenziell möglich, eine allgemeine Einstellung gegenüber Menschen mit differenter kultureller Herkunft bei den einzelnen GesprächsteilnehmerInnen herauszufiltern. Diese Bewertungstendenz stellt eine übergeordnete, individuelle Neigung dar und beeinflusst dementsprechend das Verhalten eines Individuums. Hat eine Person beispielsweise eine positive Einstellung zum Energiesparen, so resultiert aus dieser Haltung ein Aktivitätsbündel, z. B. die Verwendung von Energiesparlampen, Vermeidung unnützen Strombedarfs, Wärme-Isolierung von Räumen etc.

So wurde versucht, die generelle Einstellung einer Pflegekraft gegenüber anderen Teammitgliedern herauszufiltern. Der spezielle Blick richtete sich dabei auf das Verhältnis zwischen deutschen Pflegenden und Personen mit Migrationshintergrund, d. h. die einheimischen Pflegekräfte wurden explizit nach ihrer Meinung über KollegInnen mit einer differenten Herkunft gefragt. Umgekehrt wurden den Pflegenden mit Zuwanderungsgeschichte Fragen nach ihrer Einschätzung zu den deutschen Pflegekräften gestellt.

Vor dem Zusammenhang von Einstellung und Vorurteilen richtet sich der Fokus

auf die Einstellung der Pflegekräfte gegenüber der jeweiligen Fremdgruppe. Die ausgeprägten negativen oder positiven Urteile gegenüber den allochthonen bzw. autochthonen KollegInnen nehmen Einfluss auf die Integrationsleistung eines Teams. Offen geäußerte negative Einstellungen gegenüber VertreterInnen der anderen Gruppe deuten auf eine suboptimale Gruppensituation hin, in deren Folge eine verzerrte Wahrnehmung der anderen Gruppe, eine erhöhte Konfliktbereitschaft sowie eine geringe Wandlungsfähigkeit (durch die Abschottung gegen fremde Einflüsse) resultieren kann. Je höher der Grad an negativen Aussagen, desto ungünstiger ist die Einbeziehung aller Mitglieder ins Team zu werten.

Neuere Untersuchungen zeigen, dass Religiosität keinen bedeutenden Zusammenhang zur Einstellung gegenüber ausländischen Personen herstellen kann. Neben dem generellen und auch statistisch messbaren¹³ Bedeutungsverlust von Religion und Kirchen wurde festgestellt, dass religiöse Menschen nicht philanthroper bzw. altruistischer gegenüber ausländischen Personen eingestellt sind (Kneubühler 2001: 127; Kecskes / Wolf 1996). Für die vorliegende Befragung hatte dies zur Konsequenz, dass der Faktor Religion keine gesonderten Fragestellungen nach sich zog.

7.3 Die Kategorie Kommunikation

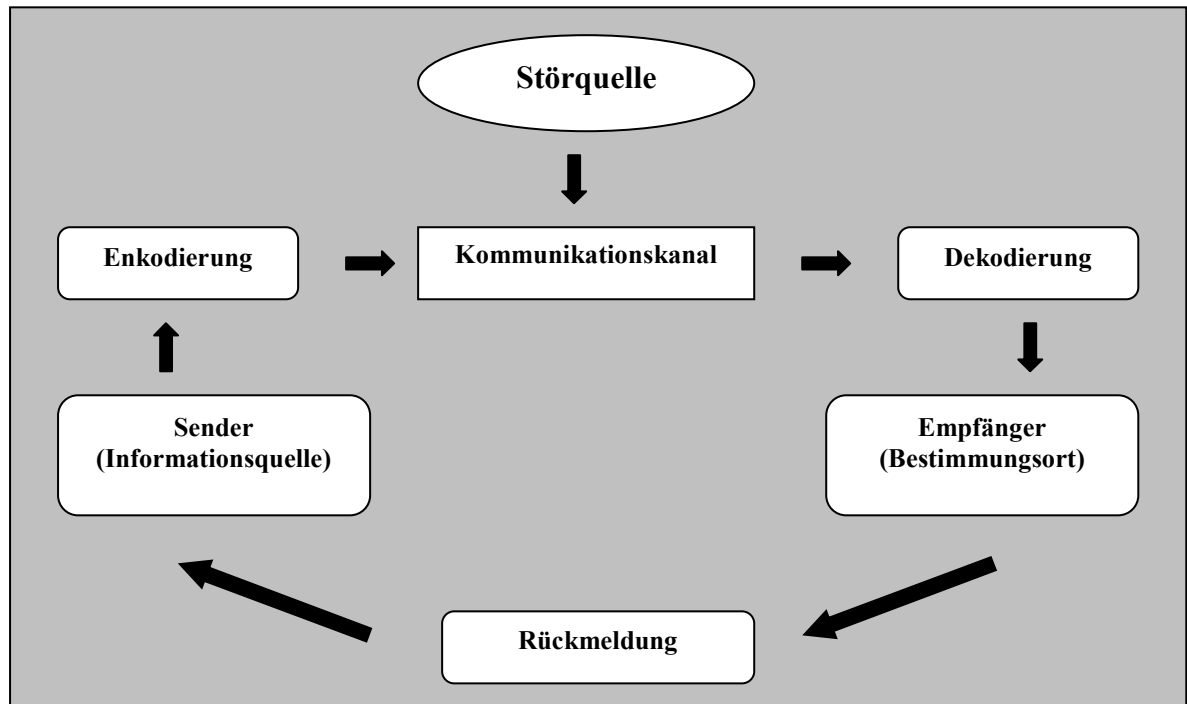
Ein wesentliches Kriterium des zwischenmenschlichen Austausches stellt die Kommunikation dar. Sie kann als Teilmenge sozialer Interaktion verstanden werden (Blickle 2004: 59). Kommunikation richtet sich nach bestimmten Regeln aus. Somit wird es Personen möglich, ihre Absichten unter Verwendung eines Mediums (z.B. Brief, persönliches Gespräch) gegenüber anderen mitzuteilen und entsprechend zu verwirklichen.

Die Weitergabe von Informationen setzt u. a. einen gemeinsamen Vorrat geteilter Zeichen sprachlicher Art (verbal oder nonverbal) bei den Beteiligten voraus. Mit dem Modell der Signalübertragung lässt sich der Übertragungsprozess veranschaulichen: ein Sender verschlüsselt (enkodiert) eine Botschaft, die über einen Kommunikationskanal (z. B. akustischer Weg bei Sprache, visueller Weg bei Verschriftlichung) einem Empfänger übermittelt wird. Am Bestimmungsort wird die Nachricht entschlüsselt (dekodiert) und kann über eine Rückmeldung den ursprünglichem Sender beantwortet wer-

¹³ Siehe www.kirchenaustritt.de/statistik/

den. Eine Übertragung kann durch vorhandene Störquellen beeinträchtigt werden. Ursachen für einen gestörten Vermittlungsweg sind beispielsweise unterschiedliche Zeichen (sprachliche Defizite) und deren Bedeutung (bei Dialekt) sowie Lärm oder Stress.

Übersicht 10: Signalübertragungsmodell



(nach Thomas 1991: 60)

Die Aufgaben von Kommunikation innerhalb einer Institution können in die Gruppe der grundlegenden und direkten d. h. primären Funktionen sowie der indirekten, zeitversetzt-wirkenden sekundären Funktionen aufgeteilt werden.

Übersicht 11: Funktionen von Kommunikation in Institutionen

Primäre Funktionen

- Vermittlung von Informationen über die gemeinsame Zielerreichung
- Festlegung und Koordination arbeitsteiliger Handlungen
- Aufgaben-, Rollenklarheit
- Problemerkennung, Entscheidungsunterstützung
- Überprüfung und Verbesserung des Zielerreichungsprozesses

Sekundäre Funktionen (motivationale, additional Funktionen)

- Soziale Eingliederung, informeller Informationsaustausch
- Konfliktminderung und -vermeidung
- Motivation und Identifikation

- Zufriedenheit
- Betriebsklima und Unternehmenskultur
- Außenwirkung

(nach Winterstein 1998: 11ff, 21ff).

7.3.1 Der Indikator Subkommunikation

Kommunikation ist Voraussetzung dafür, dass Kooperation in einem Team überhaupt zu Stande kommt (Spieß / Winterstein 1999: 51). Zum Verhältnis von Kooperation und Kommunikation konstatiert Piepenburg (1991: 80), dass Kommunikation zwar ohne kooperatives Handeln möglich ist, sie jedoch als Voraussetzung für Kooperation in umfassendem Maße notwendig ist.

Watzlawick, Beavin und Jackson (2000: 53ff) haben mit ihren Axiomen zur menschlichen Kommunikation erarbeitet, nach welchen Strukturen und in welchen Formen Menschen in Austausch treten. Die metakommunikative Feststellung, dass man nicht *nicht* kommunizieren kann, verdeutlicht zum einen die Funktion der sprachlichen Ebene. Zum anderen operieren aber auch unabhängig von verbalen Äußerungen Mimik, Gestik, Körperhaltung oder Bewegungsform als relevante Bedeutungsträger.

Zur Produktion und dem Verstehen von Sprache ist sowohl die linguistische Kompetenz (Phonologie, Morphologie, Syntax, Lexikon) als auch die pragmatische Kompetenz nötig, d. h. die Einschätzung des sozialen Kontextes, die Art und Weise der Konversation sowie die Intention der Verständigung (vgl. Grimm 1998: 705ff).

Bei formaler Kommunikation steht der zielorientierte, leistungsfokussierte und strukturierte Austausch nach festen Regeln und Kontakthäufigkeiten entlang der organisatorischen Hierarchie im Vordergrund. Bei einem informellen Austausch fehlen entsprechende Regeln, private Gespräche unter KollegInnen, aber auch Gerüchte und Fehlinformationen sind darunter zu subsumieren.

Verbale und nonverbale Kommunikation sollten im Sinne eines funktionalen Ansatzes nicht separat betrachtet werden. Sie wirken vielmehr zusammen, machen den Charakter einer Botschaft aus und vermitteln dadurch einem Empfänger, wie eine komplizierte Mitteilung zu verstehen ist (Wiemann / Giles 1997: 333).

Über kommunikatives Verhalten lässt sich soziale Kontrolle ausüben. Sie bezieht sich auf die Einschränkungen, die sich die Teilnehmer an einem Gespräch auferlegen. „Eine Person besitzt soziale Kontrolle über andere in dem Maß, wie sie einschränken kann, was diese als nächstes tun können, aber auch gleichzeitig den Eindruck hinterlässt, dass

dieses Verhalten angemessen, logisch, verständlich und vernünftig ist“ (a. a. O.: 337). Verhaltensweisen (z. B. Anrede mit „Sie“ anstatt „Du“), Gesprächsunterbrechungen oder der Sprachstil (differenzierter Wortschatz, sozial angemessene Aussprache) tragen zu diesem Phänomen bei.

Über Sprache lässt sich auch Gruppenidentität herstellen. Auf eine Gruppe als ganzes bezogen, geschieht dies über geäußerte Abwertung von Fremdgruppen (im vorliegenden Fall von Ärzten, Angehörigen, Besuchern etc.) bei analoger überhöhter Äußerungen bezüglich des eigenen Kollegiums.

Wenn in einem Team verschiedene Nationalitäten vorhanden sind, trifft dies per se auch auf die Sprachverhältnisse zu. Erstens existieren differente Landessprachen von MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund. Zweitens sprechen auch autochthone Pflegekräfte oftmals in Mundart oder dialektgefärbter Ausdrucksweise.

Eine derartige Konstellation kann – so die Annahme – zu folgenden Spannungs- und Friktionsprozessen führen:

- Die Kommunikation von Pflegekräften, deren Muttersprache nicht deutsch ist, schließt die anderen bei einem Gespräch in der Landessprache vom Informationsfluss aus. Dabei ist der formale bzw. informale Gehalt irrelevant, denn den Außenstehenden bleibt die Dekodierung vorenthalten. Sehen die InitiatorInnen diese Ausdrucksweise auch als positiv oder nützlich an (u. U. rascherer Redefluss, umfangreicherer Wortschatz, intimerer Inhalt), so können unverständliche Gespräche bei den übrigen KollegInnen auf Ablehnung und Unverständnis stoßen: diese Art von Austausch enthält ihnen Informationen vor und kann u. U. als Lästern oder Kritik auf sie selbst bezogen sein. Eine Kommunikationsform, die aufgrund ihrer nicht-landesüblichen sprachlichen Ausprägung andere Teilnehmer bzw. die Mehrheit einer Gruppe inhaltlich ausschließt, soll hier mit **Subkommunikation** bezeichnet werden.
- Die Gespräche der deutschen Pflegekräfte finden m. E. in schrift- bzw. hochdeutscher Form statt. Heutzutage finden Personen aus allen Bundesländern in bayerischen Altenpflegeheimen Anstellung und mit ihnen hält auch ihre Sprache Einzug. Daneben lassen sich auch sprachwissenschaftlich nachgewiesene regionale Nuancen auf der bayerischen Landesebene feststellen, was hinsichtlich der

Sinnhaftigkeit und der Aussprache spezifischer Wörter z. B. in Schwaben, Nieder- oder Oberbayern, der Oberpfalz oder im Allgäu zu erheblichen Unterschieden führt. Sind diese sprachlichen Diskrepanzen unter deutschen KollegInnen (noch) leichter zu kompensieren, so kann sich ein interkultureller Austausch erheblich verkomplizieren. Die Personen mit Zuwanderungsgeschichte beziehen oftmals ihre Deutschkenntnisse aus besuchten Deutschkursen oder absolvierten Schulzeiten, in denen ein hochdeutscher Sprachstil gepflegt wird. Findet der Spracherwerb im Privaten statt (innerfamiliäre Gespräche), so erscheint die Qualität und Quantität in diesem Zusammenhang eher nur eingeschränkt vorhanden zu sein (Stichwort Segregation, Ghettoisierung). Mit ihren Fähigkeiten treffen sie dann im Pflegealltag auf einen möglicherweise spezifisch-bayerischen Wortschatz sowie auf ein pflegerisch-medizinisches Fachvokabular, eine rasche Redefrequenz und eine unpräzise Artikulation im Sinne von „schlampiger Aussprache“.

Gestaltet sich eine interethnische Kommunikation auf diese Art, sind Missverständnisse nachvollziehbar.

Als eine erste Konsequenz ergibt sich die Annahme, dass Gespräche der Pflegekräfte in einer Sprache, die für die übrige Mehrheit der KollegInnen (einheimisch und fremdländisch) unverständlich ist, eine negative Wirkung auf das Integrationsbestreben des Teams beinhalten.

Zweitens wird für die einheimischen Pflegenden angenommen, dass die regional spezifische Verwendung von mundartlicher Sprache bzw. Ausdrucksweise ein Kommunikationshindernis für die allochthonen MitarbeiterInnen darstellt und somit integrationshemmend wirkt. Je höher hier die Bereitschaft von allen Beteiligten eines Teams zu einer breit verständlichen Kommunikation ist, desto besser ist der Wille zur Integration ausgeprägt.

7.3.2 Die Indikatoren Witze/Scherze bzw. Humor

Eine spezielle Kommunikationsform bilden Witze und Scherze (Hänseleien, Spott, Ironie). Am Arbeitsplatz werden so Probleme (offen oder verschleiert) aufgezeigt und thematisiert, Gefühle zum Ausdruck gebracht, aber auch Beziehungen zu den anderen gespiegelt und beleuchtet (Neuberger 1990: 97ff). Das Erzählen von Witzen und Scherzen ist eine soziale Handlung, die eine kognitive (über etwas reden), eine affektive (als

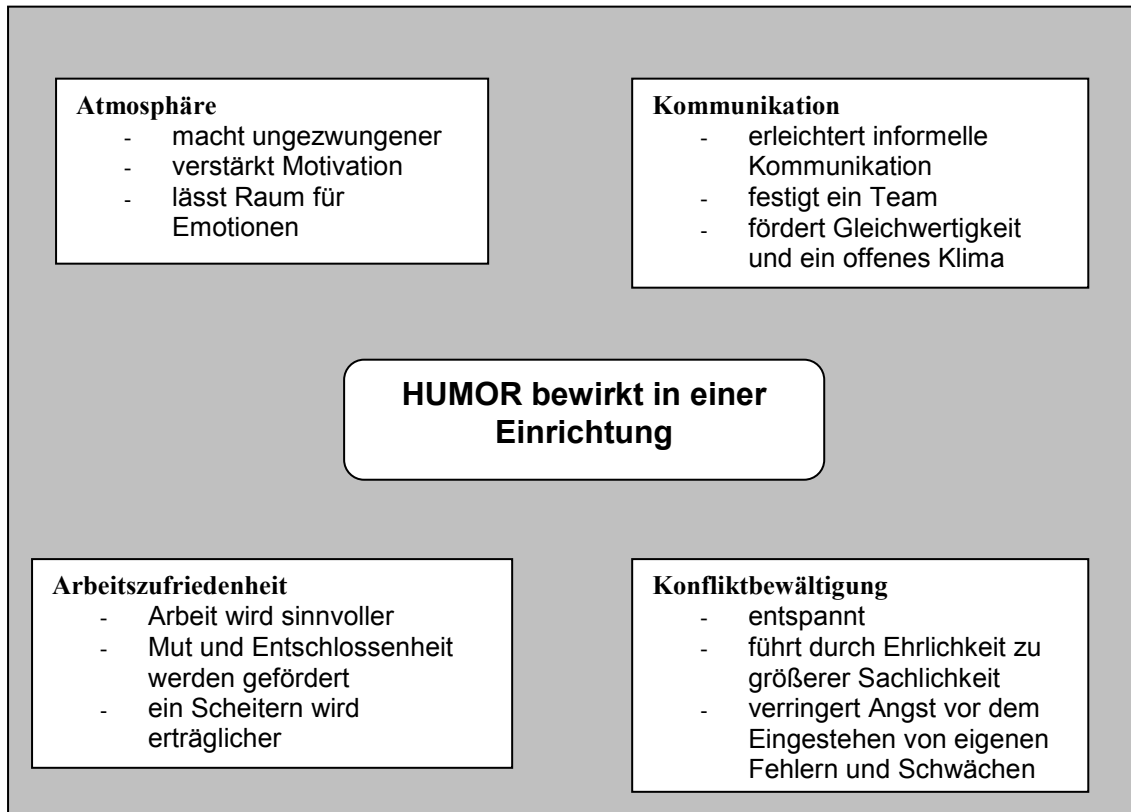
jemand reden) und eine soziale Seite (mit jemanden reden) besitzt (a. a. O.: 334).

Während Witze meist eine aufheiternde, abwechslungsreiche, komische und karikierende bzw. aufklärerische Intention aufweisen, ist die Konnotation von Scherzen mit deren speziellen Inhalten (Arbeitsärgernisse, Kollegenprobleme, Lebensdilemmata etc.) m. E. eher negativ zu werten. „Komik ist ein Machtinstrument, das im Verlachen, Verspotten oder gar Verhöhnern eingesetzt wird“ (Bachmaier 2007: 11). Das Verhalten von MitarbeiterInnen (z. B. demütige Handlungen, Überkorrektheit, häufige Fehlzeiten) oder Persönlichkeitseigenschaften (z. B. Stottern, Faulheit, Übergewicht, Sprachdefizite) dienen dazu, über entsprechende Äußerungen den Adressaten zu kompromittieren, lächerlich zu machen oder abzuwerten. Nach Neuberger (1990: 398) sind Personen in einer Institution umso häufiger Ziel von Witzen, Spott und Hänseleien, je geringer ihr Status angesiedelt ist.

Die Präsenz von Witzen, die ein positives Arbeitsklima schaffen, bzw. die Existenz von Scherzen, die negativ in Bezug auf ein integratives Beziehungsgeflecht aufgefasst werden, symbolisieren somit einen weiteren Indikator für die Themenkategorie Kommunikation.

Gleichzeitig ist es generell von Bedeutung, ob in einem Team mit- und übereinander gelacht wird, ob i. w. S. Humor vorhanden ist. Humor deutet auf gute Laune, das Machen von Witzen, das Lachen darüber (auch dann zu lachen, wenn andere über einen selbst Witze machen) und auf die Fähigkeit hin, unangenehme Alltagsdinge gelassener zu sehen. Humor findet in der Interaktion mit den KollegInnen statt und hat unter bestimmten Voraussetzungen positive Auswirkungen auf die Gesundheit (vgl. Stemmer 2007: 37). Für den Humor am Arbeitsplatz verweist Hirsch (2007: 65ff) auf die Möglichkeit, kritische Situationen leichter zu meistern oder die Burn-out-Entwicklung zu beeinflussen. Die relevanten Wirkungsfelder von Humor in einer Einrichtung unter Einbezug des Untersuchungskontexts lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Übersicht 12: Wirkungsfelder von Humor in einer Institution



(in Anlehnung an Hirsch 2007: 71)

Somit wird unterstellt, dass das Maß an Späßen und Witzemachen, also im weitesten Sinne Humor, in einem multiethnischen Team einen Rückschluss auf das Integrationsgebaren zulässt: je mehr gelacht wird, desto besser ist der Zusammenhalt, der Austausch untereinander. Wird sich auf Kosten anderer lustig gemacht (im Sinne von Scherzen), so hat dies eine gegensätzliche Wirkung zur Folge.

7.3.3 Der Indikator Kommunikationsverständnis

In Anbetracht der feminin-dominierten Gruppenzusammensetzungen in der Altenpflege wird auch auf geschlechtsspezifische Unterschiede im Kommunikationsverhalten hingewiesen. Nach Dion (1985: 312ff) bevorzugen Männer einen sachlichen Kommunikationsstil, Mehrheitsentscheidungen und eine offene Konfrontation in Konfliktfällen.

Frauen hingegen pflegen einen emotional-gefärbten Kommunikationsstil, suchen in Konfliktsituationen nach konstruktiven Lösungen bzw. Kompromissen, präferieren Konsenslösungen und tendieren zu einer kooperativen Arbeitsweise, bei der ein erzielter Erfolg auf die ganze Gruppe projiziert wird.

In einer Studie der Akademie für Führungskräfte der Wirtschaft (2002: 10) zur Effekti-

vität von Gruppenarbeit werden als Hauptthemnisse für kooperatives Agieren überwiegend Kommunikationsschwierigkeiten genannt (97%). Daneben geben die Befragten u. a. keine Zusammenarbeitskultur (91%), fehlendes Vertrauen (90%) und Machtkämpfe (88%) an.

Somit erscheint es interessant zu beleuchten, wie die Kommunikationsvorgänge in einem multiethnischen Pflgeteam gestaltet sind. Zum einen nehmen kommunikative Prozesse eine tragende Rolle ein (u. a. Informationsweitergabe, Arbeitsorganisation, psychosoziale Komponente der Bewohnerbetreuung), zum anderen ist die Kompetenz zur Sprachfähigkeit different vorhanden. Ausschlaggebend ist primär die horizontale Kommunikation zwischen den MitarbeiterInnen, da die Kommunikation zwischen den institutionellen Hierarchiestufen (vertikale Kommunikation) lediglich eine untergeordnete Rolle spielt.

Im Fokus stehen dabei nicht die unterschiedlichen Kommunikationsnetze, sondern vielmehr die Kommunikationseffizienz sowie die Kommunikationskompatibilität der VertreterInnen mit unterschiedlichen Nationalitäten. In diesem Kontext ist vor allem die Sprachkompetenz der MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund von Bedeutung. Innerhalb eines Pflege-Kollegiums besteht ein Muss zur Konversation. Sie wird eingesetzt, um Aufgaben zu delegieren, Wahrnehmungen zu transportieren oder Informationen an die nächste Schichtbesetzung weiter zu geben. Somit resultiert die Annahme, dass eine geringe Sprachfertigkeit ein Integrationshindernis darstellt. Denn je weniger auf Seiten der allochthonen Personen die Bereitschaft und Kompetenz zum Gebrauch bzw. zum Verständnis der deutschen Sprache vorherrscht, desto schwerer gestalten sich integrierende Handlungen bei den autochthonen KollegInnen. Haben sprachliche Defizite Nachteile zur Folge, stört dies die Existenz des Teams (Buchinger 2008).

So dient der formelle bzw. informelle Austausch als Gradmesser für das Beziehungsgeflecht untereinander. Sowohl der Inhalts- als auch der Beziehungsaspekt (Watzlawick, Beavin & Jackson 2000: 53) sowie die Bereitschaft zur Kommunikation verdeutlichen die Positionierung zueinander, den Umgang miteinander.

So wird weiter angenommen, dass die Qualität der Kommunikation auch die Qualität eines integrativen Verhaltens widerspiegelt. Ist die Kompetenz zur Kommuni-

kation (Schrift und Wort) in deutscher Sprache nur eingeschränkt vorhanden, resultieren Schwierigkeiten und Erschwernisse bei den Beziehungs- und Austauschprozessen innerhalb des Teams.

Besteht innerhalb des Teams zusätzlich die Bereitschaft, sich auch informell auf einer Ebene privaten Inhalts auszutauschen, lässt dies Rückschlüsse auf den Beziehungsaufbau zwischen den MitarbeiterInnen des Teams zu. Werden die rein formalen Kommunikationsstrukturen verlassen, so weist dies auf ein erhöhtes Maß an Vertrauen hin. Hier sind vor allem Konstellationen von Bedeutung, die über nationale Unterschiede in der Herkunft hinausgehen. So gelten hier persönliche Gespräche als ein Gradmesser für Integration, wenn sie vermehrt und wechselseitig d. h. unabhängig von der Herkunft der Beteiligten stattfinden.

7.4 Die Kategorie Kooperation und Konflikt

Kooperation beschreibt Art und Umfang, in denen die individuelle Tätigkeit eines Menschen mit dem Tun anderer verbunden ist bzw. davon abhängig ist. Dieses Zusammenwirken ist also eine soziale Strategie, die auf Zusammenarbeit und Austausch mit Anderen basiert und zielgerichtet den eigenen Nutzen auf den Nutzen der anderen Kooperationspartner (Pflegekräfte) abstimmt.

Die Unterstützungs- und Hilfeleistungen innerhalb eines Teams lassen sich – je nach Grundausrichtung – in drei Arten von Kooperation einteilen (Spieß 2004: 78):

(1) Strategische Kooperation

Der Grundtenor ist ein nutzenorientiertes, zielgerichtetes und rationales Handeln, um mit geplanter und bewusst gestalteter Zusammenarbeit eigene Interessen voranzutreiben.

(2) Empathische Kooperation

Die Zielumsetzung vollzieht sich im Einklang mit den InteraktionspartnerInnen über gemeinsame Zielfindungsdiskussionen und empathisches Verhalten (Hineinversetzen in bzw. Akzeptanz der KollegInnen). Der oder die anderen werden zur Zusammenarbeit gewonnen, wobei die Kommunikation ein wesentlicher Bestandteil ist.

(3) Pseudokooperation

Eine angenommene Gemeinsamkeit des Kollegiums (z. B. die Zielsetzung) ist nicht mehr vorhanden und führt zu einer verzerrten Wahrnehmung der Situation: es wird agiert, als ob die Grundlage noch existent wäre. Als Folge ergeben sich nur noch ein oberflächlicher Austausch und ein Vertrauensverlust. Eine strategische Pseudokooperation täuscht gemeinsame Ziele, eine empathische Pseudokooperation unechte Gefühle vor.

7.4.1 Der Indikator Vertrauen

Deutsch (1976: 54f) postuliert für ein kooperierendes System: das Miteinanderbekanntwerden (Kennenlernen, Kontakt, Austausch), die Entscheidung zur Kooperation (Motivgleichheit bezüglich der Ziele, Werte) und die Erfüllung der singulären Erwartungen, die an die kooperative Beziehung geknüpft sind (Gegenseitigkeit).

Das letzte Prinzip, aus welchem hervorgeht, dass eine kooperative Interaktion auf Gegenseitigkeit und Erwidern angewiesen ist, setzt ein Maß an Vertrauen voraus. Dabei wird darauf vertraut, dass die Gruppenmitglieder befähigt und motiviert der Kooperation gegenüberstehen und dass ein risikoreiches Sich-aufeinander-Einlassen geteilt wird.

Die Psychologie nähert sich dem Begriff Vertrauen über verschiedene Modelle und Dimensionen (vgl. Spieß 2004: 215). Allgemein ist es ein Gefühl, bei dem sich auf jemanden anders verlassen wird, auf dessen Verhalten gebaut und dem mit Zuversicht gegenüber getreten wird. Diese Annäherung umfasst auch die Möglichkeit des Sich-Anvertrauens, d. h. jemand wird zu Rate gezogen, es wird sich ausgetauscht und geredet. Auch diese Form der Kommunikation ist bei kooperativem Handeln unabdingbar. Die Pflegekräfte sind darauf angewiesen, dass KollegInnen Anweisungen ausführen, regelgerechtes Arbeiten gewährleisten und situationsrelevante Veränderungen offenkundig machen.

Definitionen der Kooperation rekurren darauf; beispielsweise fasst Spieß (2004: 199, 211) zusammen: Kooperation ist gekennzeichnet durch den Bezug auf andere (KollegInnen, Vorgesetzte, Kunden), auf gemeinsam zu erreichende Ziel bzw. Aufgaben, sie ist intentional, kommunikativ und bedarf des Vertrauens (zu den KooperationspartnernInnen, aber auch in die formalen Abläufe) und ist der Norm der Reziprozität verpflichtet.

Für die Untersuchung wird davon ausgegangen, dass eine vorhandene Vertrau-

ensbasis innerhalb eines Teams ein positives Kriterium für den Faktor Integration bedeutet. Der Aufbau und der Erhalt von Vertrauen funktioniert nicht einfach nebenbei, sondern erfordert Zeit, Mühen und den persönlichen Kontakt. Wird folglich den KollegInnen eines multiethnischen Kollegiums Vertrauen entgegengebracht, so kann auf ein integratives Handeln geschlossen werden.

7.4.2 Der Indikator Reziprozität

Wird die von Spieß (a. a. O.) vorausgesetzte Reziprozitätsnorm nicht umgesetzt, so entstehen Prozessverluste u. a. aufgrund individueller Leistungsrosselung (Effekte des Ausnutzens, Trittbrettfahrens oder des sozialen Faulenzens). Auch die Größe der Kooperationsgruppe steht in Beziehung zur Produktivität, denn je größer eine Gruppe an Mitgliedern ist, desto mehr leidet die Produktivität (Steiner 1972: 103).

Als Voraussetzungen für Kooperation in einer Arbeitsgruppe werden (1) Zielabstimmung, (2) Informationsaustausch, (3) wechselseitige Kommunikation, (4) gegenseitige Unterstützung, (5) Problemdiskussion und (6) eine längere Zeitperspektive angeführt (Spieß 2004: 199). Auch anhand dieser Variablen ist ersichtlich, wie die gewählten Themenkategorien (Kommunikation, Anerkennung und Respekt, Kollegialität und Solidarität, Kooperation und Konflikt) vernetzt sind und der Faktor Kommunikation in der Beziehungsgestaltung der MitarbeiterInnen Raum einnimmt.

Wie wichtig die Reziprozitätsnorm für die Qualität bzw. Quantität kooperativer Handlungen ist, verdeutlicht die Annahme, dass eine zwanghafte Kooperation weniger zuverlässig ausgestaltet ist, also nur eingeschränkt wirtschaftlich handelt, als eine auf eigener Entscheidung beruhende Zusammenarbeit (Deutsch 1976: 110). Dies bedeutet, dass eine Verwirklichung von gemeinsamen Zielen auf der Bereitschaft jedes einzelnen Gruppenmitglieds zur aktiven Kooperation basieren muss, wobei die Freiwilligkeit und das Maß der eigenen Entscheidung die Interaktionen steuern.

Somit ist die Wechselseitigkeit der Hilfestellungen innerhalb eines multiethnischen Altenpflegeteams von Bedeutung. Je ausgeglichener das Geben und Nehmen von Unterstützungsleistungen unter den MitarbeiterInnen ist, desto gelungener die Integration, so die Annahme. Ist eine allochthone Pflegekraft in ein Team integriert, so wird sie als HilfestellerIn angefragt werden, ebenso wird sie Mithilfe und Assistenz von Anderen erfahren.

7.4.3 Der Indikator Unterstützung

Da in einem Pflorgeteam die Fähigkeiten und Leistungspotenziale heterogen verteilt sind, ergeben sich sowohl für geringqualifizierte (ungelernte) Personen als auch für Fachkräfte (z. B. in Stressmomenten) Situationen der Überforderung (kognitiv, manuell), woraus ein Unterstützungsbedarf resultiert.

Bezugnehmend auf die kooperative Voraussetzung der gegenseitigen Unterstützung lässt sich eine wechselseitige Hilfestellung in verschiedenen Formen anbieten:

- **Emotionale Unterstützung** (emotional support):

Unterstützung in Form von Liebe, Vertrauen, Empathie, Fürsorge, sich umsorgt und geschätzt fühlen;

- **Instrumentelle Unterstützung** (instrumental support):

konkrete Hilfestellung;

- **Informative Unterstützung** (informational support):

Informationen, um persönliche oder durch die Umwelt bedingte Probleme zu lösen, Hinweise zu Handlungen oder Gerätschaften;

- **Einschätzungsunterstützung** (appraisal support):

Informationen, um sich selber einzuschätzen, sich selbst zu vergleichen, das Verhalten zu hinterfragen, also Rückmeldung und soziale Vergleiche über die Einschätzung von Dingen erfahren

(vgl. House 1981: 24).

Der Grad an Unterstützung wird demzufolge als Kriterium für das integrative Verhalten in einem multiethnischen Kollegium herangezogen. Werden Hilfestellungen (auf einer freiwilligen Basis) angeboten, so kann auf ein gelingendes Zusammenwirken aller Pflegepersonen geschlossen werden. Die jeweilige Form der Unterstützung dient hierbei als Abstufungskriterium für das qualitative Ausmaß der Austauschprozesse: eine emotionale Unterstützung im Team wird als höchstmögliche Form des pflegerischen Zusammenwirkens aufgefasst, eine instrumentelle bzw. informelle Hilfestellung hingegen erfordert ein geringeres Maß an Einlassen auf die anderen.

7.4.4 Der Indikator Leistung

Ein wesentlicher Faktor im Arbeitskonzept ist die Leistung einer Person. Pflege ist Teamarbeit, verrichtet von mehreren Individuen. Innerhalb dieser Gruppe ist es für den

Einzelnen elementar, sich seiner Rolle bewusst zu sein, d. h. die an ihn gestellten Ansprüche und Verhaltenserwartungen, die ihm zur Verfügung stehenden Rechte und Privilegien, aber auch die zu erfüllenden Pflichten zu kennen. Dieses Bündel ermöglicht es dem Rollenträger einen entsprechenden Status im Pflegekollegium einzunehmen. Um wandelnden Rollenanforderungen gewachsen zu sein und um mit anderen Rollen in ein Wechselverhältnis treten zu können, ist die Selbstwirksamkeit eines Individuums unabdingbar. Bandura (1979) versteht darunter die individuell unterschiedlich ausgeprägte Überzeugung, in einer bestimmten Situation eine angemessene Leistung erbringen zu können. Die Beurteilung dieses Gefühls hinsichtlich der eigenen Fähigkeit, hängt u. a. von den Beobachtungen der Leistung anderer ab.

Die Leistung einer Arbeitsgruppe hängt von

- den Zielen (persönliche Ziele, aber auch Akzeptanz der Gruppenziele),
- der Zusammensetzung,
- den Kommunikationshäufigkeiten,
- der Kommunikationsfähigkeit der Gruppenmitglieder,
- der interpersonellen Attraktivität zwischen den Mitgliedern
- und dem Zusammengehörigkeitsgefühl (Kohäsion)

ab (u. a. Kleinbeck / Schmidt 2004: 457).

Nach der Steinerschen Einteilung von Gruppenaufgaben (1972: 37ff) lässt sich die Altenpflegerische Tätigkeit (unabhängig von praktizierter Bereichs-, Bezugs- oder Funktionspflege) als eine konjunktive Aufgabe verstehen. Bei dieser Kategorie müssen die einzelnen Pflegekräfte mit ihren individuellen Leistungspotenzialen alle zum gemeinsamen Produkt beitragen. Die Aufgabe ist dabei aufteilbar, d. h. den einzelnen Mitgliedern wird je nach Qualifikation eine Tätigkeit zugewiesen. Dem Produkt in der Altenpflege entspricht die optimale Versorgung der hilfebedürftigen BewohnerInnen, wobei jede Schicht ihren Anteil an Aufgaben zu erledigen hat. Die pflegerische Produktivität spiegelt das Maß an physischer, psychischer, psychosozialer, hygienischer und medizinischer Unterstützung wieder, welches in einem bestimmten zeitlichen Rahmen durch das diensthabende Personal zu erbringen ist. Die gesamte Gruppenleistung kann dabei höher sein als die potenzielle Leistungsfähigkeit des am wenigsten qualifizierten Mitglieds. Dies bedeutet, dass schwierige, anspruchsvolle oder komplizierte Aufträge von kompetenten bzw. entsprechend qualifizierten Personen (Fachkräften) übernommen werden. Einfache bzw. leichte Aufgaben, die kein hohes Anforderungsprofil vorausset-

zen, werden von HelferInnen oder ungelerten Kräften ausgeführt.

Nach Kühlmann (2004: 986) lassen bestehende Studien über die Arbeit von multikulturellen bzw. multiethnischen Gruppen hinsichtlich der Leistung keine endgültigen Schlüsse zu. Dies resultiert aus den unterschiedlichen Erhebungszeitpunkten, da angenommen wird, dass ethnisch heterogene Teams anfangs mit Koordinierungs-, Beziehungs- und Arbeitsteilungsprozessen beschäftigt sind, bevor die anstehenden Aufgaben bearbeitet werden. Erst nach diesen Schritten werden Leistungsvorteile ersichtlich.

Für den Bereich Leistung wird hier angenommen, dass ein möglichst hoher Grad an Gleichwertigkeit des Outputs eine gelungene Voraussetzung für die Teilnahme bzw. Teilhabe am Team ist. Werden innerhalb eines Teams Leistungsunterschiede attestiert, speziell zwischen den einheimischen Kräften und den KollegInnen mit Migrationshintergrund, so stellen diese eine nachteilige Basis für Integrationsbestrebungen dar.

7.4.5 Der Indikator Ziele

Die Wichtigkeit, aber auch die Notwendigkeit von Zielsetzungen ist schon mehrmals angeklungen. Ziele gelten als essentielle Voraussetzung für kooperierendes Verhalten (z. B. Deutsch 1976: 94; Friedrichs / Jagodzinski 1999: 12) indem sie Handlungen initiieren (Locke / Latham 1990: 1). Sie korrespondieren mit den Normen einer Gruppe (Wilke / von Knippenberg 1997: 498) und dienen der Bewertung von Arbeitsleistungen. Wenn sich Ziele auf eine Aufgabe beziehen, umfassen sie eine inhaltliche Dimension (Schwierigkeit, Herausforderung) sowie einen Intensitätsgrad (Aufwand, Wichtigkeit) (Locke / Latham 1990: 25). Je spezifischer und höher sie gesteckt bzw. formuliert sind, desto größer ist die Leistungsbereitschaft zu deren Umsetzung ausgeprägt (a. a. O.: 46ff).

Jede Organisation hat sowohl formelle als auch informelle Ziele. In Institutionen der Altenpflege sind i. d. R. Zielvorgaben durch Leitbilder, Stellenbeschreibungen, einzelne Arbeitsaufträge oder an Positionen geknüpfte Aufgaben- und Verantwortungsbereiche vorgegeben (vgl. Endruweit 2004: 102; Hacker 1998: 328).

Selbstverständlich ist es auch möglich, zu diesen institutionellen auch individuelle Ziele zu addieren. Werden persönliche Ziele aus dem Gruppenverband separiert und orientiert

sich das individuelle Handeln daran, kann es bei negativen Wertungen durch die anderen Mitglieder zu Diskurs bzw. Dissens kommen (Konformitätsstreben).

Somit stellt sich für das multinationale Team eines Pflegebereiches die Frage, ob es für alle MitarbeiterInnen ein gemeinsames Ziel gibt, für das es sich lohnt, gemeinschaftlich einzutreten. Meist ist ein Ziel auf das Wohl der Bewohnerschaft hin ausgerichtet, was eine Pflegekraft allein nicht bewerkstelligen kann. D. h. zum Erreichen der Zielsetzung (z. B. wechselseitige Unterstützung zur Vorbeugung von Dekubiti, übereinstimmender Ansatz bei der Betreuung) ist ein – über die Leistung einer Einzelnen hinausgehendes – Ineinandergreifen notwendig, welches die unterschiedlichen Ethnien der Pflegenden in den Hintergrund drängt.

Eine gemeinsam im Einklang gefundene Zielvorstellung der am Pflegeprozess Beteiligten bildet m. E. eine günstige Voraussetzung zur Integration.

Somit ist anzunehmen, dass die Existenz eines gemeinsamen Zieles des multiethnischen Teams den Zusammenhalt und die Einbeziehung aller bewirkt. Das Vorhandensein eines teaminternen Zieles ist ein Indikator für eine gelingende Integration.

7.4.6 Der Indikator Konflikt(verhalten)

Wellendorf (1982: 13) vertritt die These, dass Konflikte eine spezifische Form von Kooperation sind. Daraus lässt sich auf die Wichtigkeit der interpersonalen Ebene folgern. Auf das Arbeitsfeld der Altenpflege bezogen, berichten Lindner, Kempe und Sauter (1990: 604) von interpersonellen Dauerkonflikten (d. h. Teamkonflikte, Neid-, Rivalitäts- und Konkurrenzstreitigkeiten, Konflikte mit unmotivierten und / oder unqualifizierten MitarbeiterInnen), die von TeilnehmerInnen einer Balintgruppe als enormes Belastungspotenzial genannt wurden.

Somit betont Konflikt „an interpersonal incompatibility between goals rather than intrapersonal incompatibility between one 's goals, or a mere inconsistency (inter or intrapersonal) between cognitions“ (Kruglanski, Bar-Tal & Klar 1993: 55). Eine Zusammenstellung von **Arbeitskonflikten** in einer Institution versucht Spieß (2004: 213ff). Sie nennt:

- Berufseinstieg (Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis),
- Einführungskonflikt (Kompetenzstreitigkeiten, fehlende Rückmeldungen),

- Rollenkonflikte (u. a. Loyalitätskonflikte, Unvereinbarkeit von Privat- und Arbeitsleben),
- Hierarchie- und Führungskonflikte,
- Konflikte aufgrund kultureller Unterschiede,
- Gruppenkonflikte (u. a. Mobbing, verschiedene Berufsgruppen, Qualifikationen oder Ausbildungen),
- Verteilungskonflikte (relative Deprivation).

Werden bei Spieß (a. a. O.) Konflikte aufgrund bestehender Rahmenbedingungen unterschieden, lassen sich in einem zweiten Schritt die Auseinandersetzungen bei pflegenden Akteuren auch aufgrund von **Handlungsweisen** einteilen:

- **Bewertungskonflikte:**
Auseinandersetzung um Ziele (Vorgabe der Einrichtung, eigenes Ziel)
- **Beurteilungskonflikte:**
Auseinandersetzung um die Art und Weise der Zielerreichung bzw. -umsetzung (Arbeitsmethoden, Pflegekonzepte)
- **Verteilungskonflikte:**
Auseinandersetzung um Mittel und Ressourcen (Urlaubs- oder Dienstplangestaltung)
- **Beziehungskonflikte:**
Auseinandersetzung um vorenthaltene oder unbefriedigende Wertschätzung (Zurückhalten von Informationen)
(v. Rosenstiel, Molt & Rüttinger 1995: 189).

Beide Zusammenstellungen ergänzen sich in ihrer Auslegung von Konflikten im stationären Altenhilfebereich und dienen zur späteren Illustration von Konflikten bei den befragten Teams.

Im speziellen Fokus der Untersuchung waren interkulturelle Konflikte. Durch das Aufeinanderprallen von Personen mit verschiedenen Ethnien, Kulturen, Interaktionsverständnissen etc. war die Frage, wie mit solch alltäglichen reibungs-, spannungs- oder konfliktbeladenen Vorkommnissen im Arbeitsfeld Altenpflege verfahren wird. Die kulturelle Pluralität der Pflegekräfte erzeugt Verhaltensunsicherheit bei den verschiedenen Konfliktparteien, da jeweils unterschiedliche Formen des Umgangs mit einem Konflikt vorherrschen. So stellt sich die Frage nach gemeinsamen Regeln zur Konfliktbe-

wältigung. Interne Kommunikationsprozesse (zwischen den Beteiligten oder multilateral mit dem Team oder der Leitungsebene), Kommunikationsverweigerung, externe Unterstützung (z. B. Supervisor, Mediator) oder disziplinarische Aktionen können Wege zur Lösung sein. Die Ausgestaltung des Konfliktmanagement innerhalb eines Teams oder der Institution ist somit ebenso von Bedeutung wie die Kategorisierung der Auseinandersetzungen. Ebenso spielt der Kreis der Konfliktbeteiligten eine Rolle: bleibt es bei zwei einzelnen Parteien oder werden zunehmend auch Gruppen miteinbezogen?

Weiter stellt sich die Frage, in wie weit ethnische Zuschreibungen eine besondere Rolle bei einer Konfliktsituation spielen. Pflegende mit andersnationaler Herkunft haben andere Wertigkeiten und Präferenzen oder verfügen u. U. über eine eingeschränkte Kommunikationskompetenz. Verständnisschwierigkeiten sind in einem solchen Rahmen leicht zu lokalisieren und bergen ein Konfliktrisiko in sich. Schwieriger wird es bei interkulturellen Konflikten, die auf einer vorhandenen Machtasymmetrie basieren. „Das Problem liegt darin, dass die Dominanten im Kollektiv Normen durchsetzen, die die dominierte Gruppe zur Assimilation zwingen. Wenn Angehörige der dominierten Gruppen dann klagen, dass sie ständigem Anpassungsdruck ausgesetzt sind, fühlt sich die dominante Konfliktpartei missverstanden, weil sie sich nicht bewusst ist, dass ihr Verhalten und ihre Erwartungen an das Verhalten anderer nicht universal gültig sind, sondern sich an ganz speziellen Normen orientiert, die ihrer eigenen Lebensweise entgegenkommen“ (Weiß 2005: 9). Die Frage ist, wie die dominierende Kultur bzw. die einheimischen Deutschen, mit den KollegInnen mit Migrationshintergrund umgehen. Begegnen sie ihnen auf Augenhöhe oder werden Leitungsstellen unabhängig von der Herkunft besetzt? Gibt es eine Hierarchie aufgrund der Nationalität oder beruht sie auf dem Qualifikationsprofil?

In diesem Kontext ist auch das Konzept der Deprivationsanomie (Hämmig / Stolz 2001: 168) von Bedeutung. Personen mit Migrationshintergrund erleben oftmals Zurückweisungen in der Aufnahmegesellschaft, selbst wenn sie sich an den gängigen Normen orientieren. Diese Zurückweisungen und die Verweigerung von Anerkennungen bergen die Gefahr, dass sich die Betroffenen von der Aufnahmegesellschaft entweder zurückziehen, wodurch die segregativen Tendenzen gestärkt werden, oder auf eine Veränderung des Status drängen. Hämmig / Stolz konnten nachweisen, dass strukturelle Benachteiligungen und Desintegration bei der zweiten Generation in der Schweiz zu stärkerer Anomie und zu Rückzugstendenzen führen. Eine relativ niedrige soziale Position ein-

nimmt, lebt mit größerer Wahrscheinlichkeit in einem Umfeld eines Gesellschaftsbereiches, das mangels Verankerung in den Institutionen stärker betroffen ist und dessen PositionsinhaberInnen der gestiegenen Komplexität aufgrund der geringere Bildung ratloser gegenüberstehen. Wer hingegen umgekehrt das eigene Umfeld als einigermaßen geordnet erlebt, eine Position mit befriedigendem Zugang zu relevanten Ressourcen einnimmt und ein gewisses Maß an Wissen, Erfahrung und Selbstbewusstsein mitbringt, um Unsicherheiten zu bewältigen, wird mit geringerer Wahrscheinlichkeit von der Anomie betroffen sein. Somit werden tiefere Positionen stärker betroffen sein – jene tiefen Positionen, die sich im Allgemeinen auch mit relativer Deprivation konfrontiert sehen (vgl. Fischer 2002: 126).

Unabhängig von einer ethnischen Komponente lässt sich angesichts der hierarchischen Strukturen in der Altenhilfe auf ein erhöhtes Konfliktpotenzial schließen. Die Verteilung von Positionen innerhalb eines Teams erfolgt meist aufgrund formaler Qualifikationen. Die Leitung eines Pflegebereiches ist an eine Ausbildung zur Fachkraft sowie in der Regel an eine weiterbildende Maßnahme gebunden. Hierarchisch folgen die weiteren Pflegefachkräfte, die in Abhängigkeit von Erfahrung, Kompetenz und Dienstalter die Leitungen von Schichten übernehmen können (Anciennitätsprinzip¹⁴). Die unterste Hierarchie-Ebene wird von den PflegehelferInnen gebildet, die eine kürzere Ausbildung haben und statt pflegfachlichen Handlungen eine assistierende Kompetenz verfügen. Die Ursache für die Hierarchie liegt in den leistungs- und ordnungsrechtlichen Regelungen des Sozialrechts. Behandlungspflegerische Tätigkeiten dürfen nach Vorgaben der Kranken- bzw. Pflegekassen nur von examiniertem Fachpflegepersonal ausgeführt werden. Nur diese Personen verfügen über die notwendige Kompetenz. Das Ordnungsrecht wiederum postuliert in den jeweiligen Landesgesetzen zum Heimrecht eine 50-prozentige Fachkraftquote, d. h. mindestens die Hälfte der Stellen muss mit Fachkräften besetzt sein. Ein Team ist nach Qualifikation meist äußerst heterogen aufgestellt. Zusätzlich erschweren unklare Definitionen des Begriffes Fachkraft die Zusammenstellung eines Altenpflegekollegiums. Unterschiedliche Ausbildungsabschlüsse (z. B. Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, Kinderkrankenschwestern, AltenpflegerInnen) mit einem jeweiligen spezifischen Arbeitsfokus finden sich in der Altenhilfe wider. Neben den fachlichen Voraussetzungen spielen auch Aspekte wie Berufserfahrung oder Teamzugehörigkeit eine Rolle. Viele ältere Pflegenden haben einen reichhaltigen Schatz an Er-

¹⁴ Das Anciennitätsprinzip bezeichnet die Verteilung von Rechten und der Vorrangstellung nach dem Dienstalter, d.h. in einer Rangfolge stehen die dienstälteren über den dienstjüngeren Pflegekräften.

fahrungswissen (pflegefachliche Tricks, Handlungserleichterungen, Insiderkenntnisse) und bewerkstelligen sicher die Anforderungen des Arbeitsalltags. Dieses Wissen ist unabhängig von der formalen Qualifikation. Treffen nun erfahrene Pflegende mit einem Helferstatus auf formal besser qualifizierte KollegInnen, können Reibungen resultieren. Derartige Friktionen können intergenerativ sein, d. h. ältere aber formal geringer qualifizierte KollegInnen treffen auf jüngere Nachwuchskräfte, die in der Hierarchie über ihnen stehen. Ebenso ergeben sich Konflikte aufgrund unterschiedlicher Qualifikationsniveaus und Kompetenzen, wenn im Alltag bewährtes Traditionswissen (im Sinne von „das haben wir immer so gemacht“) auf pflegewissenschaftlich aktuelle Schulkenntnisse trifft (vgl. Buchinger 2007). Hier stellt sich die entscheidende Frage, in wie weit auch interethnische konfliktorische Konstellationen in Pflorgeteams möglich sind.

Die Ausbildung einer klaren Hierarchie innerhalb eines Altenpflorgeteams gestaltet sich m. E. durchaus kompliziert. Neben intergenerativen und qualifikations- bzw. kompetenzbedingten Friktionen sind auch Unterschiede in Herkunft und Nationalität als Auslösefaktor (in anderen Arbeitsfeldern) möglich. Konflikte sind unvermeidbare Begleiterscheinungen des Lebens. Je mehr Menschen miteinander in Kontakt stehen und zusammenarbeiten, desto wahrscheinlicher ist es, dass Konflikte entstehen. Interpersonale Konflikte resultieren aus enttäuschten Erwartungen, Missverständnissen, Konkurrenzsituationen oder unvereinbaren Zielen bzw. Absichten und bewirken Störungen von (pflegerischen) Handlungsabläufen. Konflikte sind eine unvermeidbare und für den sozialen Wandel notwendige Begleiterscheinung des Zusammenlebens in einer Gruppe. Sie sind ein Ausdruck von Spannungen und Unvereinbarkeiten zwischen verschiedenen, aber voneinander abhängigen Parteien im Hinblick auf ihre jeweiligen Bedürfnisse, Interessen und Wertvorstellungen. Allerdings sind sie nicht generell als negativ zu werten. Der Umgang, d. h. das Konfliktmanagement der beteiligten Akteure ist von Bedeutung, zumal bei den involvierten Parteien stets auch Emotionen vorhanden sind.

In Bezug auf die von Spieß (2004) erhobene Einteilung von Konflikten ist davon auszugehen, dass die unterschiedlichen Ausprägungen von Konfliktzuständen auch in Altenpflorgeteams zu finden sind. Dementsprechend wurde in den Interviews neben Fragen zu Beziehungs-, Hierarchie-, Berufseinstiegs- und Einführungskonflikten vor allem der Fokus auf Spannungszustände aufgrund kultureller Unterschiede gelegt.

Neben den Ursachen sind auch die Umgangsformen und Lösungswege bei konfliktären Situationen zu betrachten. Je nach Herangehensweise sind Rückschlüsse auf das Team als Ganzes möglich.

Werden Konflikte auf einer sachlichen Ebene, auf direktem Weg, ohne Angriffe auf die Person, angesprochen, so ist eine erhöhte Wahrscheinlichkeit gegeben, diese Unvereinbarkeit von Absichten eskalationsfrei und nachhaltig zu bewältigen. Kontraproduktive Verhaltensweisen sind das strikte Meiden einer Auseinandersetzung (bei verdecktem, schwelendem Konflikt), persönliche Attacken (Abwertung des Gegenübers), destruktive Überreaktionen (exaltiertes, aggressives Gebaren) oder die Sturheit eines Konfliktbeteiligten. Auch die Existenz von Ähnlichkeiten bei den KonfliktpartizipantInnen begünstigt eine Lösung der Situation (Deutsch 1976: 178).

Zur Beseitigung bestehen in manchen Einrichtungen spezielle Vorgehensweisen und Modelle (z. B. Berkel 1997; Haumersen / Liebe 1999; Neuberger 1995), wobei auch auf die Hilfe (externer) Dritter (Hausleitung, Pflegedienstleitung, Supervisor) zurückgegriffen werden kann.

Übersicht 13: Grundformen der Konfliktaustragung

sachlich	↔	gefühlsmäßig
eingegrenzt	↔	ausgeweitet
direkt	↔	verschoben
personenneutral	↔	persönlich
bewusste Austragung	↔	schwelen lassen
offen	↔	verdeckt



(Delhees 1994: 334)

Zum einen ist es folglich notwendig, die Existenz von kulturellen Spannungen, Friktionen und Konflikten herauszufiltern. Zum anderen wird davon ausgegangen, dass der Umgang mit einer konfliktären Situation innerhalb eines multiethnischen Pflegeteams auch Rückschluss auf das Integrationsverhalten zulässt. Ist das Handeln der an einem Konflikt Beteiligten als konstruktiv zu bezeichnen, d. h. es ist frei von verletzenden Äußerungen oder Emotionen und ist das Ziel eine einver-

nehmliche, für alle akzeptable Lösung zur Aufrechterhaltung des gemeinsamen Produkts Pflege, so deutet dies auf ein funktionierendes System hin. Je gelungener die Konfliktbewältigung, desto weniger spielt der Faktor Integration eine bewusste Rolle.

7.4.7 Der Indikator Kohäsion

Des Weiteren stellt sich die Frage, ob das – in den Definitionen des Gruppenbegriffs erwähnte – Wir-Gefühl eines Teams mit seiner Auswirkung auf den Zusammenhalt (Kohäsion) der multinationalen Pflegekräfte auch Einfluss auf das Integrationsgebaren nimmt.

Das Zusammengehörigkeitsgefühl der Teammitglieder (Wir-Gefühl), das sich in Solidarität der Eigengruppe gegenüber Fremdgruppen, Kooperation innerhalb der Gruppe und einer besonderen Sprache (Gruppenjargon mit pflegespezifischem Wortschatz) äußert, ist von großer Bedeutung. Ist der Grad der Anziehung zwischen den einzelnen Gruppenmitgliedern übermäßig ausgeprägt, so rücken ethnische Unterschiede in den Hintergrund. Denn die emotionale Bindung der einzelnen Mitglieder an die Gruppe beeinflusst die Leistung (Kleinbeck / Schmidt 2004: 458), steuert die Hilfe- und Unterstützungsmaßnahmen für KollegInnen, initiiert Kommunikationsprozesse und bewirkt eine Abgrenzung nach außen. Die Wir-Charakteristik wird auch von Außenstehenden wahrgenommen und beeinflusst die externen Beziehungen (Endruweit 2004: 250).

Die Kohäsion beruht auf Faktoren wie gemeinsame Aufgaben (Pflege), viel zusammen verbrachter Zeit, äußerer Bedrohung (m. E. Angehörige, Besucher, Medizinischer Dienst der Krankenkassen, Ärzte) oder Erfolgserlebnissen (Gratifikation, Verbesserung des Zustandes einer BewohnerIn).

Der Zusammenhalt bezieht sich auf die Gesamtheit der Teammitglieder, es kann aber innerhalb eines Arbeitsteams auch zu Untergruppen (Cliques) kommen, im Sinne von „ein Verein, aber verschiedene Mannschaften“ (so hat der Verein Bayern München unterschiedliche Mannschaften für Fußball, Basketball, Schach etc.).

Die Existenz von Cliques beeinträchtigt das Gefühl der Zusammengehörigkeit einer Gruppe. Sie besitzen keine Zweckgebundenheit und keine scharf umrissene Mitgliedschaft, sie weisen eine relative Gleichheit bei wenigen Unterschieden auf (z. B. bezüglich Status) und sie bilden oftmals ein informales Informations- und Kommunikations-

netz aus. Cliques können lediglich der gegenseitigen Unterstützung (strategische Ausrichtung), aber auch zum Erhalt der Selbstachtung (unzufriedene Ausrichtung gegenüber der bestehenden Wertedominanz) dienen (Luhmann 1995: 324).

Vor diesem Hintergrund wird vermutet, dass die Existenz von Cliques in einem Pflegekollegium eine ungünstige Basis für den Zusammenhalt des Teams und somit für das Wir-Gefühl darstellt. In der Folge wird auch das Integrationsverhalten eine Einwirkung erfahren. In diesem Kontext ist auch von hoher Bedeutung, aufgrund welcher gemeinsamen Merkmale sich die Mitglieder einer Clique zusammensetzen. Ist die Herkunft das Kriterium zur Subgruppenzugehörigkeit, so deutet dies auf eine Tendenz zur Exklusion und Separation vom Gesamt-Pflege-Team hin. Der differenzierte Prozess des Zusammenfügens und Zusammenwachsens dürfte kaum endgültige Umsetzung erfahren.

Somit bleibt als Hypothese festzuhalten: das Vorhandensein von Subgruppen bzw. Cliques innerhalb eines Teams wirkt sich ungünstig auf das Integrationsverhalten der multiethnischen Altenpflegekräfte aus. Weist eine Clique eine homogene Struktur hinsichtlich der ethnischen Zusammensetzung auf, potenziert sich der negative Einfluss auf Wir-Gefühl, Zusammenhalt und den Prozess von Annäherung, Finden von Gemeinsamkeiten und der Übernahme gemeinschaftlicher Verantwortung im Arbeitsalltag.

7.5 Die Kategorie Kollegialität und Solidarität

Kollegialität bezeichnet ein positives Verhältnis und partnerschaftliches Verhalten zwischen den MitarbeiterInnen einer Pflege-Organisation. Dieses Verhältnis trägt idealtypisch eine kollektive Ausrichtung. Dabei werden für die optimale Leistung solidarische Handlungen und eine wechselseitige Unterstützung erbracht, die frei von individualistischen oder egoistischen Antrieben sind und die von gemeinsamen Zielen bzw. Überzeugungen – bei gleichen Rechten und Pflichten (Unterschiede resultieren aus Qualifikation respektive Funktion) – geleitet werden.

Die Qualität eines **Zusammengehörigkeitsgefühls (Solidarität als Gefühl)** bei den einzelnen MitarbeiterInnen unterstützt das Beziehungsgefüge, indem es auf affektiver Ebene über emotionale Bindungen zu einer Kohäsion der Gruppe beiträgt. Dass Zusammenhalt und das Sich-wohl-fühlen in einer Arbeitsgruppe die Produktivität bzw.

Leistungsbereitschaft steigern, hat Mayo (1950: 164ff) schon vor über 60 Jahren bestätigt.

Auf ein heterogen zusammengesetztes Pflegekollegium kann das Solidaritätsverständnis von Rorty (1999: 310) übertragen werden. Er sieht „Solidarität als Fähigkeit, Menschen, die himmelweit verschieden von uns sind, doch zu „uns“ zu zählen“. Durch eine bewusste Wahrnehmung von negativen Erlebnissen, die diesen Menschen widerfahren, soll die Vorstellung generiert werden, dass der Grad an Unterschiedlichkeit gar nicht so elementar ist, da deren emotionales Erleben auch nicht von unterschiedlicher Beschaffenheit ist (a. a. O.: 165).

Solidarität als Handlung entsteht durch Gruppenzugehörigkeit. Es ist die Bereitschaft, für das Wohlergehen (physisch, psychisch, sozial) der anderen Mitglieder einer Gruppe Anstrengungen, aber auch Einschränkungen, auf sich zu nehmen (vgl. Beckert et al. 2004: 9). Solidarität dient als Handlungskoordination, die eine Nachrangigkeit von eigenen Interessen gegenüber den kollektiven Interessen der Gruppe bewirkt (Kaufmann 2004: 55). Die Motivation zu solidarischem Handeln ist abhängig von gemeinsamen Interessen und von der Norm der Reziprozität (Bierhoff / Küpper 1998: 275), aber auch von der religiösen Ausrichtung (Zulehner et al. 1997: 214) sowie der Tendenz zu prosozialem Verhalten (Kiessling 2005: 82).

Hier stellt sich somit die Frage, in wie weit MitarbeiterInnen eines multiethnischen Altenpflegeteams vor dem Hintergrund unterschiedlicher Abstammungen zu zusätzlichen Leistungen und partnerschaftlichem Verhalten zum Wohle von KollegInnen und unter Zurückstellung eigener Interessen bereit sind. Zur Einschätzung des Sachverhaltes wird nach prosozialem Verhalten und der Fehlerkultur gefragt.

7.5.1 Der Indikator Prosoziales Verhalten¹⁵

Prosoziale Verhaltensweisen sind Handlungen mit der Intention einer konkreten Person etwas Gutes / Positives zu tun, ohne dass eine dienstliche Verpflichtung aufgrund der Rollenstruktur besteht (Bierhoff 2002: 668). Herrscht in einem Team ein gute Stimmung, ist die Neigung der Mitglieder zu Hilfsbereitschaft erhöht (Bierhoff 1997: 401),

¹⁵ Im Rahmen organisationspsychologischer Forschungsaktivitäten wurden mit einer ähnlichen Konzeption die Modelle des Extra-Rollenverhaltens und des Organizational Citizenship Behavior sowie etliche weitere Ausführungen dazu entwickelt (vgl. dazu als Übersicht Nerdinger 1998, 2004). Auf eine weitere Ausdifferenzierung der Modelle wird aber verzichtet.

bei Zeitdruck und Stress ist sie gehemmt (a. a. O.: 396).

Es gibt Unterstützungsaktivitäten, die durch entsprechende Positionen, Strukturen oder Vorgaben (z. B. Stellenbeschreibungen) erforderlich und legitimiert sind. Beispielsweise assistieren Fachkräfte weniger qualifizierten Personen oder MentorInnen lernen neue MitarbeiterInnen oder Auszubildende an. Darüber hinaus gehende Hilfsangebote entstehen freiwillig, beispielsweise der Tausch von zu betreuenden BewohnerInnen, die Übernahme ungeliebter Tätigkeiten oder der kurzfristige Wechsel von dienstlichen Arbeitszeiten.

Lässt sich prosoziales Verhalten auch auf egoistische Motive nach dem Kosten-Nutzen-Prinzip zurückführen, so ist dennoch die Schlussfolgerung gerechtfertigt, dass eine eingeschränkte Hilfsbereitschaft eine schlechte Stimmung auf einer Station signalisiert (Bierhoff 1997: 402).

Die Annahme in diesem Kontext lautet, dass eine positive respektive „gute“ Stimmung und bestehende Freundschaften während der Arbeit prosoziales Verhalten im Pflorgeteam fördern. Weiterhin wird vermutet, dass bei den Adressaten der Hilfestellungen keine ethnischen Unterscheidungen gemacht werden – entweder es existiert ein Klima der Unterstützung oder nicht. Wird somit bei den Unterstützungsangeboten bzw. -leistungen nicht nach Herkunft und Hintergrund gefragt, deutet dies auf ein gelingendes Integrationsspektrum hin – prosoziale Verhaltensweisen werden als Indikator einer gelungenen Einbeziehung aller ins Team gewertet.

7.5.2 Der Indikator Fehlerkultur

In Institutionen existieren direkte und indirekte normative Strukturen, an denen sich die PflegemitarbeiterInnen mit ihrem Verhalten zu orientieren haben. Auf der einen Seite gibt es explizit ausformulierte Regeln, deren Einhaltung verpflichtend erwartet wird. Darunter lassen sich das institutionsspezifische Leitbild (z. B. ressourcen-, biografie- oder bedürfnisorientierte Ausrichtung), die praktizierten Pflegemodelle (z. B. AEDL) und das Pflegekonzept subsumieren, woraus detailliert ausformulierte Standards (d. h. Arbeitsanweisungen) hervorgehen. Indirekte Verhaltensregeln, vielmehr deren Umsetzung, werden von den Gesellschafts- und Teammitgliedern allgemein erwartet (z. B. Höflichkeit, Respekt). Die Nichteinhaltung derartiger Verhaltensimperative zieht in der Regel Formen der Sanktionierung nach sich. Sanktionen dienen einerseits dazu, das An-

sehen einer Norm weiterhin zu gewährleisten, andererseits sind sie als Motivation für richtiges Agieren anzusehen (Luhmann 1995: 251ff). Ein unabsichtliches, normabweichendes Verhalten lässt sich als Fehler, Versehen, Missgeschick oder einmalige Schwäche titulieren (a. a. O.: 256).

Wo Menschen arbeiten und interaktiv tätig sind, werden Fehler gemacht. Ein Fehler drückt dann die Diskrepanz zwischen Erwartung und Handlung aus. Im Verbund eines Teams übt jedes Mitglied ein gewisses Maß an kollegialer Kontrolle aus. Kommt es dennoch zu einem nonkonformen Verhalten, so kann die Sanktionierung gruppenintern auf kollegiale, informelle Art erledigt werden: ein unmittelbarer, neutraler Hinweis auf einen Fehler, um dem Verursacher die Möglichkeit zu geben, zukünftig sein Agieren adäquat zu gestalten. Daneben besteht auch ein personalpolitischer Sanktionstyp (Luhmann 1995: 266), der den Weg über Vorgesetzte und organisatorische Strukturen nimmt. Bei einer derartigen Regulierung geht ein Vorfall über die Teamgrenzen hinaus und legitimierte Normensetzer werden sanktionierend tätig, um mit graduell ansteigenden personalpolitischen Instrumentarien (u. a. Gespräche, Abmahnungen, Kündigung) zum Erhalt des Systems beizutragen.

Im Kontext von kollegialem und solidarischem Handeln spielt auch der Bereich der (Fehler-)Verantwortung eine elementare Rolle. Die Pflicht zur Rechenschaft, d. h. für verursachte Fehler oder Akte des Versagens eintreten zu müssen, korreliert mit der Übernahme von Aufgaben. Diese Verantwortlichkeit umfasst folglich einerseits die Zuständigkeit für einen definierten Handlungs- und Wirkungsbereich, der inhaltlich mit an Normen und Standards orientierten Aktionen ausgefüllt ist. Andererseits beinhalten fehlerhafte Verhaltensweisen und deren Folgen die Notwendigkeit, sich zu diesen verantwortlich zu bekennen. Dies setzt ein entsprechendes Bewusstsein bei den MitarbeiterInnen voraus. Ein positiv strukturiertes Beziehungsverhältnis innerhalb des Teams trägt dazu bei, sich den anderen zu offenbaren (auch Luhmann 1995: 175).

In der Praxis ist es durchaus möglich, Verantwortung auf sich zu laden, sich aber eventuellen Rechenschaftsforderungen bei Problemen zu entziehen. Die Verteilung bzw. Streuung der Verantwortung aufgrund des arbeitsteiligen Prinzips, welches in der Pflege existent ist, stellt eine Möglichkeit dar. Die Minimierung von Verantwortung mittels eines sich Berufens auf Traditionswissen („Das wurde schon immer so gemacht“) oder die Anwendung von Verschleierungsstrategien (z. B. Ausreden, Leugnen) eine andere.

Der Grad an Verantwortung nimmt entlang der hierarchischen Anordnung nach oben zu. Je höher ein erreichter Status, desto größer ist die Verantwortlichkeit, was auch die Handlungen anderer, die niedriger positioniert sind, inkludiert. Aus dieser Verantwortung lassen sich Forderungen an das Verhalten (der Untergebenen), Kontrollaktivitäten und kritisierende, korrigierende oder zurechtweisende Handlungen legitimieren.

Unabhängig davon, ob ein Fehler als Einzelfall oder Wiederholungsenttäuschung auftritt, verdeutlicht die vorhandene Fehlerkultur bzw. das Fehlerverhalten (Erkenntnis, Hinweis, Verbesserung), wie solidarisches Agieren innerhalb des multiethnischen Kollegiums beschaffen ist.

So wird unterstellt, dass eine konstruktive (aufbauende, zusammenfügende, auf Entwicklung ausgerichtete) Kritik ein Zeichen gelungener Integration darstellt. Treten persönliche und emotionale Negativäußerungen in den Hintergrund, dominiert das partnerschaftliche Miteinander und die Zusammengehörigkeit das Teamverhalten.

7.6 Zusammenfassung

Nach diesen Ausführungen werden abschließend die Indikatoren, die die einzelnen Themenkategorien inhaltlich erfassen sollen, anhand einer Übersicht zusammengefasst.

Übersicht 14: Indikatoren und Themenkategorien der Untersuchung

	INDIKATOR	THEMENKATEGORIE
1	Arbeitsklima	Anerkennung und Respekt
2	Wertschätzung	
3	Vorurteile / Einstellung	
4	Subkommunikation	Kommunikation
5	Witze / Scherze / Humor	
6	Kommunikationsverständnis	
7	Vertrauen	Kooperation und Konflikt
8	Reziprozität	
9	Unterstützung	
10	Leistung	
11	Konflikt(verhalten)	Kollegialität und Solidarität
12	Ziele	
13	Kohäsion	
14	Prosoziales Verhalten	
15	Fehlerkultur	

Anhand dieser gewählten Kategorien lässt sich wiederum ein Rückbezug zu den Indikatoren zur Bewertung eines Integrationsprozesses herstellen (vgl.5.2). Viele der dort aufgezählten Aspekte und Erkenntnisse finden sich hier wieder: Konfliktverhalten, Lebenszufriedenheit (Humor, Wertschätzung, Arbeitsklima), soziale Kontakte (Subgruppen), Sprachkompetenz, Kooperationsverhalten, Beziehungsprozesse (Kollegialität, Solidarität), Diversität (Vorurteile) .

7.7 Versuch der Entwicklung einer Typologie des Integrationsverhaltens in multiethnischen Teams

Mit Hilfe der vier vorgestellten Themenkategorien und den 15 gefundenen Indikatoren wird versucht, (nach Möglichkeit) Unterschiede des Integrationsverhaltens in multinationalen Teams zu finden. Aufgrund differenzierter Merkmale, die sich aus den Antworten auf die Fragestellungen ableiten lassen, soll eine Zusammenfassung für das Integrationsverhalten für ein Team erfolgen. Dabei können je nach Ausprägung unterschiedliche „Typologien“ entstehen.

Zugrunde liegt die Annahme, dass die einzelnen Indikatoren aufgrund der Fragen differente Antworten bei den Befragten generieren. Je nach Ausprägung der einzelnen Indikatoren lassen sich eventuell unterschiedliche Qualitäten, Schwerpunkte oder Dominanzfaktoren entwickeln, die in ihrer Summe wiederum dazu dienen können, das generelle Verhalten mit seinen Ausprägungen innerhalb eines Teams zu charakterisieren. Mit anderen Worten: die Indikatoren können unterschiedlich ausgeprägt sein. Die jeweiligen Merkmale für die einzelnen Indikatoren können für ein Team gesammelt, um u. U. eine Abgrenzung zu den Aussagen bzw. zu den Merkmalen der anderen Teams herzustellen oder sie für ein Team oder Cliques als denkbar charakteristisch zu prüfen.

Je differenzierter die Antworten der vier beteiligten Teams ausfallen, desto unterschiedlichere Gruppen an Zuordnungen sind möglich.

Aus den Vorüberlegungen entlang den bestimmten Indikatoren für die jeweilige Kategorie lassen sich für erhaltene Daten- bzw. Interviewmaterial spezifische Antworttendenzen vorab definieren.

Für die Antworten auf Frage B5 („Mit welchen Gefühlen gehen Sie zur Arbeit?“) werden z. B. inhaltlich die Wertungen positiv, neutral oder negativ angenommen. Die Summe der erarbeiteten Bestimmungsgrößen für den Indikator Arbeitsklima lässt dann einen Rückschluss auf seine Ausprägung bei einer anvisierten Typologie für das Integrationsverhalten eines Pflgeteams zu. Sind für die vier Teams u. U. differierende Ausprägungen der Merkmale zu attestieren, so bildet sich je Team gegebenenfalls eine eigene Merkmalsausprägung aus.

Übersicht 15: Merkmalsausprägungen (abgeleitet aus Kategorien- und Indikatorenmodell)

Kategorie Anerkennung und Respekt		
Indikator	Ausprägung	Merkmale der erhaltenen Daten
Arbeitsklima	Bewertung	<i>positiv - neutral - negativ</i>
	emotionale Beteiligung	<i>Gefühle, Befinden</i>
	Wunschfragen im Kontext Team	<i>Verbesserungspotenziale</i>
Wertschätzung	Quantität und Qualität	<i>Lob, vertikal, horizontal</i>
Vorurteile		<i>explizit erwähnt</i>
		<i>keine Thematisierung</i>
Kategorie Kommunikation		
Subkommunikation	positiver Befund	<i>Toleranz oder Problem</i>
	kein Nachweis	<i>---</i>
	Akteure im Team	<i>deutsche - fremdländische Akteure</i>
Humor	Nachweis von	<i>Spaß und Lachen</i> <i>Scherze</i>
	Akteure im Team	<i>alle - manche - wenige - keiner</i>
Kommunikations-Verständnis	Ausmaß	<i>Kompatibilität</i>
	Ausmaß	<i>Effizienz</i>
	Ausmaß bzw. Bewertung	<i>Kompetenz</i>
Kategorie Kooperation und Konflikt		
Art der Kooperation	Wertung des Autors	<i>Empathische Kooperation</i>
		<i>Strategische Kooperation</i>
		<i>Pseudokooperation</i>
Reziprozität	Qualität des Angebots	<i>Freiwilligkeit von Hilfe</i>
		<i>Zwanghaftigkeit</i>
	Beeinträchtigung	<i>Einzelgänger</i>
Unterstützung	Art und Weise	<i>emotionale Art</i>
		<i>informative Art</i>
		<i>instrumentelle Art</i>
	Qualität des Angebots	<i>Freiwilligkeit</i>
Leistung	Bewertung	<i>Äquivalenz</i>
		<i>positive oder negative Hervorhebung</i>
Ziel	Qualität	<i>gemeinsam definiert</i>
		<i>unausgesprochen</i>
		<i>nur Partikularziele</i>
Vertrauen	Qualität	<i>Verlässlichkeit</i>
	Qualität	<i>Vertrauen</i>
	Akteure im Team	<i>Personenkreis</i>
	Nachweis von	<i>Emotionen / Intimität als Inhalt</i>
Konfliktverhalten	offensichtliche Thematisierung	<i>explizite Erwähnung "Konflikt"</i>
	Art	<i>Beurteilungskonflikt</i>
		<i>Bewertungskonflikt</i>
		<i>Verteilungskonflikt</i>
		<i>Beziehungskonflikt</i>
	Nachweis von	<i>Ethnische Komponente beteiligt</i>
	Akteure im Team	<i>Konfliktparteien</i>
	Umgang mit Konflikt	<i>sachlich - gefühlsmäßig</i>
		<i>eingegrenzt - ausgeweitet</i>
		<i>direkt - verschoben</i>
<i>personenneutral - persönlich</i>		
<i>bewusst - schwelen lassen</i>		
		<i>offen - verdeckt</i>
Kohäsion	Nachweis von	<i>Wir-Gefühl</i>
	Nachweis von	<i>Subgruppen</i>
Kategorie Kollegialität und Solidarität		
prosoziales Verhalten	Qualität	<i>ja, freiwillige Hilfen</i>
	Nachweis von	<i>Freundschaften</i>
Fehlerkultur		<i>Übernahme von Verantwortung</i>

		<i>Umgang mit Kritik</i>
Solidarität	Nachweis von	<i>als Gefühl (emotionale Zusammengehörigkeit)</i>
	Nachweis von	<i>als Handlung (Anstrengungen und Einschränkungen)</i>

Somit stellen sich die Fragen, welche Merkmalsausprägungen bei den Indikatoren auftreten, mit welchen Themenkategorien sie in Verbindung stehen, ob daraus Typologien des Integrationsverhaltens ableitbar sind.

8. Methodisches Vorgehen

8.1 Rekrutierung der Befragungsgruppe und Auswahlkriterien

Die InterviewteilnehmerInnen rekrutierten sich jeweils aus multiethnischen Pflgeteams (Anteil der Pflegekräfte mit Migrationshintergrund zwischen 22% und 44%), so dass sich die ProbandInnen je zur Hälfte aus deutschen Pflegekräften sowie aus Pflegepersonen mit Migrationshintergrund zusammensetzten. Sowohl die autochthone als auch die allochthone Seite war zu gleichen Anteilen repräsentiert.

Die Untersuchung wurde mittels Befragungen von MitarbeiternInnen aus stationären Einrichtungen der Altenpflege in Bayern durchgeführt. Die Grundlage dafür bildete das Verzeichnis der Heime der Altenhilfe in Bayern des Bayerischen Landesamtes für Statistik und Datenverarbeitung aus dem Jahre 2003. Aus den sieben Regierungsbezirken wurden aufgrund geografischer Überlegungen Institutionen aus der Oberpfalz sowie aus Ober- und Niederbayern schriftlich kontaktiert. Die Auswahl der Heime war dabei unabhängig von der Trägerschaft der Einrichtungen (Wohlfahrtsverband, Privat, Kommunal, Kirchlich) oder von ländlicher bzw. urbaner Umgebung, sie orientierte sich lediglich an dem vorhandenen Platzangebot (mehr als 100 vollstationäre Bewohnerplätze). Dies bedeutet, die Selektierung der Institutionen erfolgte rein zufällig. Aus der Gesamtheit der in Frage kommenden Alten(pflege)einrichtungen wurden insgesamt 20 Heime kontaktiert. Bestand bei einer Institution eine Trägerschaft durch einen größeren, übergeordneten Träger (z. B. private Unternehmenskette, Caritasverband), so wurde dieser vorab angeschrieben, um das Plazet für ein weiteres Vorgehen bei einer angeschlossenen Einrichtung einzuholen. Diese übergeordnete Bereitschaft zur Kooperation war jedoch für das einzelne Alten(pflege)heim keineswegs bindend, sondern sie stellte ledig-

lich eine Argumentationshilfe dar, um bei den führenden Stellen eines Hauses leichter eine Entscheidung herbeiführen zu können.

Zur Befragung wurden Personen herangezogen, die unmittelbar mit der Betreuung und der Pflege von Bewohnern betraut sind. Diese wurden unabhängig von deren pflegerischen Ausbildung bzw. Abschluss zu einem Gespräch eingeladen, d. h. es wurden Stationsleitungen, Krankenschwestern / -pfleger, AltenpflegerInnen, AltenpflegeschülerInnen, Altenpflegehilfskräfte und ungelerntes Pflegepersonal befragt. Personen, die auf einer Station in ergänzenden Diensten wie Reinigungs-, Wäsche-, Hauswirtschaft- oder Sozialdiensten tätig sind, wurden nicht zu Interviews herangezogen. Das Beschäftigungsausmaß der befragten Pflegepersonen betrug dabei mindestens Teilzeit.

Die Auswahl der GesprächsteilnehmerInnen richtete sich ausnahmslos nach der Freiwilligkeit der Pflegepersonen, sie war unabhängig von Geschlecht, Berufserfahrung, Deutschkenntnissen, Berufsbezeichnung, Sympathie und Herkunftsland.

Der Zeitraum, in denen die 22 Interviews stattfanden, zog sich über fünf Monate in die Länge, was zum einen dadurch begründet ist, dass alle Gespräche vom gleichen Interviewer durchgeführt wurden, der selbst in Teilzeit berufstätig ist. Zum anderen gestaltete es sich manchmal kompliziert, mit den Pflegenden zu den angeführten geeigneten Dienstzeiten für das Personal Termine zu vereinbaren, da analog Dienstbesprechungen, Supervisionen, Fortbildungen, Urlaubs- und Krankheitszeiten einen zeitlichen Aufwand bedeuten und Zeit im Alltag einnehmen.

8.2 Rücklaufquote

In der Anfrage an die jeweiligen Heime wurde auf der einen Seite das Vorhaben der Untersuchung dargestellt, auf der anderen Seite wurden die notwendigen Voraussetzungen für die Durchführung der Interviews aufgezeigt:

- (1) Einwilligung der übergeordneten Ebenen zu der MitarbeiterInnenbefragung (Pflegedienstleitung, Haus- bzw. Heimleitung, Träger);
- (2) Existenz eines multiethnischen Altenpflegeteams auf einer Pflegestation;
- (3) Bereitschaft zu einem Gespräch auf Seiten der Pflegekräfte, wobei eine gleich große Anzahl an deutschen Pflegepersonen und Kräften mit Migrationshinter-

grund Voraussetzung ist;

- (4) Freiwilligkeit bei den ProbandInnen sowie zugesicherte Vertraulichkeit bei den Gesprächsinhalten, d. h. keine hausinterne Weitergabe der Aussagen.

Das anspruchsvolle Arrangement der dargestellten Konditionen führte im Rücklaufprozess einerseits zu einer raschen Absagequote, andererseits meldeten sich einige Einrichtungen überhaupt nicht. Nach einer angemessenen Frist wurden die zuständigen Leitungsstellen nochmals separat telefonisch kontaktiert, um den Sachverhalt erneut vorzutragen und ein Interesse der Einrichtung klären zu können. Nach der ein- bzw. zweimaligen Kontaktierung erklärten sich elf Einrichtungen zu keinerlei Kooperation bereit. Als Gründe wurden aktuelle innerbetriebliche Umstrukturierungen (personell, baulich), parallele Forschungsprojekte oder ein generelles Desinteresse an internen Untersuchungsvorhaben angeführt. Weitere drei Heime zeigten sich offen für Interviews, mussten jedoch aufgrund mangelnder ausländischer Pflegepersonen in ihrer Kooperation passen. Somit verblieben sechs Institutionen, die eine Unterstützung zusicherten. Mit denjenigen Institutionen, die schriftlich, telefonisch oder auf digitalem Wege ihre Bereitschaft bekundet hatten, wurde ein persönliches Gespräch vor Ort angesetzt. Im persönlichen Austausch mit Heim- / Hausleitung bzw. Pflegedienstleitung wurde dann

- die Anonymisierung der Einrichtung und deren befragten Angestellten zugesichert;
- das Vorhandensein einer Station mit entsprechenden MitarbeiterInnenprofil eruiert;
- die Vergütung der Interviewzeit für die MitarbeiterInnen geregelt d. h. Gespräche innerhalb der Arbeitszeit oder Anrechnung der Mehrarbeit im Dienstplan;
- der störungsfreie Ablauf des Stationsalltages trotz der durchgeführten Gespräche garantiert.

Nach diesem ersten Austausch zog eine Hausleitung die Unterstützungsbereitschaft ohne Angabe von Gründen zurück, so dass sich fünf Einrichtungen zur Befragung anboten.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass sich die Suche nach Einrichtungen für die Untersuchung als schwierig gestaltete. Dies lag einerseits an den Konditionen, welche für die Befragung ausschlaggebend waren. Andererseits ließen sich zweite Anfragen bei den

Einrichtungen nur umständlich arrangieren. Trotz mehrmaliger telefonischer Versuche, mit der Führungsebene in Kontakt zu treten, kam es zu keinen persönlichen Gesprächen. Nach zahlreichen vergeblichen Versuchen und der Bitte um Rückruf, erfolgte kein oder ein zeitlich erheblich verzögerter Rückruf mit einer Absage.

8.3 Beschreibung der Untersuchungsgruppe

In die Untersuchung einbezogen wurden stationäre Alten(pflege)einrichtungen im Freistaat Bayern, wobei sich Einrichtungen aus den Bezirken Niederbayern und der Oberpfalz zur Kooperation bereit erklärt hatten. Alle besuchten Institutionen verfügen über eine Betten- bzw. Bewohnerzahl, die jenseits von 100 überwiegend vollstationären Pflegeplätzen liegt. Teilstationäre Kapazitäten oder Möglichkeiten des heim-verbundenen Service-Wohnens wurden nicht erfasst. Der Zeitraum der Befragung erstreckte sich über den Dezember 2004 bis zum April 2005.

Nach Abschluss des gesamten schriftlichen bzw. telefonischen Rücklaufes signalisierte die Führungsebene (d. h. Heimleitung oder Pflegedienstleitung) aus fünf Einrichtungen ihre generelle Bereitschaft zur Teilnahme an der Untersuchung. Aus den fünf geeigneten Untersuchungsgruppen konnte sich jedoch ein Pflegekollegium nach interner Rücksprache nicht zur Durchführung der Interviews durchringen, so dass schließlich das Datenmaterial von vier Einrichtungen für die Auswertung herangezogen wird.

Zur Erhebung des Datenmaterials dieser Untersuchung fanden sich schließlich 22 Pflegekräfte freiwillig bereit, davon waren 19 weiblichen und drei männlichen Geschlechts. Die Hälfte der befragten Personen verfügte dabei über einen Migrationshintergrund. Darunter werden im Rahmen dieser Arbeit solche Personen verstanden, die entweder aus dem Ausland nach Deutschland zugezogen sind, also auch aus so genannten Spätaussiedlernationen (u. a. ehemalige Sowjet- und CSSR-Gebiete, Polen, Rumänien), oder die in Deutschland geboren wurden und zu einer Migrantengruppe zu zählen sind (u. a. Türken, Italiener, Spanier etc.).

Es fanden jeweils sechs Gespräche pro Einrichtung statt, wobei in einem Heim aufgrund einer plötzlichen dauerhaften Erkrankung eine Pflegekraft als Interviewpartnerin ausfiel und somit aus Gründen der Symmetrie dort nur vier ProbandInnen befragt wurden.

Neben den deutschen Pflegekräften, bei denen keine Unterscheidung nach alten und neuen Bundesländern vollzogen wurde, nahmen insgesamt elf ausländische Pflegende an der Befragung teil: aus Kasachstan (5), aus Polen, aus Rumänien, aus Thailand, aus Peru, aus dem Iran und aus der Türkei.

8.4 Interviewsituation

Die Interviews fanden in den jeweiligen Einrichtungen statt, wobei sich immer eine einzelne Pflegeperson zu einem Termin einfand. Als Örtlichkeit für die Interviews stellten die Einrichtungen je nach Gegebenheit eine separate Räumlichkeit im Haus zur Verfügung, mitunter wurden also Besprechungsräume, Büros des Sozialen Dienstes oder leer stehende Bewohnerzimmer benutzt. Es wurde darauf geachtet, dass eine räumliche Trennung von der Station, auf der eine Interviewperson tätig war, ermöglicht wurde. Die Gespräche fanden bis auf zwei Ausnahmen sämtlich in der Dienst- bzw. Arbeitszeit der InterviewpartnerInnen statt, so dass diesbezüglich von Anfang an die Zeiten von den Führungsebenen adäquat gewählt wurden, um den Ablauf des Stationsalltages nicht zu beeinträchtigen. In diesem Zusammenhang boten sich meistens Termine bei personeller Überbesetzung oder auch kurz vor Schichtwechsel an, da sich dann dienstüberlappend mehr Pflegekräfte auf Station befinden. Die zwei Ausnahmen bildeten Personen, die extra in ihrer Freizeit zu den Gesprächen in ihre Arbeitsstätte kamen.

Die Gespräche selbst erstreckten sich über einen Zeitraum von 40 Minuten bis 120 Minuten, die durchschnittliche Dauer lag bei 59 Minuten. Die Dauer wurde vorab mit etwa einer Stunde angegeben, um den Probanden hinsichtlich der Dienstgestaltung eine entsprechende Planungssicherheit zu ermöglichen. Die Befragungsdauer und die Fragenanzahl wurden im Anschluss an ein Gespräch auf Anfrage des Interviewers als akzeptabel und nicht zu anstrengend beurteilt. Lediglich der Inhalt mancher Fragen wurde gelegentlich als ungewohnt kommentiert, so dass hinsichtlich des Antwortinhaltes erst persönliche Überlegungen nötig waren.

Wurde von den übergeordneten Stellen die institutionelle Zustimmung zu den Gesprächen auf einer Station erteilt, so wurde im Anschluss mit der zuständigen Führungskraft der Sachverhalt noch einmal auf der ausgewählten Station mit den Leitungskräften und dem anwesenden Pflegepersonal besprochen. Bei signalisierter Bereitschaft zu Gesprä-

chen wurden mit den vorhandenen Personen sofort terminliche Absprachen getätigt. Gleichzeitig wurden für diejenigen, die nicht im Dienst waren, Informationsblätter mit der Adresse des Ansprechpartners hinterlassen. Bei der konkreten Auswahl von Terminen während der Dienstzeit standen die Stationsleitungen hilfsbereit zu Verfügung. Zu den Interviews erschienen die GesprächspartnerInnen meist in Berufskleidung, nur drei der ProbandInnen kamen zivil gekleidet.

In der Einleitungssequenz eines Interviews wurden – nach der persönlichen Vorstellung mitsamt der beruflichen Vita des Interviewers – das Vorhaben, die Hintergründe bzw. Überlegungen zu dem Altenpflegerischen Projekt kurz dargestellt. Als Fokus der Befragung wurde das Kooperationsverhalten in multinationalen Teams angegeben, als Ziel der Gespräche eine mögliche Verbesserung der Methoden zur Zusammenarbeit. Somit wurde proklamiert, dass die Untersuchung und deren Ergebnisse im Interesse der Befragten sind (Interessengleichheit von GesprächsteilnehmerInnen und Interviewer). Während der Annäherungsphase stellte sich heraus, dass Viele die ausliegenden Informationsblätter nicht gelesen hatten und somit keine bzw. irrtümliche Vorstellungen hinsichtlich der inhaltlichen Aspekte oder der Interviewerintentionen besaßen.

In diesem Zusammenhang wird nochmals darauf hingewiesen, dass auch Pflegekräfte aus den erwähnten Spätaussiedlernationen, die sich durchaus a priori als Deutsche bezeichneten und fühlten, mit dem Fragenkomplex für MigrantInnen konfrontiert wurden.

Da nur ein Interviewer die Gespräche bei gleichen Bedingungen, d. h. einheitliches methodisches und inhaltliches Vorgehen, mit den Pflegekräften geführt hat, ist die Vergleichbarkeit der einzelnen Daten, trotz der „Künstlichkeit“ (Atteslander 1993: 142) durch den Interviewer, als gegeben zu konstatieren.

Die Interviews wurden vollständig auf Tonband aufgenommen. Alle Interviewpartnerinnen haben dem zuvor zugestimmt. Die Aufnahme diente zur authentischen und präzisen Erfassung des Kommunikationsprozesses. Der Fragende hatte mit Hilfe des Tonbandgerätes die Möglichkeit, sich ganz auf das Gespräch sowie auf Beobachtungen situativer Bedingungen und nonverbaler Äußerungen zu konzentrieren (Witzel 2000). Die Tonbandaufzeichnungen wurden vollständig transkribiert und als Grundlage der Analyse und Interpretation verwendet.

Postskripte wurden unmittelbar nach dem Interview als Ergänzung zur Tonbandaufzeichnung angefertigt, um wichtige Gesprächsinhalte, Anmerkungen zu den situativen und nonverbalen Aspekten sowie zu Schwerpunktsetzungen der Interviewpartnerinnen festzuhalten. Zudem wurden spontane thematische Auffälligkeiten und Interpretationsideen notiert, die Anregungen für die Auswertung geben können (Witzel 2000). Relevante Gesichtspunkte des Interviews wurden auf dem Postskriptumblatt skizziert. Darin sind Aussagen zum Ort, Zeitpunkt und Dauer des Interviews sowie zu den Kernthemen der Gespräche enthalten. Zur Reflexion der Interviewsituation haben sie sich als hilfreich erwiesen. Außerdem haben sie das Einfinden in die jeweilige Interviewsituation in der Analysephase unterstützt, die sich der Erhebungsphase anschloss.

8.5 Feldkompetenz des Interviewers

Einen wesentlichen Raum bei einer qualitativen Befragung nimmt die Gestaltung der Gesprächssituation ein. Zwei sich unbekannte Personen treten in Interaktion, um einen produktiven Kommunikationsprozess zu initiieren. Die Person des Interviewers beeinflusst durch seine Gestik, Mimik, Auftreten, Ausdrucksweise und Biografie die Einstellung der ProbandInnen zum Gespräch und somit die Aussagebereitschaft.

Da der Interviewer in der vorliegenden Untersuchung über die Ausbildung eines examinierten Krankenpflegers verfügt und zusätzlich parallel zu den von ihm durchgeführten Gesprächen ebenfalls halbtags in einer Einrichtung der stationären Altenpflege tätig war, erleichterte diese Praxisnähe des öfteren den Zugang zu den Befragten. Dieses subjektive „Sitzen-im-gleichen-Boot“ ermöglichte einen leichteren Austausch auf persönlicher Ebene. Die ProbandInnen empfanden das Gespräch auf Augenhöhe stattfindend, plakativ formuliert: ein Austausch unter Kollegen. Es war kein auffälliges Gefälle auf der Gesprächsebene zu erkennen, wie es möglicherweise bei der Konstellation akademischer Interviewer / Wissenschaftler und Pflegekraft zu verzeichnen wäre. Diese horizontale Gleichrangigkeit und das Wissen der Pflegekräfte, dass ihr fragen-stellendes Gegenüber ebenfalls mit Teamschwierigkeiten, Arbeitsstress, Pflegeproblemen, Krankheitsbildern usw. in seinem praktischen Arbeitsalltag konfrontiert wird, sorgte z. T. für spontane, alltagsintime Aussagen. Dazu trug auch das subjektive Empfinden der ProbandInnen bei, eher auf Verständnis und Zustimmung des Interviewers zu stoßen. Dies ließ sich einerseits an den undokumentierten Äußerungen vor bzw. nach einem Ge-

sprächstermin feststellen, wo persönliche Anekdoten und "Sekundärinformationen" preisgegeben wurden. Andererseits boten viele der Pflegekräfte vor einem Interview bereitwillig von sich aus die persönliche Anrede mit "Du" an.

Daneben war den Pflegekräften auch bewusst, dass auf fachlicher Ebene ein gleichrangiger Gesprächspartner gegenüber stand. Somit konnte ein Austausch mit der Verwendung von Pflegespezifika und entsprechendem Fachvokabular stattfinden: Krankheitsbilder und deren Symptome bei BewohnerInnen, der Aufwand bei der Durchführung diverser medizinischer Therapien, die emotionale Komponente beim Umgang mit Ausscheidungen, Leid und Tod u. v. m. sind inhaltlich, aber auch physisch bzw. psychisch bei beiden Parteien bekannt.

8.6 Pretest

Um die Umsetzung des Fragensystems sowohl inhaltlich als auch von der kognitiven Transparenz zu prüfen, wurden im Rahmen eines Pretest zwei Probandinnen mit Migrationshintergrund interviewt. Es handelte sich dabei um Altenpflegekräfte mit türkischem bzw. kroatischem Migrationshintergrund. Die türkische Pflegekraft war Hilfs-, die kroatische Pflegenden Fachkraft. Die Deutschkenntnisse waren dabei von gut (Kroatin) und von gut bis mittel (Türkin) einzustufen.

Um die Verständlichkeit der Fragestellungen zu kontrollieren, ließ sich vor allem im Gespräch mit der türkischen Hilfskraft feststellen, dass das simple Vorlesen der Fragen zu Missverständnissen bei der Verarbeitung bzw. Beantwortung führte. Dies zog diverse Nachfragen durch die Interviewte nach sich und hatte ein wiederholtes Vorlesen der Fragen zur Folge.

Aufgrund der Reaktionen der Befragten wurden allgemeine Formulierungen abgeändert und detaillierter dargestellt. Begrifflichkeiten, die im Antwortverhalten Verwirrung und Unschlüssigkeit generierten, wurden modifiziert oder neu zusammengestellt. Analog wurde von der türkischen Testperson auf kommunikativer Ebene angeregt, die verbal geäußerten Fragen zu visualisieren. Eine vom Interviewer gestellte Frage sollte auch parallel für verunsicherte bzw. im Deutschen weniger sichere Personen schwarz auf weiß zugänglich sein. Aus diesem Grund wurde ein Kartensystem entworfen, wo jede Frage separat auf eine Karte niedergeschrieben wurde. In der Interview-Praxis wurde dann

vorab geklärt, ob das Anbieten der Fragen in schriftlicher Form gewünscht werde. Befürworteten dies die Interviewten, so gab der Interviewer die Kärtchen jeweils separat dem Befragten und las die Frage nochmals vor. Damit wurde sichergestellt, dass die Frage richtig aufgefasst und gleichzeitig die digitale phonetische Aufzeichnung der Gespräche optimal gewährleistet wurde.

Im weiteren Verlauf der beiden Pretests wurde dann noch der situative Kontext beim Ausfüllen des Statistikfragebogens geklärt. Beide Probandinnen bevorzugten die Anwesenheit des Interviewers, während sie den vorliegenden Statistikteil ausfüllten. Die Gegenwart vermittelte Sicherheit, falls Nachfragen oder Unklarheiten beim Ankreuzen bzw. Beschriften von Platzhaltern auftraten.

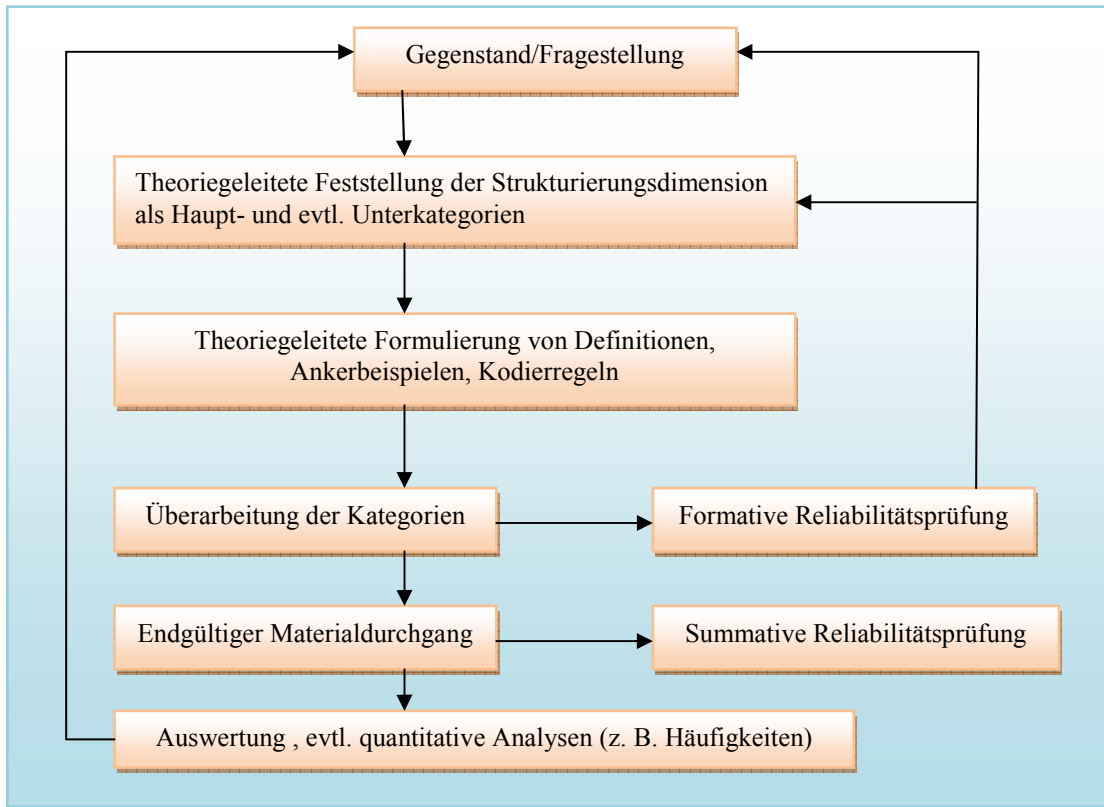
Die neuen Erkenntnisse wurden bei der Überarbeitung des Fragensystems sowie der Gestaltung der Gesprächssituation hinsichtlich der zu befragenden Klientel (deren Kompetenz an Deutschkenntnissen nicht abzuschätzen war) entsprechend berücksichtigt.

9. Die Qualitative Inhaltsanalyse als Auswertungsmethode

Zur Datenanalyse der qualitativen Daten wurde die qualitative Inhaltsanalyse gewählt. Grund für die Wahl dieses Verfahrens war, dass diese Form der Datenanalyse es ermöglicht, das Datenmaterial regelhaft und theoriegeleitet zu interpretieren, was auch als wissenschaftlich kontrolliertes Fremdverstehen (Lamnek 1995) bezeichnet werden kann – mit der Inhaltsanalyse lässt sich Kommunikation systematisch aufarbeiten und auswerten. Weiterhin ermöglicht dieses klassische Verfahren auch ein quantitatives Vorgehen (Lamnek 1993: 172), was bei der Gegenüberstellung der beteiligten Untersuchungsgruppen auch sinnvoll ist. Denn die Ergebnisse der qualitativ gewonnenen Auswertung werden in einem zweiten Schritt quantitativ analysiert, um über die Häufigkeit eines Ordnungskriteriums einer Kategorie eine weitere Annäherung an die Fragestellung zu erhalten. Damit ermöglicht die systematische Textanalyse nach Mayring auch die Verbindung zu quantitativen Analyseschritten (Mayring 2000).

Die qualitative Inhaltsanalyse erlaubt die Verwendung von Kategorien, die sich aus theoretischen Modellen und den daraus gewonnen Erkenntnissen ableiten lassen (vgl. 7.1). „Qualitative Inhaltsanalyse will Texte systematisch analysieren, indem sie das Material schrittweise mit theoriegeleitet am Material entwickelten Categoriesystemen bearbeitet“ (Mayring 2003: 114). Bei dieser deduktiven Kategorienanwendung werden die einzelnen Auswertungsbereiche vorab theoretisch begründet selektiert und definiert, um die für die Kategorie bestimmten Ordnungskriterien mit den reduzierten Kommunikationsinhalten abgleichen zu können. Die im vorliegenden Fall entwickelten vier Kategoriekonstruktionen erlauben eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse.

Übersicht 16: Ablaufmodell deduktiver Kategorienanwendung



(Quelle: Mayring 2000, eigene Darstellung)

Dabei ist es auch möglich, während des Reduktionsprozesses die gewählten Kategorien in Abhängigkeit der gewonnenen Gesprächsergebnisse wieder zu modifizieren (induktive Kategorienentwicklung).

Mit einer qualitativ ausgerichteten Textanalyse ist es darüber hinaus möglich, den Zusammenhalt und die Wechselwirkung bzw. den Kontext von verschiedenen Textbestandteilen sowie latente Sinnstrukturen und markante Einzelfälle ausführlich zu berücksichtigen und hervorzuheben, was bei einer quantitativen Vorgehensweise nur eine geringe Bedeutung einnimmt. Und die Beobachtung des Interviewers bei den Gesprächen (Pausen, Mimik, Gestik usw.) vervollständigt den Kommunikationsprozess, so dass auch „das, was im Text nicht vorkommt“ (Mayring 2003: 114) sich in der Entstehungssituation der Daten wiederfindet.

So sollte eine strukturierte Beschreibung der Daten und (nach Möglichkeit) eine Klassifizierung in Form einer Typologie resultieren. In dieser Arbeit wird als Auswertungsmethode die Zusammenfassende Inhaltsanalyse gebraucht, um das in den Gesprächen ge-

wonnenen Datenmaterial so zu komprimieren, dass die relevanten Inhalte der Gespräche bestehen bleiben (Mayring 1995:55). Über Abstraktion wird dann ein übersichtlicher Kern erzeugt, der das Datenmaterial abbildet. So besteht die Möglichkeit, komplexe Zusammenhänge aufgrund thematischer Entsprechungen in ein Kategoriensystem zu bringen. Die Auseinandersetzung mit der Methode orientierte sich an den Ausführungen von Mayring (2003), d. h. die Analyse der Daten erfolgte nach expliziten Regelungen, um verständliche, überprüfbare und nachvollziehbare Ergebnisse zu erhalten, die Teil eines Kommunikationsprozesses sind. Damit können Rückschlüsse auf unterschiedliche Aspekte der Kommunikation (innerhalb eines multiethnischen Teams) angestellt werden, also letztendlich Aussagen über die Sender (Informationsquelle) sowie die daraus resultierende Wirkung bei den Empfängern¹⁶ (Mayring 2003: 12).

Als erster Schritt wurden die Analyseeinheiten bestimmt. Jede der angenommenen Themenkategorien, die in ihrer Summe bzw. Dependenz für die Ausgestaltung integrativer Prozesse verantwortlich sind (Anerkennung/Respekt, Kooperation/Konflikt, Kollegialität/Solidarität, Kommunikation), wurde durch spezifische Indikatoren abgebildet. Diese Items wiederum (insgesamt 15 Bereiche) konstituieren sich aus einem Pool spezieller Fragen. Jede Frage aus einem Pool lässt sich als Kodiereinheit festlegen, sie ist also der kleinste Materialbestandteil, der ausgewertet wurde. Alle Fragen lassen sich nach einem Zuordnungsschema der jeweiligen Nummer des Indikators zuweisen. Auf diese Kategorie folgt eine übergeordnete Kategorisierung in Form von unterschiedlichen Items, wo es zu einer Abstraktion der Fragengesamtheit kommt.

Zunächst wurden die einzelnen Kodiereinheiten respektive Fragen paraphrasiert, d. h. der wesentliche Inhalt der Antwort wurde herausgefiltert. Nichtssagende Passagen wurden bei diesem Vorgehen fallen gelassen. Jeder Frage lässt sich somit eine grammatikalisch äquivalente Kurzform als Paraphrase zuordnen.

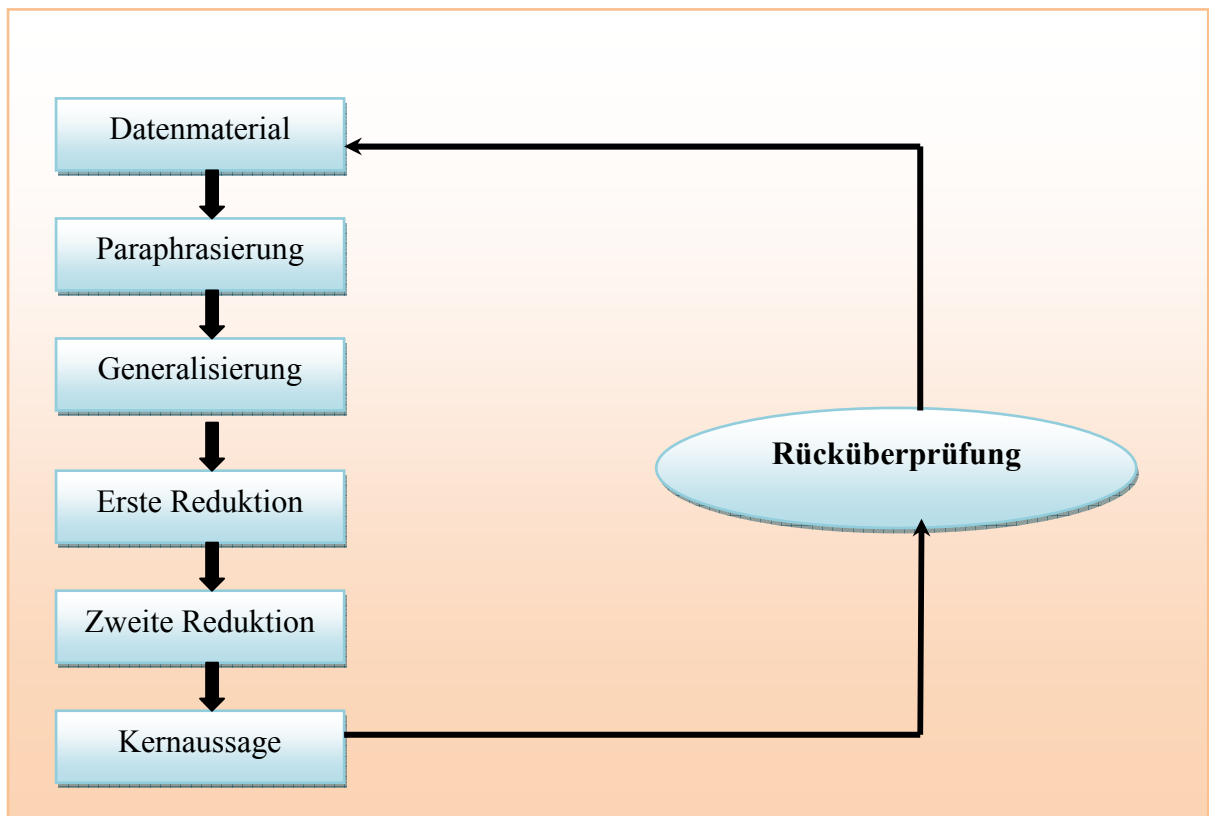
Der nächste Schritt generalisierte die Paraphrasen auf das Abstraktionsniveau. Die jeweiligen Paraphrasen wurden dabei itembezogen zusammengefasst und auf ein erhöhtes Niveau der Abstraktion gebracht. Bei diesem zweiten Schritt wurden sowohl bei Zweifeln hinsichtlich der Interpretation theoretische Vorannahmen herangezogen, als auch inhaltsgleiche Kurzformen produziert. Bedeutungsgleiche Passagen ließen sich eliminieren. Überflüssige bzw. inhaltsleere Paraphrasen konnten vernachlässigt werden (erste

¹⁶ vgl. Übersicht 10: Signalübertragungsmodell nach Thomas

Reduktion). Mehrere Paraphrasen, die sich auf das gleiche Thema bezogen und über den gesamten Fragenkatalog verstreut waren, konnten zusammengefasst und mit einer neuen Aussage gebündelt wiedergegeben werden (zweite Reduktion).

Nach dieser zweimaligen Reduktion war zu gewährleisten, ob das Reduktionsgut (die getroffenen Aussagen) auch die Antworten der Interviewpersonen wiedergibt. Es wurde eine Rückprüfung vorgenommen. Da bei einigen Antworten der ProbandInnen lediglich eine Zustimmung bzw. Ablehnung geäußert wurde, musste der dargestellte Ablauf nicht bei jeder Kodiereinheit exerziert werden.

Übersicht 17: Ablaufschema der zusammenfassenden Inhaltsanalyse

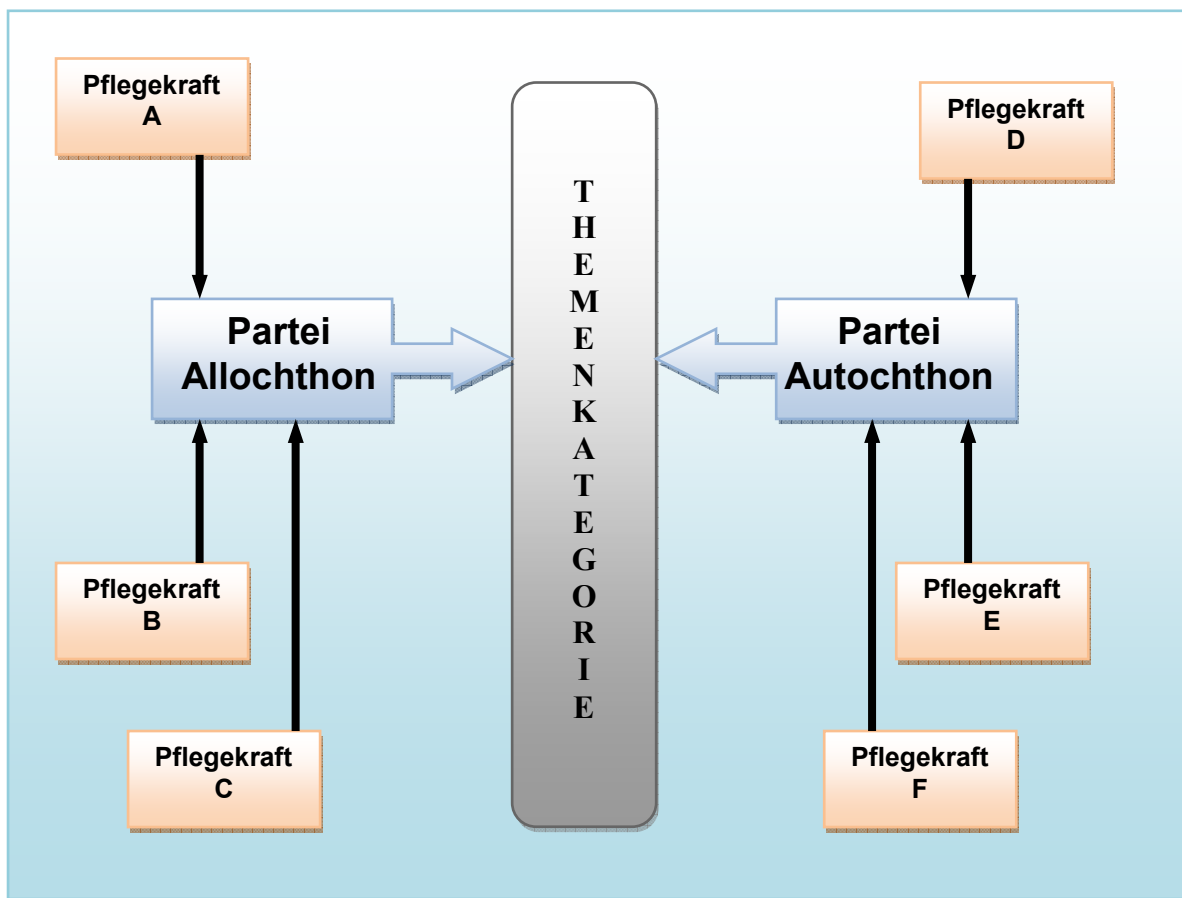


(Quelle: Mayring 1995: 83)

Es wurde vollständig und wörtlich transkribiert, wobei Dialekt- bzw. Mundartfärbungen ins Hochdeutsche übersetzt wurden. Bei fremdländischen Worten wurde die richtige Schreibfassung eruiert und die deutsche Bedeutung in Klammern gesetzt. „Äh“ und ähnlich lautende Äußerungen wurden weggelassen. Pausen im Antwortverhalten wurden mit Punkten wiedergegeben, wobei die Punkteanzahl der Pausendauer entspricht. Auffälligkeiten wie Lachen oder Nicken wurde situationsspezifisch im Klammern angegeben.

Die Auswertungsmethodik wurde bei jeder InterviewteilnehmerIn angewandt. Die Betrachtung der Aussagen wurde jeweils auf das Arbeitsteam begrenzt, in dem die Pflegekraft tätig war, d. h. die vier bzw. sechs Interviews gelten als Wiedergabe der Situation auf je einer Station. Die Gespräche und deren Daten wurden in einem Zuordnungsschritt (nach der Inhaltsanalyse) in die Gruppen „Deutsche Pflegekräfte“ (autochthon) und „Pflegekräfte mit Migrationshintergrund“ (allochthon) aufgeteilt. So ergab sich für jede der vier untersuchten Stationen zwei unterschiedliche Perspektiven, bestehend aus Daten der deutschen MitarbeiterInnen (Partei Autochthon) und Aussagen von Personen mit Migrationshintergrund (Partei Allochthon). Aus der Inhaltsanalyse der Antworten von den zwei Parteien lässt sich durch eine aufeinander bezogene Auswertung eine Grundausrichtung bzw. Tendenz für ein Pflegekollegium bestimmen. Dies sowohl aus Sicht der autochthonen als auch aus Sicht der allochthonen Klientel.

Übersicht 18: Auswertungsmodell für eine Themenkategorie



Bis auf eine Ausnahme wurden die Fragen in einer offenen Form gewählt. Die Befragten hatten einen großen Spielraum in der Ausformulierung ihrer Antworten, da keine

festen Antwortkategorien vorgegeben waren. Die Aussagen wurden völlig selbstständig gewählt.

Nach Atteslander (1993: 179) wird dadurch von den ProbandInnen verlangt, sich an etwas zu erinnern; bei geschlossenen Fragestellungen wird auf ein Wiedererkennen abgezielt. Durch offene Fragen entsteht eine Interviewsituation, die einem normalen Gespräch relativ ähnlich ist, somit werden das Interesse und der Gesprächskontakt in der Befragung gefördert.

In den Fragenkatalog wurden auch Quer- und Kontrollfragen eingearbeitet, um einen theoretischen Teil abzusichern und entsprechend bearbeiten zu können. Zur Erleichterung des Gesprächsbeginns wurde eine Kontakt- und Einleitungsfrage zu einem persönlichen Thema gestellt.

Bei der geschlossenen Frage wurden die Antwortmöglichkeiten vorgelegt. Es konnte aus drei Alternativen eine zur Beantwortung ausgewählt werden. Diese Art der Frage diente zum einen lediglich der Entlastung und Abwechslung in der Gesprächssituation. Zum anderen war die explizite Formulierung gut geeignet, das Beziehungsverhältnis zu hinterfragen.

Die Fragenfolge war einem groben Ablaufschema unterworfen. Wurde von einer GesprächsteilnehmerIn bei ihren Aussagen aber ein anderes, im weiteren Verlauf auftretendes Thema tangiert, so wurde die Bereitschaft entsprechend aufgegriffen und Fragen, die in diesem thematischen Kontext standen, vorgezogen.

Einige Fragen, die sich auf die Beurteilung der jeweils gegenüber positionierten Gruppe bezogen, wurden fakultativ den autochthonen bzw. allochthonen GesprächsteilnehmerInnen gestellt.

10. Ergebnisse der Untersuchung

Die Ergebnisse werden – wie in der Auswertungsmethode dargestellt – je Institution vorgestellt. Im Anhang befinden sich die einzelnen Biografie-Daten, die statistisch erfasst wurden, ebenso der Interview-Leitfaden. Die im Text angeführten Namen sind fiktiv. Die in den spezifischen Fragen gegenübergestellten Gruppenmitglieder werden auf

der einen Seite als autochthon / einheimisch / deutsch bezeichnet, auf der anderen Seite werden die Akteure als allochthon bzw. als Personen mit Migrationshintergrund titulierte.

Vorab ist allgemein zu erwähnen, dass von einer Person mit Migrationshintergrund dem deutschen Interviewer Widerstand entgegengebracht wurde. Sie zeigte sich wenig auskunftsfreudig, flüchtete sich in Wiederholungen oder äußerte sich ausweichend. Dies war aber primär durch ihr Defizit bei der deutschen Sprache begründet. Bei allen anderen ProbandInnen war keine beeinträchtigte Aussagebereitschaft oder ein Misstrauen zu verzeichnen.

Auf Seiten der Interviewten mit Migrationshintergrund herrschte des öfteren Unsicherheit über die inhaltliche Bewertung einer gestellten Frage. Entweder äußerten sie die vorhandene Irritation oder sie antworteten gar nichts bzw. ließen viel Zeit verstreichen. In diesem Zusammenhang wurden dann die Fragen wiederholt, spontan neu formuliert oder entsprechend erklärt (anhand von Beispielen aus der alltäglichen Praxis). Hier kamen dem Interviewer wiederum Beispielszenarien aus der eigenen Praxis zu gute, um Sachverhalte alltagsnah darzustellen.

Auffallend war, dass viele jüngere Probandinnen zurückhaltend waren in der Ausformulierung ihrer Antworten. Dies mag an einer jeweiligen Schüchternheit, an reduziertem Interesse oder an der situativen Unsicherheit liegen. Auch hier war das systematische Nachfragen vorteilhaft, wobei einschränkend zu sagen ist, dass es nicht bei jeder Antwort möglich war, entsprechend ins Detail zu gehen. Das lag sowohl an der Summe der Fragen als auch an dem zeitlichen Budget, das für die Gespräche zur Verfügung stand.

Durch die Auswertung der einzelnen Themenkategorien, die jeweils aus den Daten der Indikatoren bestimmt wurden, wird für jede der vier Einrichtungen bzw. das befragte Team das spezifische Profil des Integrationsverhaltens erstellt.

Die nachfolgend in Klammern gesetzten Hinweise auf die entsprechenden Seitenangaben beziehen sich jeweils auf die transkribierten Interviews der zitierten ProbandInnen.

10.1 Erste Institution der Untersuchung: Einrichtung A

Übersicht 19: Einrichtung A

Art der Trägerschaft	:	Privat
Kapazität der verfügbaren Plätze	:	> 150
Ortgröße (ca. in Einwohner)	:	60.000
Station / Pflegebereich		
Personenzahl des Pflgeteams	:	22
▪ davon männliche Pflegekräfte	:	2
▪ davon Personen mit Migrationshintergrund	:	9 (41%)
▪ davon InterviewpartnerInnen	:	6
▪ Migrationshintergründe der Interviewten	:	türkisch, peruanisch, kasachisch

InterviewteilnehmerInnen:

Autochthon: Miriam (Stationsleitung)

Sandra

Tanja

Allochthon: Galina

Mehmet (stellvertretender Stationsleiter)

Paula

Anerkennung und Respekt

Arbeitsklima

Alle Befragten äußern, gerne und mit positiven Gefühlen zur Arbeit zu gehen. So wird die Frage D5 („Gehen Sie gerne zur Arbeit?“) übereinstimmend mit „ja“ beantwortet. Paula gibt an, lustig zu sein (S. 1): „Manchmal mehr, manchmal weniger mache ich immer Spaß. Ich lache immer.“ Sandra beschreibt ihre mit der Tätigkeit im Team verbundenen Gefühle mit einem Wort: „Schön!“ (S. 1).

Die Frage nach möglichen Verbesserungspotenzialen für das Arbeitsklima wird unterschiedlich gesehen (D 1). Während auf allochthoner Seite bei Galina (S. 17) und Mehmet (S. 16: „Es ist gut so“) eine Zufriedenheit vorherrscht, stellen nahezu alle einheimischen MitarbeiterInnen ein verbesserungswürdiges Defizit im Kommunikationsverhalten fest. Sandra fordert diesbezüglich: „Noch ein bisschen mehr Offenheit und vielleicht

etwas besser absprechen, was jetzt wer wann wie macht“ (S. 12). In eine ähnliche Richtung tendiert Tanja (S. 12): sie verlangt, dass „man offener miteinander umgeht. Dass man direkt ausspricht, sich einfach traut, etwas zu sagen – was einem nicht passt am Anderen.“ Trotz dieser von allochthoner Seite geäußerten Kommunikationsunzulänglichkeiten sehen alle eine als positiv zu wertende Stimmung innerhalb des Teams. Dies bestätigen beispielsweise Sandra (S. 11: „Lustig, positiv.“) und Miriam (S. 17): „Grundstimmung allgemein vom Team ist gut, miteinander, kameradschaftlich.“ Ähnlich artikulieren sich Mehmet (S. 16: „Sehr gut.“) und Paula (S. 11): „Lustig.“

Frage D9 zielt auf die Wunschvorstellungen ab, die im Bezug auf die Arbeitssituation geäußert werden können. Neben Veränderungen mit individuellem Hintergrund (z.B. Verringerung der eigenen Vergesslichkeit, pünktliche Fertigstellung des monatlichen Dienstplanes, eigene Ausdruckskraft) beziehen sich viele Wünsche auf die monetäre Vergütung („mehr Geld“ bei Paula, Mehmet und Sandra) und auf die pflegerischen Rahmenbedingungen: „mehr Personal“ (Tanja, S. 13), bessere „Raumgestaltung“ (Mehmet S. 18), „weniger Schreibkram“ (Sandra, S. 13). Bezogen auf die allgemeine Zusammenstellung des Teams äußert Paula den Wunsch (S. 13): „Dass wir alle hier bleiben.“

Für diesen Indikator lässt sich festhalten, dass das Arbeitsklima von allen Befragten positiv gesehen und die Stimmung als gut gewertet wird. Eine andere Zusammensetzung des Teams wird nicht gewünscht, die Mischung wird als gelungen erachtet d.h. es deutet sich an, dass der Faktor unterschiedliche Herkunft keine Rolle spielt. Defizite werden bei Kommunikations- und Abspracheprozessen angeführt, die jedoch anscheinend nicht mit der Multiethnizität des Teams korrelieren. Hilfestellung in Bedrängnislagen wird allen KollegInnen gewährt, nationale Unterschiede werden außer Acht gelassen. Gleiches trifft auf die wechselseitige Wertschätzung innerhalb der Pflegekräfte zu.

Vorurteile / Einstellung

Hier wurden die ProbandInnen in Frage F4 nach der Einschätzung des Arbeitsfließes der für die Untersuchung gegenübergestellten Gruppe befragt. Die deutschen KollegInnen sehen keinerlei quantitative bzw. qualitative Unterschiede, Sandra (S. 8) sieht sogar eine höhere Leistungsbereitschaft bei den allochthonen MitarbeiterInnen. Mehmet nimmt keine Diskrepanzen wahr: „Die sind schon fleißig, aber wie gesagt, es gibt auch

Fälle, die schlampig arbeiten. Es gibt auch Ausländische, die schlecht arbeiten“ (S. 12). Paula attestiert den Ausländern eine emotionalere Haltung (S. 9): „Die Ausländer haben mehr Gefühl und Geduld.“ Es lässt sich ableiten, dass keine signifikanten Unterschiede genannt werden. Die Ausbildung der ausländischen Pflegekräfte wird von den Deutschen als gleichwertig und auch medizinisch-höherwertiger (Tanja, S. 9) eingestuft (F10).

Auf die Frage, was die jeweilige Gruppe von der Anderen lernen könnte (C8), führt Tanja (S. 9) den Dialog zwischen Pflegekraft und BewohnerInnen an. Das "Reden mit den BewohnerInnen" fehlt, ausländische KollegInnen agieren nur, informieren aber nicht dabei. Daneben wird mehrheitlich betont, dass beide Gruppen sich ergänzen und wechselseitig austauschen (Miriam, S. 14; Sandra, S. 7). Galina als ausländische Probandin gibt auf der anderen Seite an, dass die Sprache von den Einheimischen gelernt werden könnte: „Jetzt verstehe ich besser, höre und spreche Sprache besser hier im Altenheim“ (S. 12). Als weitere Eigenschaften, die den einheimischen Pflegekräften fehlen, werden Fleiß, Sauberkeit und Ordentlichkeit genannt (Mehmet, S. 12; Paula, S. 10). Alle deutschen Pflegekräfte verneinen übereinstimmend die Möglichkeit, dass die Pflegepersonen mit Migrationshintergrund den deutschen Kräften unter Umständen Arbeitsplätze in der Pflege streitig machen könnten (F7).

Bei der auf die landestypische Pflegekultur abzielende Frage, in wie weit die Herkunft die Tätigkeit beeinflusst (B13), ordnet Miriam (S. 3) anhand der auf Station repräsentierten Nationen den Einheimischen die Eigenschaften korrekt und übergenu, den Kräften aus Spätaussiedlernationalen fleißig und den türkischen KollegInnen lustig, unterhaltsam und auf das Sozial-Zwischenmenschliche bedacht zu. Die aus Sachsen stammende Tanja sieht die Bayern in der Arbeit gemütlich und relaxt ("Komm ich heut nicht, komm ich morgen", S. 3), während sie die Sachsen als umtrieb, schnell und fleißig einstuft. Den Türken bescheinigt sie ein großes Arbeitspensum mit nachfolgenden größeren Pausen bzw. Erholungsphasen. Bei den befragten Personen mit Zuwanderungsgeschichte sieht Mehmet als einziger eine ordentlichere Arbeitsweise der Deutschen, sowie eine Tendenz, sich vor anfallender Arbeit drücken: „Die deutschen Frauen, die hier als Pflegekraft arbeiten, die versuchen, sich ein bisschen zu schleichen von der Arbeit. Allgemein die ausländischen Pflegehilfskräfte arbeiten eher fleißiger als die deutschen Mitarbeiter“ (S. 3).

Um eine generelle Einstellung der gegenüber postierten Gruppen innerhalb eines Pflegeteams zu eruieren, werden die VertreterInnen der jeweiligen Gruppen befragt, ob die

Altenpflege in stationären Einrichtungen in der Bundesrepublik auch ohne die MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund funktionieren würde (F9). Alle deutschen Pflegekräfte sehen dabei keine Probleme, lediglich die Verständigung mit ausländischen BewohnerInnen würde erschwert werden (Miriam, S.15). Tanja merkt hierzu an, dass sie dies vor fünf Jahren verneint hätte, der Arbeitsmarkt sich aber mittlerweile gewandelt habe: „Es gibt so viele Arbeitslose, da würde das schon funktionieren“ (S. 10). Ähnliches äußert Paula (S. 10): „Ich glaube, die Deutschen werden kommen, weil anderes werden sie nicht finden.“ Mehmet (S. 14) als Ausnahme bemerkt, dass angesichts der veränderten Bewohner-Klientel (d. h. eine Zunahme der BewohnerInnen mit Migrationshintergrund) auch MigrantInnen in der Altenpflege präsent sein sollen und verneint die Funktion einer ausschließlich aus Deutschen bestehende Belegschaft. Galina (S. 14) bemerkt, dass sie "gerner" mit AusländerInnen arbeitet.

Die einzige auf Integration direkt bezogene Frage bezog sich auf die Auswirkung hinsichtlich möglicher Konfliktpotenziale (C6). Die Bewertung der Aussage, bei einer Integration aller kommt es zu keinen Konflikten, wird von allen InterviewpartnerInnen als falsch deklariert. Alle Antworten bezeichnen Streit in einem Kollegium als unvermeidbar, der sich durch die unterschiedlichen Charaktere und tages- bzw. situationsabhängige Launen ergibt.

Zur Einschätzung der vorhandenen Heterogenität des Teams wurde gefragt, ob zu wenige deutsche Pflegepersonen dort tätig sind (F3). Während alle autochthonen Befragten die gute Mischung betonen und die Frage verneinen, sehen die aus Spanien stammende Paula (S. 9) und Mehmet (S. 13) die Zahl an ausländischen Pflegekräften als zu hoch an – sie bejahen die Frage, obwohl sie damit ihrer eigenen Präsenz im Team widersprechen. „Es waren immer Ausländer hier. Früher waren es noch mehr“ (Paula, S. 9). Hier wird angedeutet, wie viele unterschiedliche Nationalitäten das Team der Einrichtung A derzeit umfasst.

Die Frage nach der Wahrnehmung der allochthonen bzw. autochthonen Pflegenden aus der jeweiligen anderen Perspektive, wird im Einklang mit der Wahrnehmung als KollegIn beantwortet (F7,5). Als eine bemerkenswerte Ausnahme beurteilt Mehmet seine ausländischen KollegInnen differenziert: „Als Konkurrent sehe ich sogar ausländische Pflegekraft. Die kann auch Konkurrent für mich sein“ (S. 12).

Daraus lassen sich möglicherweise Rückschlüsse auf die Wahrung seiner Position als Stellvertretung oder seinem Stand im Team ziehen. Da es nach Aussagen der Befragten ein erhöhtes Maß an fremdländischen Pflegekräften gibt, könnte interpretiert werden,

dass die einheimischen MitarbeiterInnen eher einen sicheren Stand haben und die ausländischen Personen als Folge umgekehrt um Rang, Arbeitsplatzsicherheit oder bestimmte Rollen konkurrieren müssen.

Die Anwesenheit von Pflegenden aus vielen unterschiedlichen Ländern wird bei allen Befragten nicht als störend gewertet (F12). Vielmehr wird die multiethnische Zusammensetzung als „positiv“, „interessant“, „erfreuend“ und „schön“ bezeichnet.

Wertschätzung

Alle sechs Befragten äußern übereinstimmend ein Interesse an der fremden Kultur einer KollegIn (E14).

Von einer verbalen Verletzung kann nur Miriam (S. 6) berichten, wobei diese Situation aus ihrer Position als Stationsleitung resultierte (Streitthema Dienstplangestaltung). Alle anderen verneinen die Erfahrung verbaler Grenzüberschreitungen (B20).

Emotionale Ausnahmesituationen bestätigen alle InterviewpartnerInnen (B23). Bei Miriam, Sandra, Paula und Mehmet werden neben dem Versterben von BewohnerInnen, zu denen eine spezielle Beziehung bestand, und Stress auch Konfliktsituationen als ein Auslösefaktor genannt. Miriam sieht in solchen Momenten auch die wechselseitige Unterstützung im Team (S. 8): „Die meisten sagen, `wir wissen wie das ist, uns ist es allen schon so ergangen`. Die schauen dann echt untereinander oder nehmen sich in den Arm oder sprechen miteinander darüber.“

In Frage B19 wird nach den Anlässen zu Verärgerung durch die KollegInnen gefragt. „Unzuverlässigkeit“ (Paula, S. 4; Tanja, S. 4), „Unpünktlichkeit“ (Sandra, S. 3) und „Dienst nach Vorschrift“ (Mehmet, S. 6; Sandra, S. 3) werden angeführt.

Die explizite Frage (B22) nach Wertschätzung in Form von Belobigung bzw. Lob bejahen alle, lediglich das Ausmaß und die Form differieren. Miriam (S. 7) bestätigt, dass sie einerseits selbst in ihrer Position als Stationsleitung verbale Wertschätzung verteilt. Andererseits bestätigt sie auch ähnliche Äußerungen innerhalb des Kollegiums (S.7): „Aber die sagen dann schon auch: Mensch, heute haben wir gut etwas geschafft, das war ganz gut, wie wir das gemacht haben. Das sagen die untereinander schon, egal ob die jetzt auf der persönlichen Ebene können oder nicht.“ Alle anderen sehen verbale Bestätigungen im Team, ergänzt mir Initiativen der Einrichtung, Mehmet (S. 7) erzählt dazu, dass auch die Einrichtung selbst Lob erteilt, indem sie einer Mitarbeiterin, die ein Jahr nicht krank war, einen Geldbetrag für diese "Leistung" zukommen ließ.

Die Frage nach einer indirekten Wertschätzung in Form einer Bevorzugung (C7) wird

unterschiedlich gesehen. Während Sandra, Galina und Paula alle als gleich behandelt sehen, räumt Miriam eine Bevorzugung ein, die jedoch von allen MitarbeiterInnen mitgetragen wird (S. 13): „Ich habe zum Beispiel eine Mitarbeiterin, zufällig jetzt Kroatin, die aus persönlichen Gründen keinen Nachtdienst machen kann. Und das komplette Team hat vor einem Jahr entschieden, tragen wir das mit, machen wir die Nächte mit oder nicht? Und das Team hat damals gesagt, ja wir machen das!“ Tanja sieht eine Bevorzugung von KollegInnen, die auf persönlicher Ebene besser mit der Stationsleitung verstehen. Daraus resultiert dann, „dass manche Kollegen mehr wissen vom derzeitigen Stand des Wohnbereiches als andere“ (S. 8) – also ein Informationsvorsprung.

Aus den erhaltenen Daten ist für die Themenkategorie Anerkennung / Respekt kein diskriminierendes oder geringschätziges Verhalten der jeweiligen Gruppen nachweisbar. Es werden keine größeren Unterschiede benannt, die zwischen den Pflegekräften bestehen. Angeführt werden lediglich eine differente Leistungsbereitschaft sowie unterschiedliche Eigenschaften, die per se bei dieser Vielzahl von Charakteren existieren. Einige Vorurteile bezüglich so genannter Nationalcharaktere (die Deutschen sind beispielsweise rationell und ordentlich) finden teilweise Bestätigung. In wie weit eine soziale Erwünschtheit bei den spezifischen Fragen nach der Arbeitsplatzsicherheit bzw. -besetzung (F3, F7, F12) das Antwortverhalten der einheimischen Befragten beeinträchtigt hat, bleibt ungelöst. Die authentischen Aussagen bezüglich feststellbarer Defizite (C8, F4) sowie die mehrmals (von verschiedenen Pflegenden zu unterschiedlichen Fragen) geäußerte Anerkennung und Befürwortung der multiethnischen Zusammensetzung des Pflegekollegiums führen jedoch zu der Annahme, dass die Äußerungen durchaus die Überzeugungen der befragten Deutschen wiedergeben. Allen MitarbeiterInnen wird bei emotionalen Ausnahmesituationen Unterstützung aus Kreisen des Teams zu Teil. Ebenso bestätigen alle den Erhalt und den offenen Umgang mit verbaler Wertschätzung. Die kulturelle Herkunft hat nach Auswertung der Daten in diesem Kontext keinerlei Relevanz.

In der Antwort zu Frage E14 kommt die Stationsleitung (Miriam, S. 18) auf Nachfrage auch auf den Faktor Religion zu sprechen. "Religion spielt bei uns jetzt nicht so viel Bedeutung. Die einzige Bedeutung ist in meinen Augen manchmal das, wenn sie (die MigrantInnen, d. A.) Dienstwünsche äußern. Die Russen, die feiern Weihnachten nicht

am 24.12., sondern einfach mehr an Sylvester, und haben da diesbezüglich Dienstplanwünsche."

Diese Aussage belegt die im Laufe der Operationalisierung angeführte Annahme, dass Religion keine entscheidende Größe im Teamgeschehen einnimmt.

Kommunikation

Witze / Scherze

Zur Klärung, ob über schwächere MitarbeiterInnen (d.h. Personen, die fachlich weniger können, weniger ihre Meinung sagen, körperlich oder intellektuell unterlegen sind, eine von der ethnischen Mehrheit abweichende Herkunft aufweisen oder äußere Makel haben) Witze gemacht oder verspottet werden, wird nach der Art und Weise des Humors gefragt. Alle Befragten können mit ihren KollegInnen lachen (z.B. Galina, S. 9: „Alle Leute lachen hier.“) und viele sind zu Witzen und Spaß aufgelegt (A8, B24). Zum Spottverhalten führt Miriam an, dass es vorkommt, jedoch auf keiner verletzenden Ebene und mit dem Adressaten zusammen (A1). Galina (S. 9) stellt fest, dass eher über BewohnerInnen (z.B. bei Adipositas) gelacht wird.

Es kann kein negatives Humorverständnis abgeleitet werden (eventuell bestehend aus verbalisierten Vorurteilen oder ethnischen Hintergedanken wie z. B. Türken-, Ossiwitze). Vielmehr wird von Spaß und Lachen in der Arbeit berichtet.

Subkommunikation

Der Faktor der Subkommunikation wird konträr beantwortet (A3). Dabei geht es um die Kommunikation von Teammitgliedern in einer fremden Sprache und den diesbezüglichen Reaktionen der Unbeteiligten darauf.

Die deutschen Pflegekräfte sind einerseits desinteressiert: „Das ist mir egal. Wenn die kroatisch reden, das ist für mich, wie wenn die um die Ecke gehen zum Rauchen und da etwas besprechen würden. Es soll halt niemand verstehen und dann ist das für mich okay“ (Tanja, S. 6). Andererseits fühlen sie sich gestört und ärgern sich: "Man weiß ja nie, was die eigentlich reden. Schimpfen die jetzt oder ist es wirklich noch etwas Privates, was die vor den Anderen nicht sagen wollen. Sage ich 'könntet Ihr nicht aus dem Zimmer gehen und das woanders machen?' Das ist schon ärgerlich" (Sandra, S. 5). Miriam als Leitung der Station (S. 10) hat in diesem Zusammenhang ein stationsspezifisches Verbot erlassen, was jedoch nicht vollumfänglich umgesetzt wird. Sie begründet

dies vor allem mit dem "Lebensraum der BewohnerInnen", der lediglich als "Arbeitsraum" für die Pflegekräfte fungiert. Und da die Hauptklientel deutschstämmig ist, ist auch die "Grundsprache" Deutsch, um die Verständlichkeit für die BewohnerInnen stets zu gewährleisten. „Der Bewohner soll ja alles verstehen [und d. A.] sich nicht irgendwo verletzt fühlen. Die reden irgendetwas und ich versteh das nicht und die sind in meinem Raum, in meinem Zimmer drinnen“ (Miriam S. 10). Anders beurteilen die ausländischen Pflegenden diesen Sachverhalt. Galina sieht umgekehrt im bayrischen Dialekt eine unverständliche Sprache, deren Inhalt erst durch Nachfragen und Transformation ins Hochdeutsche dekodierbar wird: „Ich verstehe nicht bayrisch. Ich kann sagen `Können Sie bitte in der Schrift das sagen oder hochdeutsch oder wiederholen“ (Galina S. 9). Und Mehmet betont: "Jede Nationalität hat auch das Recht, seine Sprache untereinander sprechen zu dürfen" (S. 9). Wenn in seiner Anwesenheit sich russische KollegInnen in Landessprache austauschen, stört ihn das nicht, erst nach längerer Zeit. Ähnlich beurteilt Paula („Das stört mich nicht“, S. 6) die Situation, wenn russisch gesprochen wird. Sie selbst würde auch mit einer KollegIn spanisch sprechen, wenn jemand da wäre: „Wenn jemand spanisch kann, würde ich auch so sprechen. Das erklärt besser. Mein Temperament, mein Gefühl, so wie ich denke.“

Kommunikationsverständnis

Die Verständigung zwischen den beiden Gruppen wird ebenso unterschiedlich gesehen (A4, A7). Die autochthonen Kräfte verstehen die Aussagen der ausländischen KollegInnen, jedoch nur, wenn nachgefragt oder eine weitere Pflegekraft mit dem gleichen Sprachverständnis als dolmetschende Person geholt wird. Sandra (S. 5): „Wenn mal jemand da ist, der [Deutsch d. A.] nicht so gut kann, dann muss man halt mehrmals fragen oder jemand anderes zu Rate ziehen, der die Sprache dann spricht und dann wieder übersetzt.“ Die schwierige Dekodierung auf deutscher Seite führt zu Missverständnissen und Streit, was auch schon vorgekommen ist. Miriam (S. 11) nennt dazu ein Beispiel: „Jemand sagt, einer ist lästig. Und lästig hat im Bayrischen oder im Deutschen oder in irgendeiner anderen Sprache eine andere Bedeutung. In Bayern heißt lästig einfach genervt. Ich sage mal in Norddeutschland heißt lästig, dass jemand immer da ist, immer anwesend ist, nicht ablässt. Und das dann für, ich sage mal, nichtdeutsche Mitarbeiter auszudeutschen, ist schwer. Da kommen dann schon oft Missverständnisse auf, wo dann einen Tag später nach den Übergaben ganz etwas anderes herauskommt.“

Auf allochthoner Seite stellt die deutsche Sprache keine Hürde dar. Eine Ausnahme bil-

det Galina, die etwas unter ihren mäßigen Deutschkenntnissen zu leiden scheint: "Ich habe Stress immer, wann ich schlecht spreche" (S. 10). Bei dialektgefärbter Artikulation müssen teilweise aber auch die Pflegenden mit Migrationshintergrund Nachfragen anstellen. Mehmet (S. 9) dazu: „Miriam spricht Bayrisch, öfters. Dann frage ich schon ein paar Mal nach. Ich finde das normal. Die darf auch bayrisch reden.“

Die Frage A8 nach einer notwendigen Unterstützung von ausländischen Pflegenden bei Gesprächen mit externen Personen (Ärzte, Angehörige) bestätigt Miriam (S. 12): „Teilweise ja, das kommt auf deren Deutschkenntnisse an.“ Gleichzeitig weist sie aber auch auf die Wichtigkeit anderer Sprachen hin, wenn die jeweiligen Pflegekräfte mit ihrer Landessprache als Übersetzer zwischen den BewohnerInnen und Ärzten, Ergotherapeuten usw. fungieren. „Teilweise sind sie aber genau da dann wieder gut, weil sie dann einfach die Sprache der Bewohner reden.“ So dient die fremde Sprache zum besseren Verständnis des Dialogs zwischen Patient und Arzt.

Die Frage nach einem möglichen Konfliktpotenzial, das eine defizitäre Sprachkompetenz beinhaltet, beantworten alle zustimmend (A9). Während Mehmet (S. 9: „Ich erinnere mich nicht“) und Tanja (S. 6) attestieren, dass ein derartiger Vorfall noch nicht im Team vorgekommen ist, meint Miriam (S. 11): „Natürlich ist das schon vorgekommen... das kommt immer wieder mal vor.“ Einer solchen Konfliktsituation misst sie jedoch keine große Bedeutung bei.

Die Kommunikation im Team ist teilweise beeinträchtigt. Die sprachlichen Defizite auf allochthoner bzw. der bayrische Dialekt auf autochthoner Seite stellen aber keine unüberwindbaren Beeinträchtigungen dar. Vielmehr bemühen sich beide Parteien aktiv um eine klare Verständigung (durch Nachfragen, Dolmetschen, Wiederholen). Humor innerhalb des Teams ist vorhanden und wird überwiegend gemeinsam gepflegt. Der Faktor Subkommunikation verdeutlicht zwei diametrale Anschauungen. Während sich einige einheimische Pflegekräfte ausgegrenzt sehen, wird ein Gespräch in nichtdeutscher Sprache auch als Weg für einen schnelleren Austausch und besserer Ausdrucksmöglichkeit zwischen Pflegenden mit Migrationshintergrund und BewohnerInnen bzw. Kooperationspartnern erachtet. D. h. im professionellen Austausch mit Externen bietet eine fremde Sprachkompetenz im Team auch eine Chance für eine bessere Verständigung zwischen Bewohner und Arzt. Die ausländischen Pflegenden sehen zwar ihr Recht auf eine Kommunikation in der Muttersprache, durch eine offizielle Anweisung der Stationsleitung zur

Verwendung der deutschen Sprache (zum Wohle der Bewohnerschaft) wird jedoch versucht, ein mögliches Reibungspotenzial a priori zu reduzieren. Einzelne Zuwiderhandlungen werden verbal in der aktuellen Situation und ohne weitere nachhaltige Folgen geklärt.

Kooperation

Reziprozität

Die Wechselseitigkeit von unterstützendem Handeln ist ein elementarer Faktor zur Gewährleistung von Kooperation. Die Existenz von egoistisch-denkenden und handelnden Pflegeakteuren verneinen sämtliche InterviewpartnerInnen (B6). Auch bekräftigen alle, dass jeder MitarbeiterIn geholfen wird, die Unterstützung braucht (E10). Und dass jeder einmal in die Lage kommt, wo er auf Hilfe von KollegInnen angewiesen ist, wird ebenfalls betont (E13). Lediglich Paula äußert, aufgrund ihrer eigenen Arbeitsweise keine anderen Kräfte zu benötigen: „Ich sage meine Meinung, ich mache meinen Stil, ich arbeite nach meinen Kriterien“ (S. 12).

Sandra (S. 2) kategorisiert das Interesse, in wie weit sich die KollegInnen helfen lassen (B9): erstens gibt es Pflegekräfte, die von sich auch nach Hilfe fragen; zweitens die gefragt werden wollen und drittens die auch nach wiederholtem Nachfragen eine Hilfe ablehnen. Galina meldet sich bei Unterstützungsbedarf: „Wenn ich brauche, rufe ich. Wenn ich brauche nicht, rufe ich nicht“ (S. 3). Und Tanja (S. 2) bestätigt, dass sich die KollegInnen helfen lassen und sich darüber freuen. Wiederum Paula verneint, sich helfen zu lassen (außer in Stresssituationen). Mehmet (S. 2) dazu: „Ja, wir haben schon jemanden, die ein bisschen eigenwillig ist, oder wie sagt man, nur ihre Sachen machen will. Und ich akzeptiere auch ihre Art. Die ist flott, also die ist auch meine beste Arbeitskollegin, die hat ihre Macken, die hat ihren Bereich und sie macht ihren Bereich topfit und sie braucht auch keine Hilfe. Ja, die braucht keine Hilfe oder wenn sie etwas braucht, dann sagt sie höchstens ‘einen Bewohner kannst du von mir übernehmen.’ Aber sonst, die macht alles alleine.“

Ein Problem im Indikatorbereich Reziprozität stellt die Reaktion des Teams auf einen krankheitsbedingten Personalausfall dar (B7). In der Regel wird versucht, ein personales Defizit während einer Schicht entweder durch eine Kompensation mittels der vorhandenen Pflegenden (d. h. durch individuelle Mehrarbeit) oder durch ein pflegerisches Notprogramm (Konzentration auf wichtige Pflege Tätigkeiten mit einer Vernachlässigung nachrangiger Handlungen) sowie durch das Einspringen dienstfreier Pflegekräfte aufzu-

fangen. Während Sandra (S. 1) meint, dass die Bereitschaft zum Einspringen gegeben ist, gibt Mehmet (S. 2) zu: „Keiner kommt gern, also das ist normal. Ich komme auch nicht so gern. Aber wenn sie mich erreichen, kann ich auch schlecht nein sagen.“ Auch Galina äußert, dass ein Einspringen auch ärgerlich ist: „Ich habe vorher geplant und dann muss ich neue Termine machen“ (S. 2). Tanja springt bereitwillig ein, wenn KollegInnen krank sind, aber nicht, "wenn mal krank gespielt wird [...] Wenn man immerzu krank ist, also ich bin dann wütend. Also wenn man weiß, nach sieben Tagen Arbeit ist sie morgen wieder krank" (S. 2). Miriam (S. 2) äußert, bei ihren telefonischen Versuchen, KandidatInnen zum Einspringen zu rekrutieren, so lange Absagen zu tolerieren, bis es nicht mehr geht, so dass letztendlich jemand von ihr zwangsbestimmt wird. Schon angeklungen und von fast allen (bis auf Galina, S. 3) bestätigt, ist die signifikante Krankheitsrate einer KollegIn (B8). Da alle MitarbeiterInnen von einem wiederholten Ausfall betroffen sind, reagieren sie auch dementsprechend: Unfreundlichkeit bei deren Rückkehr (Sandra, S. 1), Unverständnis und "Genervtheit" (Tanja, S. 2), Vertrauensverlust und Beziehungsabbau (Mehmet, S. 2) sowie schimpfen oder Spott (Paula, S. 2). Miriam (S. 2) kann bei einem Verdacht auf Krankmachen zwar ein "Rückkehrgespräch" initiieren, jedoch nur bei formalen Ungereimtheiten (z. B. Krankmeldung ausstehend oder zu spät eingereicht).

Die Wechselseitigkeit innerhalb des Teams bei helfenden und unterstützenden Maßnahmen ist unabhängig vom Faktor Ethnizität gegeben. Obgleich Paula einen „eigenbrötlerischen“ Arbeitsstil pflegt, ist dies so akzeptiert, denn egoistische Tendenzen im Team werden übereinstimmend verneint bzw. finden keine besondere Erwähnung. Eine Pflegekraft, die durch eine vermehrte krankheitsbedingte Abwesenheit mit angeblichem Vorsatz auffällt, fordert das System des spontanen und ungeplanten Einspringens jedoch heraus. "Keiner kommt gern, das ist normal" (Mehmet, S. 2). Dennoch funktioniert die Freiwilligkeit innerhalb des gesamten Teams bei einem regulären Krankheitsausfall. Erst durch die regelmäßige und gehäufte Abwesenheit einer bestimmten Pflegekraft potenziert sich Unmut und Ablehnung bei vielen MitarbeiterInnen. Die Bereitschaft aller befragten MitarbeiterInnen, das System Pflege dennoch gemeinsam aufrecht zu erhalten, bleibt bestehen, wenn auch negative Grundtendenzen in Bezug auf die zur Krankheit neigende Pflegende auftreten. Die anscheinend mit Vorsatz handelnde Person hat mit individuellen Konsequenzen auf der Beziehungsebene durch ihre KollegInnen zu

rechnen. Denn laut der Stationsleitung ist offiziell am Verhalten nichts unlauter.

Vertrauen

Die Frage nach dem Grad des Vertrauens (B3, B4), das den KollegInnen generell entgegengebracht wird und in wie weit sich auf die Anderen im Team verlassen werden kann, bewerten unisono alle deutschen Pflegekräfte sowie Mehmet („Ich vertraue“, S. 1) positiv. Als kleinere Einschränkung nennt Sandra (S.1): „Einzelfälle gibt es immer, normale Sympathie – Antipathie.“ Tanja (S. 2) ergänzt: „Wenn jemand ruhiger ist, nicht über andere lästert, dazu habe ich wirklich mehr Vertrauen.“ Paula wiederum erklärt (S. 1), dass sie sich auf jüngere und neu auf Station arbeitende Pflegende nicht verlassen kann. Während sie den erfahrenen examinierten KollegInnen Respekt zollt, misstraut sie den anderen MitarbeiterInnen. Diesbezüglich scheint auch ein Zusammenhang zu ihrer individualistischen Arbeitsweise zu bestehen.

Nahezu alle GesprächspartnerInnen bestätigen eine Atmosphäre auf ihrer Station, in der jeder seine Meinung offen sagen kann (B11). Tanja (S. 3) schränkt ein, dass manche dies unterlassen, um dafür "lieber hinten herum" zu lästern, die "trauen sich nicht." Und Galina (S. 4), die als ungelernte Kraft erst kurze Zeit (sieben Monate) im Team ist, meint, es ist besser "nichts zu sagen."

Vertrauen spiegelt sich auch in den Kommunikationsinhalten wider. Die drei deutschen Pflegekräfte bestätigen, dass über Gefühle jeglicher Art innerhalb des Teams gesprochen wird (B18). Dies jedoch nicht in großen Runden (Teambesprechung, Übergaben), sondern in kleineren Grüppchen oder Vier-Augen-Situationen. Tanja dazu (S. 4): „Ich weiß, an wen ich mich wenden würde, wenn mich etwas wirklich belastet.“ Die Pflegenden mit Migrationshintergrund sehen ebenfalls generell die Verbalisierung emotionaler Stimmungen, z. B. Mehmet (S. 5): „Über den Tod wird gesprochen. Positive Stimmung genau so.“ Gegenüber früheren Zeiten wurde dies durch die vermehrte Arbeit jedoch vermindert: „Jetzt ist das anders geworden. Wir haben [am Anfang d. A.] mehr Pause gemacht und deswegen haben wir auch mehr gesprochen von unseren Sachen. Aber jetzt momentan nicht so, weil mehr zu tun ist. Mehr Bewohner und die Leute sind mit Infektion und Krankheit gekommen.“

Zusammenfassend scheint eine vertrauensvolle Basis als gegeben, v. a. bei den schon länger im Team befindlichen Personen. Das gegenseitige Vertrauen zeigt sich unabhängig von ethnischen Hintergründen, vielmehr stehen hierbei das Alter

einer Pflegekraft, die individuelle Stationszugehörigkeit und persönliche Einschätzungen im Vordergrund. Das soziale Netzwerk ist bei jeder Befragten in so weit ausgebaut, dass sie über emotionale Ver- aber auch Hochstimmungen sprechen kann. Innerhalb der Gruppe herrscht ein Grad an Verlässlichkeit, der wechselseitiges kooperierendes Handeln im ganzen Team unterstützt.

Unterstützung

Bei einem Wissensdefizit einer Pflegeperson bestätigen alle ProbandInnen, dass sowohl alle Pflegekräfte offen gefragt werden können, als auch allen, die nach einer Klärung suchen, etwas geantwortet oder gezeigt wird, wenn es deren Qualifikation zulässt. Es gilt die profane Formel: Defizit fragt, Kompetenz bzw. Potenzial antwortet und erklärt oder zeigt (B21). Beispielsweise äußert Miriam (S. 6): „Das Team unterstützt dabei. Sind es fachliche Sachen, da fragt man jemanden anderen.“ Und Sandra: „[Wer etwas nicht weiß d. A.] der fragt dann und der, der das weiß, der erklärt das dann“ (S. 3).

Auf die Frage, ob sich eine KollegIn schon einmal verletzt hat, weil sie fremde Hilfe nicht in Anspruch genommen hat (B25), erzählt Tanja (S. 5) von einem Vorfall im Nachtdienst, bei dem ein aggressiver Bewohner eine Kollegin körperlich angegangen hat. Sie war alleine und hat zur Vermeidung eines Zeitverlustes (bis eine andere Kollegin kommt) alleine agiert. Alle anderen InterviewpartnerInnen wissen keinen Fall einer Verletzung. Dies deutet darauf hin, dass die Unterstützung untereinander in entsprechenden Hilfssituationen funktioniert.

Als Ansprechpartner für eventuelle Probleme in der Arbeit dient allen sechs Befragten das Personal auf Station bzw. im Pflegeheim (D8). Allen stehen fachbezogene GesprächspartnerInnen zur Verfügung (Heimleitung, Stationsleiterin), z.B. äußert Sandra: „Also eine Freundin von mir arbeitet auch hier drinnen, meistens gehe ich zu der. Oder auch Kollegen oder auch die Wohnbereichsleitung. Also meistens schon jemand, der auch damit zu tun hat“ (S. 12). Lediglich die Pflegedienstleitung (PDL) wird weniger genannt, da die Position erst neu besetzt wurde.

Jede Pflegekraft erfährt bei ihrer täglichen Arbeit durch Mitglieder des multiethnischen Kollegiums Unterstützung instrumenteller, informativer und emotionaler Art. Die Daten lassen darauf schließen, dass unabhängig von ethnischer Herkunft, Status (Qualifikation) oder Sprache jeder Pflegekraft AnsprechpartnerInnen für physische Hilfestellung sowie für inhaltliche oder gefühls- bzw. stimmungsbezoge-

ne Anfragen auf Abruf bereit stehen.

Das erwähnte Negativbeispiel mit dem nächtlichen Übergriff kann nicht in diesem Kontext betrachtet werden, da es sich um einen Vorfall während der Nachtschicht gehandelt hat, wo je nach Einrichtungsgröße stets nur eine äußerst reduzierte Fachkraftzahl anwesend ist.

Leistung

Um die Arbeitsleistung von KollegInnen zu beurteilen, wird danach gefragt, ob diese genau soviel Engagement zeigen, wie die Interviewperson (F1). Die Einschätzungen fallen unterschiedlich aus. Manche sehen eine vergleichbare Leistung, z.B. Mehmet (S. 12): „Jeder macht seine Arbeit, die ist gewährleistet“ (ähnlich Galina, S. 12; Sandra, S. 8). Miriam als Stationsleiterin sieht teilweise eine höhere Leistung: „Teilweise auch einiges mehr“ (S. 14). Paula sieht ein Leistungsdefizit bei jungen KollegInnen (S. 8) und Tanja konstatiert allgemein einen Unterschied: „Ich denke, manche arbeiten viel und manche nicht. Das ist so“ (S. 9).

Eine Begründung dieser Unterschiede liefert die Frage B15, indem die Befragten auf die Logik der Teamheterogenität verweisen. Zum einen besitzt jede Pflegekraft ein unterschiedliches Potenzial, woraus Stärken und Schwächen resultieren (Mehmet, Miriam; beide S. 4). Zum anderen gibt es jüngere KollegInnen, die etwas fauler sind (Galina, S. 5) sowie die Pflegekräfte, die aus materiellen Motiven arbeiten (Tanja, Sandra, beide S. 3). "Oft haben die Kinder daheim und sind da schon ausgelastet, müssen aber arbeiten gehen, vom Geld her halt. Das macht ihnen aber keinen Spaß" (Sandra, S. 3). Sie leisten dementsprechend weniger und die Fach- bzw. Vollzeitkräfte sehen sich so einer ständigen Delegation von Aufgaben an jene konfrontiert. „Man sagt direkt, du machst das, das, das und das und wenn du fertig bist, o. k. dann machst du das“ (Sandra als Fachkraft, S. 3).

Bezogen auf die sprachlichen Fertigkeiten – im Zusammenhang mit der Leistung – wird gefragt, ob Personen mit guten Deutschkenntnissen mehr Arbeiten übernehmen müssen (A10). Nur Mehmet als Türke (S. 10) sieht sich einem Mehraufwand v. a. im organisatorischen Bereich ausgesetzt, der auf seiner Sprachbeherrschung beruht: „Ja das ist so. Die Pflegekräfte sind vorwiegend AusländerInnen und die haben mit solchen Sachen nichts zu tun.“ Als Beispiel nennt er eine Kollegin mit indischem Migrationshintergrund: „Aber nur bloß wegen der Sprache ein bisschen hat sie sich nicht getraut.“ Galina gibt zu, dass sie aufgrund ihrer schlechten Sprachfertigkeit wenige Gespräche (z.B.

Telefonate) führt: "Wer spricht besser, telefoniert" (S. 11). Alle anderen sehen für sich und die anderen keine zusätzlichen Tätigkeiten.

Bei der Vielzahl an Mitgliedern (das Team umfasst 22 Personen) divergiert das individuelle Leistungsverhalten. Angeführte Leistungsunterschiede werden aber nicht auf die unterschiedliche Herkunft bzw. die Dichotomie deutsch – ausländisch bezogen. Vielmehr scheinen Leistungsunterschiede individuell in der Person zu liegen. Das Team kompensiert ein eingeschränktes Aufgabenspektrum (wohl überwiegend bei den Pflegenden mit Migrationshintergrund), wenn es auf einer verringerten Sprachkompetenz basiert. Pflegekräften, die aus anderen Gründen (z. B. materiell Motivierte) eine reduzierte Leistungsbereitschaft zeigen, wird mit dem Entgegenbringen von Arbeitsaufträgen begegnet. Eine explizite Verärgerung oder Unterstützungshaltung bei den Anderen resultiert nicht.

Ziel

Um der Wichtigkeit von Zielen im Zusammenhang mit Kooperation gerecht zu werden, wurde nach einem gemeinsamen Ziel des Teams gefragt (E8). Sowohl die deutschen als auch die Pflegenden mit Migrationshintergrund sind sich über die inhaltliche Zieldefinition einig (Zufriedenheit von Team, BewohnerInnen und Angehörigen), da dieser im Rahmen einer besonderen Teambesprechung von allem gemeinsam erarbeitet und ausformuliert wurde.

Unterschiedlicher zeigt sich das Antwortverhalten bei der Frage nach dem eigenen Erfolg (D2). Miriam als Stationsleiterin (S. 18) sieht Erfolg für sich, wenn es den BewohnerInnen aufgrund der Teamarbeit gut geht. Individualistischere Beschreibungen von Erfolg tätigen die anderen InterviewpartnerInnen: für Sandra (S. 12) ist Erfolg, wenn es durch ihr Planen von Maßnahmen und deren Umsetzung zu einer Verbesserung des Zustands bei einer BewohnerIn kommt. Für Tanja (S. 12) ist es ein Erfolg, „wenn ich zufrieden hier raus gehen kann.“ Für Galina (S. 16) ist es ein Erfolg, dass sie eine Arbeit hat, wo sie mit Menschen zu tun hat und sie dabei die deutsche Sprache lernt („Ich gehe zur Arbeit mit der Lust“). Für Mehmet (S. 16) ist Erfolg, dass er über eine Berufserfahrung verfügt, die ihm die Beherrschung aller Aufgaben und eine Weiterbildung (Praxisanleiter) ermöglicht. Für Paula (S. 12) ist es ein Erfolg, wenn "alles läuft" (im Sinne von einem reibungslosen Ablauf der Arbeit und deren erfolgreiche Erledigung).

Auf die Frage, was Erfolg für die KollegInnen nach eigener Einschätzung ist, antworten

alle mit ähnlich lautenden Beschreibungen (D3), d.h. die eigene Definition von Erfolg wird auch den KollegInnen zugeschrieben. Sandra betont in diesem Zusammenhang nochmals die übereinstimmende und zielgerichtete Handlungsweise des Teams: „Es muss sich ja auch jeder daran halten, dass man es [eine Pflegemaßnahme d. A.] auch durchführt. Weil wenn es bloß einer macht, bringt das nichts“ (S. 12).

Die Zusammenarbeit des Teams wird von einer gemeinsamen Zielausrichtung aller geleitet. Auch die eigenen Erfolgsmomente bzw. die der übrigen KollegInnen lassen sich unter der Zieldefinition subsumieren. Somit besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass die von allen gemeinsam getragenen Ziele kooperierende Handlungen innerhalb des multiethnischen Teams fördern und unterstützen.

Konfliktverhalten

Im Kontext konfliktärer Sachverhalte beziehen sich einige der Aussagen auf einen interethnischen Streit, der mittlerweile gelöst wurde. Bei diesem Streit waren eine indische Fachkraft und eine Spätaussiedlerin als Helferin beteiligt. Die Kompetenz und Weisungsbefugnis der Inderin, die in Deutschland ihre Ausbildung absolviert hat, wurde von der russischen Krankenschwester, deren Qualifikation aus ordnungsrechtlichen Aspekten in Deutschland nicht anerkannt wurde, nicht akzeptiert. Daraus resultierte ein persönlicher Konkurrenzkampf, der letztendlich in einer eskalierenden Situation mündete. Nach Beschimpfungen, Streit ("Die haben sich da gefetzt und gestritten", Miriam, S. 7) und Weinen wurden auf Betreiben der Stationsleitung beide Kontrahentinnen in einen Raum separiert, um bilateral eine anhaltende Lösung zu finden, damit zumindest die Arbeitsebene nicht in Mitleidenschaft gezogen wird. Dieser Versuch schlug fehl und der Heimleiter wurde informiert. Es wurde ein Kompromiss auf Zeit gefunden. Mittlerweile hat die russische Helferin die Institution verlassen (Ende der befristeten Vertragslaufzeit).

Während aktuell keine größeren Konflikte genannt werden (C1), höchstens "Diskussionen" (euphemistisch zu wertende Meinung der Stationsleiterin, S. 13), gibt es immer wieder Uneinigkeiten wegen (angeblich vorsätzlicher) Sorgfaltspflichtverletzungen (z. B. unsachgemäß ausgeführte Wechsel von Inkontinenzhilfsmitteln bei BewohnerInnen, was für nasse Kleidungsstücke sorgt und weitere Arbeitsschritte nach sich zieht) oder einem unerfüllten Aufgabensoll, d.h. in der Folge werden Arbeiten der nächsten Schicht aufgebürdet (Sandra, S. 6; Mehmet, S. 11; Tanja, S. 7), ebenso wegen einigen Arbeits-

methoden (Tanja, S. 7) oder wegen der Arbeitseinteilung bzw. des individuellen Arbeitspensums (Mehmet, S. 11; Paula, S. 7).

Kleinere Unstimmigkeiten ("Meckereien", Mehmet, S. 11) klären die Beteiligten untereinander, wobei dies auch schichtübergreifend stattfinden kann (Frühdienst wirft Nachtdienst beispielsweise etwas vor). Der Umgang ist dabei normal bis manchmal laut (Sandra, S. 6), eine negative Ausnahme bildet die skizzierte indisch-russische Konfliktsituation, die mit "sehr heftig, sehr laut, schreien und extrem starke Vorwürfe gegeneinander" (Mehmet, S. 11) beschrieben wird. Paula (S. 8) sieht keine offenen Gespräche, eher "Doppelgesichter", die hinter dem Rücken reden und lästern.

Als Folge aller Gespräche mit denen eine Klärung gesucht wird (C5), äußert Miriam (S. 13) als gesamtstationäres Ziel die Herstellung einer gemeinsamen Arbeitsbasis, u. U. durch fachliche Handlungsanweisungen (z.B. Vorgehensweise bei einer bestimmten Wundbehandlung).

Sandra (S. 6) und Mehmet (S. 11) sehen trotz einer Klärung der geschilderten Konfliktsituation eine nachfolgende Beeinträchtigung des Beziehungsverhältnisses. "Dann wird versucht, wieder untereinander so gut umzugehen, dass als wäre nichts passiert. Aber ein gewisses Ding bleibt da immer drin stecken" (Mehmet, S. 11). „Man hat halt so immer ein gewisses.... so ungutes Gefühl dem Anderen gegenüber, mit dem das war. Also es passt dann irgendwie nicht mehr richtig" (Sandra, S. 6). Sie sieht dennoch den Weg einer endgültigen Klärung, "ansonsten ist ja jeder irgendwann sauer auf jeden." Mehmet (S. 12) hingegen ist eher der Ansicht, dass bei großen Konflikten eine Distanz zwischen den KontrahentInnen geschaffen werden muss: "Es passiert immer so. Also vom Team rausgenommen, der eine...[...] Die konnten nicht mehr. Es ist zweimal passiert, eine ist entlassen worden, die andere ist in einem anderen Stockwerk."

In diesem Zusammenhang (C 9) bestätigen auch vier Befragte (Miriam, S. 14; Sandra, S. 7; Mehmet, S. 12; Paula, S. 8), dass bei einem Streit die Arbeit negativ beeinflusst wird (angespannte Arbeitssituation, Unruhe, eventuelle Spaltung d.h. Polarisierung anderer Mitglieder auf die Seite der jeweiligen Konfliktpartei).

Zur Lösung eines möglichen Konfliktes wurde die Unterstützung eines externen Supervisors erfragt (D7). Allen einheimischen Pflegekräften sind der Ausdruck Supervision und der Nutzen nur in rudimentärer Weise bekannt. Notwendig bzw. angeboten wurde dieses Verfahren zur Reflexion beruflichen Handelns noch nicht. Die allochthonen Pflegepersonen können dem Begriff keinen inhaltlichen Sinn zuordnen.

Bis auf die neu zum Team gestoßenen Pflegekräfte (Tanja, Galina) beziehen sich verschiedene Aussagen auf den interethnischen Konflikt und die ausgehenden Erschütterungen des Arbeitsklimas. Eine abschließende Interpretation ist nicht möglich, da die Konfliktbeteiligten nicht mehr anwesend sind. Oberflächlich lassen sich persönliche Motive wie Neid oder Eifersucht als Ursachen finden, kulturelle Unterschiede als Konflikthalt bzw. -auslöser scheinen nicht relevant zu sein. Vielmehr spielen das subjektiv empfundene Anrecht auf eine Position oder das Aufeinanderprallen von 'legitimate power' versus 'expert power' (French & Raven 1968: 262) eine Rolle. Die indische Fachkraft besitzt aufgrund ihrer Qualifikation eine legitimierte Macht, den HelferInnen Anweisungen zu erteilen. Die russische, nicht-anerkannte Krankenschwester besitzt durch ihr Wissen eine Expertenmacht. Ein Austarieren der beiden Potenziale war nicht möglich, letztendlich kam es zu einer externen Regelung der konfliktiven Situation über Dritte (Entscheider-Ebene). Eine interkulturelle Konfliktdimension lässt sich mit Weiß (2005: 6) konstruieren, wenn zur kulturellen Differenz der Beteiligten auch noch das Machtgefälle addiert wird. Die Fachkraft verfügt über Handlungsimperative, die Helferin opponiert gegen diese Norm. Obgleich der theoretische Zugang eher auf das Niveau dominante und dominierte Gruppe ausgelegt ist, lässt sich der Ansatz m. E. auf die geschilderte Situation transformieren. Im Gegensatz zu den damaligen geschilderten Begleiterscheinungen (Schimpfen, Schreien) sind derzeit keine ausufernden Konfliktherde zu verzeichnen, die nicht im Dialog zu lösen sind; es handelt sich nach den erhaltenen Aussagen um nachvollziehbare Friktionen, induziert durch anormal ausgeführte Alltagsprozesse. Der Faktor Ethnizität sorgt aktuell für keinerlei Spannungspotenzial.

Kohäsion

Um eine Aussage über den Zusammenhalt der Gruppe treffen zu können, wurde nach Cliques bzw. Untergruppen gefragt (E1). Die Stationsleitung (S. 15) gibt an, dass ein Kern von alteingesessenen Kräften besteht, die seit Gründung des Hauses auf der Station arbeiten. Alle anderen v. a. die neueren MitarbeiterInnen nehmen dann außerhalb eine Satellitenstellung ein. Sandra (S. 9), Tanja (S. 10) und Mehmet (S. 14) sehen verschiedene kleinere Cliques, die jedoch rein aus Sympathie koalieren: „Also so kleine Gruppenbildungen gibt es immer. Aber das kann man nicht an so einem Merkmal festmachen. Die sich sympathisch finden, gut verstehen, die tun sich zusammen [...] Das

sind Helfer, Examinierte, Deutsche, Ausländische, also wirklich nur mit dem, der mir sympathisch ist“ (Sandra, S. 9).

Mit einer weiteren Frage wurde die Existenz von Einzelgängern eruiert (E2). Während Miriam (S. 16) dies in einem Fall bestätigt und klarstellt, dass die Arbeitsweise dadurch nicht beeinträchtigt ist und lediglich soziale Kontakte (in den Pausen) reduziert werden, bezeichnet sich Paula (S. 11) selbst als (diese erwähnte) Einzelgängerin, was aber im Team kein Problem ist. Alle anderen nehmen keine Solisten wahr.

Die Hilfsbereitschaft ist bei allen ausgeprägt, es gibt keine KollegInnen, denen nicht unterstützend zur Seite gestanden wird. Eine Ausnahme bildet Galina (S. 17), die einer jüngeren und aus ihrer Sicht faulen Mitarbeiterin nicht gerne hilft (E12).

Darauf aufbauend wurde nach den Gemeinsamkeiten der Pflegekräfte gefragt (E5). Miriam als Leitung meint, "wir ziehen alle an einem Strang, wir sitzen alle im selben Boot" (S. 16). Die übrigen GesprächspartnerInnen sehen mehr an Position und Rolle gebundene Gemeinsamkeiten: Den Beruf, den Arbeitgeber, die Arbeit, ein gutes Verständnis in der Arbeit untereinander. Lediglich mit Einzelnen bestehen persönliche Übereinstimmungen, z.B. „Hobbys“ oder die gleiche Ausbildungsstätte (Sandra, S. 11).

Um die Abgrenzung des Teams nach außen zu hinterfragen, wurde nach der Bewertung von externen Personen gefragt, wenn diese die Station betreten (E7). Alle Pflegekräfte mit Zuwanderungsgeschichte beurteilen die Anwesenheit von Ärzten, Ergotherapeuten, Angehörigen, Besuchern etc. als positiv. Externe Personen stellen eine Bereicherung bzw. Abwechslung für die BewohnerInnen dar und werden somit nicht als Störung wahrgenommen. Während auch die Stationsleitung bekundet, dass "es einfach das tägliche Geschäft ist" (S. 17), betrachten Sandra (S. 11: „Meistens lästig“) und Tanja (S. 11: „manchmal nervig“) externe Personen eher als Störung, denn die Ärzte kommen zu ungünstigen Zeiten und die Angehörigen initiieren lästige Diskussionen, was beides zu Zeitverlust und Stress führt.

Einen entscheidenden Faktor zur Beurteilung der Kohäsion des Teams repräsentiert die Frage E3. Dort wird die Bedeutung der Mitgliedschaft der einzelnen InterviewpartnerInnen im Team betrachtet. Miriam ist sich dabei ihrer Leitungsposition bewusst. Einerseits bedeutet ihr die Mitgliedschaft viel, denn "es ist ein gutes Team. Vom Zusammenhalt her, [...] wir haben teilweise schon gesagt, wir sind das beste Team im Haus" (S. 16). Andererseits sieht sie auch ihre etwas außerhalb liegende Position aufgrund der Leitungsfunktion. Sandra (S. 10) artikuliert ein angenehmes Arbeiten durch den Teamzusammenhalt. Tanja (S. 10) bezieht aus ihrer Partizipation "Anerkennung". Galina (S.

15) betrachtet ihre Mitgliedschaft als wichtig, tritt sie doch in Austausch mit den KollegInnen. Mehmet (S. 14) konstatiert einen guten Umgang innerhalb des Teams, so dass ihm die Arbeit Spaß macht. Und Paula (S. 11) stuft ihre Mitgliedschaft als angenehm ein, sie fühlt sich wohl.

Das Team als Ganzes weist einen hohen Kohäsionsgrad auf. Alle Befragten bekennen sich zum Zusammenhalt, die sich separierenden Personen werden toleriert und neutral behandelt. Die Abgrenzung nach außen ist nicht ausgeprägt, die Stationsgrenzen sind eher eine Membran, durch die externe Personen zum Wohle der Bewohnerschaft hindurch diffundieren, was dem wesentlichen Inhalt der zu erbringenden Dienstleistung (Umgang mit Menschen) entspricht. Negative Bewertungen liegen in situativen Unzulänglichkeiten begründet, welche nachteilig auf das betroffene Personal wirken. Ist es auch für die Pflegekräfte mit Migrationshintergrund unter Umständen leichter, Gespräche auf deutschsprachiges Personal abzuwälzen, so stellen Mehmet als stellvertretender Stationsleiter und die aus Spanien stammende Paula (Vollzeitkraft, seit 25 Jahren in Deutschland) auch als allochthone Vertreter wichtige Ansprechpartner für Ärzte, Angehörige usw. dar. Freundschaften und Cliques beruhen ausschließlich auf Sympathie, ethnische Unterschiede oder divergierende Sprachen bilden kein Ausschlusskriterium.

Kollegialität und Solidarität

Prosoziales Verhalten

Um nach einem Verhalten zu fragen, das über das normale Spektrum bzw. Leistungsprofil der Berufsrolle hinausgeht, wird die Frage nach der Hilfe für schwächere MitarbeiterInnen gestellt. Der Ausdruck "schwächer" wurde dabei nicht weiter spezifiziert (B2). Miriam als Stationsleiterin (S. 1) führt das Mentorsystem an, bei dem über Einarbeitungs-, Anlern-, Demonstrations- und Informationsmaßnahmen operationale, aber auch psychische Unterstützung (Vertrauen) gewährleistet wird. Mehmet als Mentor bestätigt dieses System: „Wenn wir neue Mitarbeiter oder Mitarbeiterin, oder Schüle, Schülerin, Praktikanten bekommen, werden sie erst mal von mir eingearbeitet. Aber bei Schwächeren in erster Reihe wird natürlich erklärt, ob das richtig ist oder wie das richtig gemacht wird. Und erst mal unter Anleitung und Anzeigen, danach zusammen machen und am Ende ihn oder sie selber arbeiten lassen. Und dabei immer nicht sofort angreifen und sie nicht aufregen lassen, sondern halt langsam und Zeit lassen, um ihr Ver-

trauen zu gewinnen. So wird auch geholfen“ (S. 1). Sandra, Tanja und Galina (alle S. 1) bieten freiwillig ihre Hilfe an, wenn sie Defizite bei KollegInnen wahrnehmen, zumal sich manche MitarbeiterInnen aufgrund mangelnden Selbstbewusstseins nicht von sich aus melden (Tanja, S. 1). Paula (S. 1) holt sich nur fachlichen Beistand, wenn sie auf Grund ihrer Qualifikation Tätigkeiten nicht ausführen darf.

Alle Befragten bejahen die Existenz von persönlichen Freundschaften im Team (E9).

Fehlerverhalten

Um sich dem Fehlerwesen zu nähern, wurde nach den Personen im Team gefragt, die viele Fehler machen (F11). Galina (S. 14) und Paula (S. 10) wollen dazu nichts weiter sagen, Miriam (S. 15) und Tanja (S. 10) sehen jeden in der Lage, einen Fehler zu begehen. Sandra (S. 9) meint, dass vermehrt bei den Unmotivierten Handlungen fehlerhaft ausgeführt werden und Mehmet sieht vor allem die Pflegenden mit Migrationshintergrund als Fehlerproduzent: „Ausländer, ehrlich gesagt“ (S. 13). Die Ursache liegt nach seiner Einschätzung in der Sprache: „Durch die Sprache können die [Ausländer d. A.] Pflegeberichte nicht so schreiben, wie es sein muss, Äußerungen. Eine Wund-Doku kann eine ausländische Pflegekraft schwerer schreiben wie eine Deutsche. Oder Pflegeplanung. Ich kenne das von mir: ich kann Pflegeplanung schon gut schreiben, aber die...wie sagt man ...die Probleme, ich weiß nicht, wie ich mich fachmäßig ausdrücken soll.“

Mit den Folgen eines Missgriffes – so lassen die Aussagen schließen – wird innerhalb des Teams moderat und konstruktiv verfahren (B17). Alle äußern zur Behebung bzw. Verhaltensverbesserung eine Gesprächsbereitschaft, sei es in der bilateralen Konstellation Verursacher – Entdecker oder im Team (bei der Übergabe). Ausnahmen bilden wiederholte Fehler (Miriam, S. 5) und "absichtlich" produziertes Fehlverhalten (Mehmet, S. 5) – in solchen Fällen wird zusätzlich die Pflegedienstleitung zur Klärung in einem Gespräch hinzugezogen.

Eingeräumte Beschimpfungen (B16) beziehen sich auf den schon kurz angeführten Konflikt zwischen der indischen Fachkraft und der Spätaussiedlerin (Miriam S. 4; Mehmet S. 5). Die anderen verneinen übereinstimmend einen exaltierten Umgangston im Team.

Als Instrumente zur Disziplinierung (B27) führen nahezu alle wiederum ein umfangreiches Gesprächsrepertoire an (Mitarbeiter-, Stationsleitungs-, Pflegedienstleitungs-, Zielvereinbarungsgespräche). In diesen Foren werden Regelverstöße geklärt. Die Stati-

onsleiterin ist dabei in der Regel beteiligt. Mehmet (S. 7) sieht im Vorfeld solcher Gesprächssituationen durch seine Position als Stellvertreter eine Kontrollfunktion, bei der er beispielsweise Raucher oder KollegInnen auf die Pausenverteilung oder die Erledigung von Pflegeaufgaben überwacht: „Beobachtende Kontrolle. Ohne jemanden merken zu lassen, zu kontrollieren, wie sie die Leute waschen. Man sieht auch, wie sie gearbeitet haben.“ Erst nachgewiesene Verstöße ziehen entsprechende Gespräche nach sich.

Den konstruktiven Umgang mit Kritik bestätigen Miriam (S. 16), Sandra (S. 10), Tanja (S. 10), Galina (S. 15) und Mehmet (S. 14) – Paula wurde noch nicht mit Kritik konfrontiert (S. 11) (E4). Kritik wird "als Chance zur Verbesserung" gewertet (Miriam, S. 16; Tanja, S. 10; Galina, S. 15) und bei externen Vorwürfen bzw. der Aufarbeitung steht keine MitarbeiterIn alleine da (Sandra, S. 10). Interessanterweise merkt Mehmet an, dass kritische Aussagen von Angehörigen gesondert behandelt werden, "weil Kunde ist König, egal ob die Angehörigen Recht haben oder nicht Recht haben. [...] Manche sind so pingelig und wollen alles und vergessen dabei, dass ihre Oma und Opa nicht der einzige Bewohner ist [...]. Dann müssen wir bei dieser Kritik den Kopf runterdrücken" (S. 15). Dieses Abnicken gilt für alle MitarbeiterInnen und scheint als informelle Regel zu gelten.

Auf ein bestehendes Regelwerk angesprochen, antworten die Befragten widersprüchlich (E6). Miriam (S. 16) merkt die Existenz von direkten Anweisungen (z.B. Deutsch als Grundsprache) und einen indirekten Ehrenkodex (respektvoller Umgang, Privat ist Privat) an. Sandra (S. 10) sieht einen gemeinsamen Katalog von Teamregeln, zu dem jeder seine Meinung geäußert hat. Tanja (S. 11) führt die allgemeinen Umgangsformen als Richtschnur an, Paula (S. 11) weiß gar keine Normen. Mehmet (S. 15) sieht das Äußern seiner Meinung und Zuhören als normatives Verhalten an. Galina (S. 16) weiß von Pünktlichkeit und Ehrlichkeit, aber "nicht jeder" praktiziert dies auch. Sie selbst rechtfertigt sich auch sofort: "Es ist Ruhe, ich arbeite ehrlich."

Der Umgang mit fehlerhaftem oder undisziplinierten Verhalten zeigt sich im ganzen Team sachlich, lösungsorientiert und transparent. Die Instrumente der Station bzw. Einrichtung sind graduell abgestuft und systemimmanent. Ebenso verfügt das Team sowohl über ein direktes Regelwerk, das aber anscheinend nicht allen Gruppenmitgliedern offenkundig ist (möglicherweise aufgrund Abwesenheit bei Erarbeitung, neueren MitarbeiterInnen, Sprache ausgelöst), als auch über einen indirekten Verhaltenskodex. Die geschilderte Überwachungsszenarie erscheint

nachvollziehbar. Erstens sind die Fachkräfte auf einer Station für das Handeln der HelferInnen verantwortlich und haften für eine sach- und fachgemäße Umsetzung der Pflege. Zweitens resultiert aus dem Kontrollmechanismus Konformität und Produktivität: die Raucher passen die zeitlichen Auswüchse ihres Lasters den allgemeinen Pausenzeiten an und die ausführenden Pflegepersonen achten auf fehlerfreie und ordnungsgemäße Aufgabenerfüllung. Kollegialität, also das positive Verhältnis unter den Pflegenden im Team, kann attestiert werden, was sich u. a. auch an den zusätzlichen aktiven Hilfestellungen und den Freundschaften im Team festmachen lässt.

10.2 Zusammenfassung Einrichtung A

Anerkennung und Respekt

Das Arbeitsklima und die im Kollegium herrschende Stimmung werden durchweg als positiv gewertet. Auch die multiethnische Teamzusammenstellung ruft keine Änderungswünsche in Bezug auf Beschaffenheit hervor – die Mischung an MitarbeiterInnen und ihren Kulturen wird goutiert, sodass der Faktor Ethnizität keine Bedeutung hat. Den ausländischen KollegInnen wird von den Einheimischen eine wichtige Bedeutung eingeräumt, gleichzeitig wird aber auch gemutmaßt, dass sie ersetzbar sind. Allen KollegInnen wird Wertschätzung entgegengebracht, sowohl vertikal durch die Einrichtung bzw. Stationsleitung als auch horizontal untereinander auf Pflegeebene. Der Umgang lässt sich rücksichtsvoll und von Respekt geprägt deuten. Die Pflegekräfte werden aktiv, wenn es um eine wechselseitige Hilfestellung bei emotionalen Ausnahmesituationen geht (d. h. emotionale Unterstützung). Jeder bietet jedem seine Hilfe an, unabhängig von ethnischen Zugehörigkeiten, sodass auch die instrumentelle und informative Hilfe gewährleistet ist. Es werden keinerlei negative Haltungen im Sinne von Vorurteilen artikuliert. Bei beiden Gruppen lassen die Antworten keine Rückschlüsse auf die Einbeziehung ethnischer Faktoren zu. Als Beleg kann die offensichtliche Bevorzugung einer kroatischen Pflegekraft gelten, die im Einklang von allen anderen Teammitgliedern mitgetragen wird.

Kommunikation

Schwierigkeiten in der Interaktion resultieren aus unzureichenden Kommunikations- und Abspracheprozessen. Die Beteiligten lassen jedoch erkennen, dass dies nur margi-

nale negative Auswirkungen auf die Multiethnizität des Teams hat. Es zeigt sich, dass teilweise die ungenügende Sprachkompetenz bei den ausländischen KollegInnen das gemeinsame Miteinander beeinträchtigt. Diese Einschätzung einiger Befragter fand auch Bestätigung in den durchgeführten Befragungen, in denen sich z. T. nach Einschätzung des Interviewers unzureichende Kenntnisse der Deutschen Sprache offenbarten (Galina, m. E. Paula). Fragen wurden oftmals wiederholt, re-formuliert oder neu erklärt und dennoch war vereinzelt daran zu zweifeln, ob der Inhalt sinngemäß verstanden wurde. Besonders Galina weiß um ihre schlechte Konversationsfähigkeit, spricht aber zu Hause nach ihren Aussagen dennoch nur russisch. Sie betrachtet die Arbeitszeit als primäre Möglichkeit, um ihre Deutschkenntnisse zu verbessern.

Als Folge wird eingeräumt, dass dieser Umstand Missverständnisse und Ungenauigkeiten z. B. bei der Dokumentation nach sich zieht: „Durch die Sprache können die [Ausländer d. A.] die Pflegeberichte nicht so schreiben, wie es sein muss“ (Mehmet, S. 13). Diese Einschränkungen stellen aber laut den Befragten keine unüberwindbaren Beeinträchtigungen dar. Beide Parteien, d. h. die Einheimischen bzw. „Sprachkompetenten“ und die weniger gut Deutsch Sprechenden, bemühen sich aktiv um eine klare Verständigung. Während die einheimischen Teammitglieder Nachfragen anstellen oder Äußerungen wiederholen, nutzen die ausländischen Pflegenden ihre Muttersprache, um in Gesprächen mit Ärzten und ihren zu betreuenden BewohnerInnen zu dolmetschen. Gleichzeitig wird die Plattform Altenpflegeheim dazu genutzt, die eigenen Sprachdefizite zu verbessern (laut Aussage von Galina).

Es gibt keine expliziten Äußerungen von den Befragten, die die Sprachfertigkeit von einigen ausländischen KollegInnen negativ bewerten oder kritisieren. Zwar scheint es Fälle zu geben, in denen die Kommunikationskompetenz in deutscher Sprache weniger gut ausgeprägt ist, jedoch sorgt dies weder für Verärgerung noch für Unmut. Dieses Defizit scheint also nicht desintegrierend zu wirken, vielmehr kompensieren die übrigen Pflege Mitarbeiter einen derartigen Mangel und nutzen die anderen Stärken der Betroffenen.

Einen Reibungspunkt stellt der Faktor Subkommunikation dar. Durch das Sprechen in nichtdeutscher Sprache fühlen sich einige einheimische Pflegekräfte vom Gesprächsinhalt ausgegrenzt, was mitunter zu Unmut führt. Die allochthonen Pflegekräfte sehen umgekehrt derartige Gespräche als Chance zu schnellerem Austausch und einer besseren Ausdrucksmöglichkeit. Um diesbezüglich weitere Spannungen zu unterbinden, wurde von Seiten der Stationsleitung die Order zur ausschließlichen Kommunikation in

deutscher Sprache ausgegeben. Einzelne Verstöße dagegen werden situationsspezifisch auf verbaler Ebene und ohne weitere Folgen geklärt.

Kooperation bzw. Konflikt und Kollegialität

Die (multiethnische) Mischung im Team wird als wichtig erachtet. So wird in den MitarbeiterInnen (mit einer Ausnahme) stets nur die KollegIn, nicht die KonkurrentIn gesehen.

Eine vertrauensvolle Basis scheint ebenso als gegeben, was sich unabhängig von ethnischen Hintergründen zeigt. Vielmehr stehen hierbei Faktoren wie das Alter, die individuelle Stationszugehörigkeit oder persönliche Einschätzungen (d. h. Sympathie und Antipathie) im Vordergrund. Kleinere Cliques, die anscheinend auf Sympathie beruhen und jedoch keine explizite Bedeutung für das Stationsgeschehen aufweisen (z. B. mit einer Abgrenzung nach außen), lassen sich innerhalb des Teams finden. Umgekehrt spielen ethnische Zugehörigkeit, Muttersprache oder andere Zuschreibungen keine Rolle. Dies deutet darauf hin, dass alle MitarbeiterInnen im Team integriert sind.

In der Vergangenheit wurde das Stationsklima durch einen interethnischen Konflikt gestört, der seine Ursache anscheinend in einer Macht-, Anerkennungs- und Kompetenzasymmetrie hatte. Aufgrund der Aussagen der Beteiligten lässt sich rückschließen, dass nicht die ethnischen Differenzen der Auslöser bzw. von Bedeutung waren. Wie aufgezeigt, standen Qualifikations- und Hierarchieunterschiede im Fokus des Konflikts. Die unterschiedlichen stationsinternen Versuche zur Lösung zeigten sich wirkungslos, sodass die konfliktive Situation erst geklärt werden konnte, als eine der Konfliktparteien aus Vertragsgründen die Institution verlassen musste. Es scheint, als ob in diesem Fall vor allem diskrepante Auffassungen auf persönlicher Ebene eine Lösung verhindert haben. Dazu Miriam: „Die haben sich gefetzt und gestritten. Es war eine persönliche Ebene“ (S. 5). So ist hier die Schlussfolgerung zulässig, dass diesem Streit kein Integrationsproblem zugrunde lag, denn ursächlich waren formale Kriterien, die eine Nichtanerkennung von ausländischen Qualifikationen zur Folge hatten.

Anzumerken ist noch die Bestätigung von Stereotypen. Die verbreiteten Annahmen zu Nationalcharakteren, wie beispielsweise die rational arbeitenden Deutschen, die gemüthlichen Bayern, die fleißigen Ostdeutschen, die emotionalen SüdländerInnen und die leistungsbereiten Personen mit Spätaussiedlerherkunft wurden teilweise sowohl von autochthoner als auch von allochthoner Seite untermauert. Dabei wurden aber keinerlei negative Zuschreibungen getätigt.

Die Wechselseitigkeit bei Hilfestellungen wird von allen betont, ebenso wird von der Existenz eines gemeinsamen Gruppenzieles berichtet und der Wille zu einem Zusammenhalt des Teams bekundet. Nach den Ausführungen von Spieß (1999: 78) kann bei diesem Kollegium eine empathische Art der Kooperation abgeleitet werden. Diese Einschätzung mit den dafür notwendigen Voraussetzungen (u. a. empathisches Verhalten, Kommunikation, gemeinsame Zielsetzung) kann somit ebenso als Kriterium für eine gelungene Integration gewertet werden.

Auf organisatorischer Ebene wurde im bzw. durch das Team sowohl eine Normenstruktur (Raucherpausen, Umgang mit Angehörigenkritik, Respekt der Privatsphäre usw.) als auch eine von allen mitgetragene Zieldefinition erarbeitet. Beides fördert die Leistungsbereitschaft, die Kooperationsbestrebungen, aber ebenso die Kohäsion. So wird solidarisches Denken als auch Handeln innergruppal praktiziert. Die aktive Herangehensweise an den Faktor Integration zeigt sich hier an der gemeinsam initiierten Zielfindung: alle Teammitglieder haben sich die Umsetzung einer Vorgabe (z. B. das „Miteinander“; Miriam) bewusst vor Augen geführt. Unabhängig von Sympathie oder Nationalität eint dies die tägliche Arbeit in dem Wohnbereich.

Sympathiebeziehungen, Cliquesbildungen (z. B. alteingesessenes Kernteam) oder Einzelgängertum beeinträchtigen das Gemeinschaftsgefühl der gesamten Gruppe in keiner Weise – individuelle Verhaltensweisen oder Arbeitsrhythmen werden akzeptiert. Die positiv empfundene Kollegialität ist eine der Entscheidungskriterien für eine erfolgreiche Integration. In diesem Rahmen weisen alle Pflegekräfte einen professionellen Umgang mit Fehlern bzw. Kritik auf, so dass Friktionen und gegenwärtige Konflikte (die keineswegs negiert werden) meistens in Gesprächen gelöst werden können.

Die erklärten Wünsche der ProbandInnen dokumentieren die positiven Einstellungen zu den MitkollegInnen, denn die wunschhaften Vorstellungen behandeln primär organisatorisch-formale Sachverhalte (u. a. Personalbestand, Räumlichkeiten, Bezahlung) oder bürokratische Verbesserungsvorschläge (z. B. Dienstplan).

Das gesamte Spektrum der abgefragten Indikatoren wird von einer positiven Grundstimmung im Team dominiert, womit Spaß, Zufriedenheit, Zusammenhalt, Wertschätzung und Gemeinsamkeit verknüpft werden.

Die Aussagen der Teammitglieder zu den einzelnen Indikatoren und somit zu den konstruierten Kategorien lassen die Interpretation auf eine aktive Gestaltung der autochtho-

nen bzw. allochthonen Integrationsleistung zu. Das Team als Ganzes funktioniert, unabhängig von den ethnischen Hintergründen der MitarbeiterInnen. Integration wird gelebt, indem vereinzelte Defizite (z. B. Kommunikationskompetenz) von anderen MitarbeiterInnen kompensiert werden. Verschiedenartigkeiten werden nicht betont, vielmehr wird Interesse am Gegenüber geäußert. Die Interaktionen finden ohne Ansehen der beteiligten Personen problemlos statt.

Die Bewertung aller erhaltenen Daten in Einrichtung A lässt auf eine gelungene Integration schließen.

10.3 Zweite Institution der Untersuchung: Einrichtung B

Übersicht 20: Einrichtung B

Art der Trägerschaft	:	Privat
Kapazität der verfügbaren Plätze	:	>100
Ortgröße (ca. in Einwohner)	:	8.000
Station / Pflegebereich		
Personenzahl des Pflorgeteams	:	18
▪ davon männliche Pflegekräfte	:	1
▪ davon Personen mit Migrationshintergrund	:	4 (22%)
▪ davon InterviewpartnerInnen	:	6
▪ Migrationshintergründe der Interviewten	:	kasachisch (2), rumänisch

InterviewteilnehmerInnen:

Autochthon: Beate
Christian (Stationsleitung SL)
Fiona

Allochthon: Anita
Dora
Erika

Als besonderer Umstand auf dieser Station ist vorab anzumerken, dass zwei verwandte Schwestern aus Kasachstan in diesem Pflegebereich tätig sind. Beide, Erika und Anita, haben sich auch wie oben dargestellt zu einem Interview bereit erklärt.

Anerkennung und Respekt

Arbeitsklima

Alle Befragten gehen gerne zur Arbeit (B5, D5), teilweise werden positive Gefühle geschildert, wie beispielsweise von Dora: „Ich fühle mich schon wohl“ (S. 1). Ähnliches äußern Fiona und Christian. Andere artikulieren „ganz normal“ (Erika, S. 1; analog Anita, S. 1).

Die Beschreibung der allgemeinen stationären Stimmungslage ist m. E. vorsichtig eher positiv zu werten (E11). Vorbehaltlos als gut wird diese von Beate und Dora gewertet: „Ich finde nicht, dass es bei uns Probleme gibt“ (S. 11). Dass die Stimmung in Abhängigkeit zu den anwesenden Personen steht, befinden Anita (S. 10: „Schlecht ist es nicht, aber ganz super ist es auch nicht. [Das ist abhängig d. A.] von den Launen und mit wem man Dienst hat“) und Fiona: „Hängt von den Leuten ab“ (S. 11). Der Unterschied wird hier mit dem Alter der MitarbeiterInnen begründet. „Bei den Jungen ist es eher lustig, bei den Alten eher nüchtern, sachlich“ (Fiona, S. 11). Erika (S. 11) sieht für sich ein unsicheres Klima, was durch den Wechsel der Leitung bedingt ist: „Zur Zeit nicht irgendwie sicher. Man fragt sich, was kommt nach. Stationsleitung ist neu, Stellvertretung ist auch eine andere“ (S. 10).

Möglichkeiten der Verbesserung des Arbeitsklimas (D1) sehen die allochthonen Beschäftigten in einer erhöhten Dialogbereitschaft. Erika (S. 10) dazu: „Mehr reden, nicht so viel mit sich beschäftigen.“ Anita ergänzend (S. 10): „Wenn die Leute ehrlicher sind. Wenn die kommen und etwas sagen. Dass einer halt zu mir kommt und sagt und dass es dann erledigt ist.“ Die autochthonen VertreterInnen sehen ihrerseits bei persönlichen Verhaltensweisen (z. B. Imponier- oder Dominanzgebaren) ein Veränderungspotential (Beate, S. 11). Fiona berichtet von einem kürzlich veranstalteten Abendessen des Teams, wodurch das Klima „verbessert werden sollte“ (S. 11). Inhaltlich war es aber so, „dass die Meisten sich beim Essen über irgendwelche Stuhlgänge dabei unterhalten. Weil eigentlich keiner irgendwas Privates erzählen möchte, also nicht wirklich erzählen möchte und dann jeder irgendwelche Kleinigkeiten erzählt.“

Auf die Frage nach einem möglichen Unterschied zwischen beruflichem und privatem Habitus (D6), antworten die zwei aus Kasachstan stammenden Schwestern (Anita, Erika) übereinstimmend, dass sie eine arbeitsspezifische Kontrolle von Gefühlen, Launen oder Eigenarten vornehmen: „Zuhause kann ich mich auslassen, da kann ich schimpfen, da kann ich weinen“ (Anita, S. 10). Fiona (S. 12) ist gegenüber ihren KollegInnen sehr verschlossen: „Ich möchte halt einfach nichts erzählen. Ich bin daheim offener. Weil

hier denke ich, wenn ich dem Falschen etwas erzähle, der versteht das gar nicht oder das ganze Haus weiß das dann. Das ist hier auch der Fall“ (S. 10). Bei den anderen werden keine Unterschiede erwähnt.

Interessant zeigt sich das Antwortverhalten bei der Wunschfrage (D9). Lediglich zwei Befragte schöpfen ihre drei hypothetischen Vorstellungen aus. Die anderen GesprächspartnerInnen kommen auch auf Nachfrage des Interviewers mit weniger Wünschen aus. So hat auf allochthoner Seite die 24-jährige Fiona keinerlei Wunschvorstellungen für sich im Zusammenhang mit ihrer Tätigkeit: „Es passt alles“ (S. 12). Beate wünscht sich manchmal mehr Personal und möchte gesund bleiben, „das ist das A und O“ (S. 12). Christian (S. 14) als neue Stationsleitung sieht für das Team den Bedarf, offener und unter Einbeziehung seiner Person Kritik an anderen zu üben. Gleichzeitig wünscht es sich auch, vor einer Kritikäußerung einer KollegIn erst einmal das eigene Agieren zu reflektieren: „Was mir eben gerade einfällt, ist, bei Problemen gleich zu mir zu gehen, nicht hintenrum. Und dass jeder Mitarbeiter sich erst mal selber anschaut, bevor er den anderen kritisiert. Da wo ich sage, ich schaue mich erst mal selber an, bevor ich mich über einen anderen auslasse oder über den und den rede. Weil wenn das weg ist, dann fällt von den Problemen auch schon wieder etwas weg.“ Anita (S. 11) und ihre Schwester Erika (S.12) wünschen sich beide mehr Zeit für die BewohnerInnen, wobei sich Erika auch noch teamspezifische Veränderungen erhoffen würde: „Dass wir mehr zusammen ausgehen. Letztes Jahr haben wir nur einmal gemacht. Das ist viel zu wenig, finde ich. Das schweißt auch zusammen. Das Dritte ist mehr Offenheit. Mehr reden, mehr offen sein für Gefühle, für alles.“ Dora (S. 12) wünscht sich ebenfalls mehr Zeit für BewohnerInnen und mehr Personal.

Das Arbeitsklima ist tendenziell als eher positiv zu werten, so gehen beispielsweise alle Befragten gerne zur Arbeit. Jedoch werden von den Beteiligten auch unterschiedliche Einschränkungen genannt. Eine jüngere Altenpflegerin sieht das Klima abhängig von der Altersstruktur der Schichtzusammensetzung, eine Pflegende ist durch die vor kurzem eingetretene Veränderung auf der Leitungsebene und die nicht absehbaren Veränderungen für ihre nahe Zukunft verunsichert. Auch das anberaumte gemeinsame Abendessen des Teams deutet auf eine Beeinträchtigung der Arbeitsatmosphäre (vgl. Fiona S. 11) hin. Teilweise erfolgt eine bemüht wertfreie Beschreibung der Arbeitsatmosphäre. Mehrmals klingt die Forderung nach einer verbesserten Kommunikationsbereitschaft durch. Zum einen wird das Re-

den und Kritisieren „hintenrum“ (v. a. Christian S. 14) bemängelt. Häufiger wird aber zum anderen die reduzierte Offenheit in und zu Gesprächen beklagt. Vor allem die kasachischen Schwestern vermissen „mehr reden“ und „mehr offen sein für Gefühle“. Bei den deutschen KollegInnen wird dies nicht vermisst, vielmehr bestätigt Fiona (S. 12) die kommunikative Verweigerungshaltung: „Ich möchte halt einfach nichts erzählen.“ Die Kommunikationseinschränkungen sind nach Sichtung der Aussagen nicht einer Ursache zu zuschreiben. Vielmehr erscheint ein Konglomerat an Faktoren beteiligt: die Veränderung auf der Führungsebene, die heterogene Altersstruktur (z. B. Fiona 24 Jahre, Beate 61 Jahre), die individuelle Haltung (Verweigerung vs. Bedürfnis). Ein Zusammenhang zur multiethnischen Teamzusammensetzung bzw. eine Relevanz des Faktors Ethnizität lässt sich nicht herstellen.

Wertschätzung

Alle Befragten artikulieren, dass innerhalb des Kollegiums keine Personen bevorzugt oder begünstigt werden (C7). Nur die Leitung (S. 7) selbst meint, dass beispielsweise bei der Urlaubsvergabe Pflegekräfte mit Kindern zu Ferienzeiten den Vorzug erhalten.

Frage B23 beschäftigt sich mit Vorkommnissen, bei denen Pflegende geweint haben. Erika berichtet von einer Arbeitssituation mit einem Pflegebedürftigen: „Habe Pflege bei einem Bewohner gemacht, der hat dann geschimpft. Normalerweise geht mir das hier rein und da raus. Aber dann bist du krank und alter Mensch, der nicht alles versteht“ (S. 4). Anita deutet an, dass sie schon einmal wegen nicht offen geäußerter Kritik geweint hat: „Das war kurz und dann hat es gepasst. Weil ich finde, man muss kommen und sagen `das und das ist richtig´ und dann weiß man bescheid. Und das funktioniert schon lange so“ (S. 4). Beate erzählt ebenso, schon selbst einmal während der Arbeitszeit in Tränen ausgebrochen zu sein. Grund hierfür war die Weigerung aller anderen Teammitglieder, an einem bestimmten Tag ihren Dienst zu übernehmen, da sie frei gebraucht hätte: „Keiner wollte tauschen mit mir“ (S. 4). Fiona (S.4) und Christian (S. 4) bestätigen Situationen, wo aus privaten Gründen (z.B. depressive Verstimmung der Betroffenen) Tränen vergossen wurden.

Als häufigster aber auch übereinstimmend erwähnter Faktor für Ärgernisse (B19) durch die KollegInnen wird „das Gerede hintenrum“ (Christian, S. 4), „dass sie so falsch hintenrum reden“ (Fiona, S. 4), „wenn jemand zum anderen etwas sagt und irgendwann und irgendwo kommt das heraus“ (Anita, S. 3) und „wenn sie tratschen“ (Erika, S. 3)

angeführt. Obwohl Beate (S. 4) oben die Sprachdefizite bemängelt, ärgert sie sich über nichts.

Gefragt nach dem Interesse an der fremden Kultur einer KollegIn, äußern sich alle positiv und bejahend. In Gesprächen wird dies durchaus zum Inhalt gemacht (Beate, S. 9; Christian, S. 8; Anita, S. 10). Lediglich Fiona (S. 11) schließt jegliches Interesse aus (E14).

Trotz der ärgerlichen Tratscherei bezeichnet sich keiner der GesprächsteilnehmerInnen als verbal verletzt (B20).

Der Faktor Lob innerhalb des Teams wird allgemein als verbesserungswürdig angesehen (B22), z. B. meint Beate: „Es ist jetzt nicht weltbewegend“ (S. 4), oder Dora: „Mit Lob ist wenig“ (S. 4). Christian als Leiter der Station (S. 4) lobt aus seiner Sicht die MitarbeiterInnen, kritisiert aber auch offen und erhält selbst keinerlei Wertschätzung. Generell herrscht die Meinung, dass es einerseits „zu selten“ (Fiona, S. 4) Lob gibt. Andererseits holen sich die MitarbeiterInnen auch Bestätigung von den BewohnerInnen. „Aber ich freue mich auch über ein Lob unserer Bewohner oder von Verwandten. Dort holen wir unsere Anerkennung für unsere Arbeit. Aber jedes Team ist so, dass wenn einer Erfolg hat, der andere ein bisschen neidisch ist“ (Dora, S. 4). Teilweise wird durch die neue Stationsleitung zu viel kritisiert: „Wir haben in letzter Zeit neuen Chef, der hat auch viele Kleinigkeiten gezeigt, die nicht passen. Ich finde das nicht so wichtig“ (Erika, S. 4).

Die Wertschätzung innerhalb des Teams inklusive der Leitung zeigt sich suboptimal ausgeprägt, wenngleich Interesse am kulturellen Hintergrund der Anderen angeführt wird. Vor allem das heimliche Gerede hinter dem Rücken über eine KollegIn stellt ein allgemeines Ärgernis dar. Dieses Tratschen und Lästern zeigt sich unabhängig von Herkunft, Qualifikation oder Alter. Tiefergehende verbale Verletzungen scheinen davon allerdings nicht herzurühren. Das verbale Loben horizontal (untereinander) und vertikal (von der Leitungsebene) ist nur wenig ausgeprägt. Dies kann möglicherweise der neuen Führungsstruktur geschuldet sein. Ebenso könnte aber auch die schon aufgezeigte zurückhaltende Beziehungsstruktur im Team ursächlich sein. Als ein Beleg dafür könnte die mangelnde Bereitschaft zu einem Dienstaustausch, der die Betroffene zu Tränen gerührt hat, herangezogen werden. Eine aus Kasachstan stammende Pflegekraft räumt eine schwierige Situation ein, in der es wegen eines Kommunikationsdefizits zu Tränen kam. Die

Wertschätzung scheint aber nicht mit unterschiedlicher Sprachkompetenz in Verbindung zu stehen; vielmehr scheint der Wille zu kommunikativer Interaktion innerhalb des Teams zu wenig ausgeprägt.

Vorurteile / Einstellung

Um vorurteilsbehaftetem Denken nachzugehen, werden die einheimischen GesprächspartnerInnen nach dem Ausbildungsstand (F10) ihrer allochthonen KollegInnen befragt. Einen gleichen Qualifikationsstandard bescheinigen Beate (S. 8) und Christian (S. 10). Fiona sieht eine andere Qualität der Arbeit, aber „vielleicht liegt es auch daran, dass sie sich in den zehn Jahren [nach der Ausbildung, d. A.] etwas angeeignet haben, was sie so nicht gelernt haben. Also es war bisher nicht so, dass wir jemanden Ausländischen gehabt haben, der völlig von nichts gewusst hat“ (S. 9).

Auch die ebenfalls nur den deutschen Pflegekräften gestellte Frage (F7) nach der Konkurrenz im Pflegesektor durch Kräfte mit Zuwanderungsgeschichte, wird unterschiedlich gesehen. Fiona denkt nicht, dass ausländische Konkurrenz besteht, denn „wenn sich die Deutschen nicht für das Altenheim bewerben, dann können die ihnen auch nix wegnehmen“ (S. 9). Beate hingegen sieht den Wettbewerb „zur Zeit“ als gegeben und glaubt schon, dass den einheimischen Pflegepersonen Arbeitsplätze verloren gehen: „Weil zur Zeit gibt es wenige Plätze im Altenbereich“ (S. 9). Sie bringt diese Einschätzung mit der eigenen Arbeitsplatz Erfahrung in Verbindung. Nach diesen hat sie in ihrer Vita als gelernte Schneiderin schon einmal erlebt, wie vor zehn Jahren ihre Anstellung aufgehoben wurde und der Betrieb von ihrem Arbeitgeber nach Tschechien verlagert wurde.

Danach gefragt, was die allochthonen KollegInnen von den deutschen Kräften lernen können (C8), werden „die deutsche Sprache“ (Fiona, S. 8), „Selbstbewusstsein“ (Christian, S. 7) und gar keine Lerndefizite (Beate, S. 7) diagnostiziert. Vice versa können die Deutschen von den allochthonen KollegInnen den authentischeren „Umgang mit den Leuten, weil manchmal kommt ein Lächeln von einer Schwester und die [BewohnerInnen d. A.] merken, dass es nicht echt ist“ (Anita, S. 7), abschauen. Ähnliches äußert Erika, wenn sie mehr „Ehrlichkeit“ bei den einheimischen Kräften einfordert: „Ich kann nicht jemanden anlachen, wenn ich dazu nicht in der Lage bin. Manchmal sieht man die Leute lächeln und nachher sagt ein Bewohner `das ist nicht wirklich so`“ (Erika, S. 7). Die 55-jährige Dora konstatiert: „Ich glaube nicht, dass es Dinge gibt, die man von ausländischen Leuten lernen kann. Das hängt vom Charakter ab, von Mensch zu Mensch. Nicht von Ausländern oder Deutschen. Von mir kann man andere Sachen lernen, z. B.

Essen, Spezialitäten oder Gewohnheiten“ (S. 7).

Beide Gruppen bestätigen übereinstimmend Fleiß bei der Arbeit (F4) und alle InterviewpartnerInnen verneinen einen Zusammenhang zwischen Herkunft und Arbeitsweise (B13). Nur Anita sieht sich im verbalen Austausch mit den BewohnerInnen beeinträchtigt, was sie auf die eingeschränkte Sprachbeherrschung zurückführt: „Ich muss mehr mit dem Bewohner sprechen, damit er mich versteht. Ich muss länger etwas erklären. Die Deutschen reden und es wird verstanden und dann geht das schnell“ (S. 2).

Alle Befragten verneinen die Frage, ob zu wenig einheimisches Pflegepersonal im Kollegium vertreten ist (F3). Dies ist bei der gegebenen Verteilung von vierzehn deutschen Personen und vier allochthonen MitarbeiterInnen (entspricht 22%) nachvollziehbar.

Ebenso herrscht Einklang in der Wahrnehmung der übrigen Teammitglieder, alle sehen trotz divergierender Herkunftskulturen vor allem die KollegIn (F7,5).

Übereinstimmend zeigt sich auch das Antwortverhalten bei Frage F9, bei der alle Befragten von einer Gewährleistung der Altenpflege in Deutschland auch ohne allochthone Beteiligung überzeugt sind. Nur Christian (S. 9) sieht in diesem Zusammenhang Nachteile, denn bei fehlenden MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund geht auch ein Verständigungspotenzial verloren, das bei ausländischen BewohnerInnen von großem Nutzen ist (Stichwort interkulturelle Pflege).

Durch die Präsenz von MitarbeiterInnen aus unterschiedlichen Ländern fühlt sich keine der Befragten gestört (F12). Dabei ist interessant, dass Anita – selbst aus Kasachstan – dies an eine Bedingung knüpft: "Wenn alle deutsch reden, geht das" (S. 9). Und Dora deutet an: „Mich stört es nicht, aber vielleicht stört es andere“ (S. 9).

Ein anerkennender und respektvoller Umgang im Pflegekollegium scheint gegeben, die Aussagen werden aber auf einer sachlichen Ebene formuliert. Allen wird Fleiß bei ihrer Arbeit sowie ein guter Qualifikationsstand bestätigt und die Zusammenstellung des Teams ist akzeptiert. Einschränkend wird aber angenommen, dass die Altenhilfe auch ohne MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund funktionieren würde. Friktionen ergeben sich auf der Kommunikationsebene: auf deutscher Seite wird eine Verbesserung der Sprachkompetenz gewünscht, wobei das Sprachdefizit von den betroffenen Pflegekräften auch eingeräumt wird. Umgekehrt sehen die beiden kasachischen Schwestern einen Mangel an Sozialkompetenz bei ihren deutschen KollegInnen, wenn sie mehr Ehrlichkeit und Authentizität beim Umgang mit den BewohnerInnen einfordern. In diesem Zusammenhang erscheint

auch interessant, dass dieses Defizit von den beiden Schwestern übereinstimmend (aber voneinander getrennt) geäußert wird. Es kann nicht geklärt werden, ob dies auf im privaten Umfeld geführten Gesprächen zum Thema Altenhilfe basiert oder eine deckungsgleiche Forderung aufgrund der gemeinsamen kasachischen Herkunft ist. Auch eine individuelle Haltung könnte als Ursache angeführt werden, da Erika einräumt, sich nicht verstellen zu können: „Das kann ich nicht. Vielleicht ist das mein Problem. Ich bin so, wie ich bin. Dann sage ich lieber nichts“ (S. 11). Da sie nach eigener Einschätzung stets authentisch agiert, sieht sie das „schauspielernde“ Verhalten der KollegInnen möglicherweise mit Skepsis.

Es werden keine erheblichen Vorurteile oder Abneigungen bzw. Vorbehalte genannt. Vielmehr lässt sich gelegentlich auf eine reservierte Einstellung zur anderen Gruppe schließen. Vor allem die einheimischen Pflegekräfte deuten ein reduziertes Engagement für einen persönlichen Beziehungsaufbau zu den ausländischen KollegInnen an. Diskrepanzen im autochthon-allochthonen-Antwortverhalten gibt es kaum. Die Frage, ob diese Aussagen auf individuellen Überzeugungen beruhen oder eher auf einheimischer Seite durch soziale Erwünschtheit bzw. auf ausländischer Seite durch Konformitätsdruck bedingt sind, ist abschließend nicht zu klären. Eine Basis an integrativen Bemühungen scheint in jedem Falle vorhanden.

Witze / Scherze

Die Verbalisierung von Witzen auf Kosten Schwächerer (A1) bestreitet die Mehrheit der Befragungspersonen. Anita räumt ein, dass es durch eine falsche bzw. zweideutige Wortwahl manchmal zu Gelächter kommt, was aber nicht böse gemeint ist: „Wenn ich etwas nicht richtig sage, dann lachen die Leute. Wenn ein Wort z. B. zwei Bedeutungen hat und ich erzähle etwas, dann passiert das schon“ (S. 5). Der Stationsleiter sieht gelegentlich solch ein Gebaren auf Kosten anderer: „Es wird schon gemacht, aber ich denke, die kommen dann auch zurück. Es gibt mal jemanden, da weiß man, der hat keinen guten Tag, aber man bekommt es auf alle Fälle wieder zurück. Bei manchen muss man halt aufpassen, wie die es dann auffassen“ (S. 5).

Alle Pflegekräfte können mit ihren KollegInnen lachen (B24) und bestätigen dies, nur Anita schränkt ein, dass es "nicht so viel" (S. 5) ist. Fiona ergänzt diesbezüglich, sie lacht nur "mit manchen", da "mit den Älteren das immer etwas schwierig ist" (S. 5).

Dieser im weitesten Sinne humoristische Graben setzt sich auch im Antwortverhalten zu Frage A7 fort. Hier wurde nach Personen gefragt, die häufiger für Spaß im Arbeitsalltag

sorgen. Während Beate (S. 7) lediglich ein paar Initiatoren beziffert, Christian (S. 6) hingegen alle MitarbeiterInnen nennt, sehen Fiona, Dora und Anita (alle S. 6) vor allem die jüngeren KollegInnen mit Witz und Spaß in der Arbeit. Bei den Jüngeren wird ein anderes Humorverständnis konstatiert, welches auch öfter untereinander gepflegt wird: „Die jungen Leute sind schon eine Gruppe, die machen das gegenseitig so“ (Dora, S. 6). Anita meint auf die Nachfrage, ob dies stört: "Es geht schon“ (S. 6).

Humor und daraus resultierender Spaß ist nur in eingeschränktem Ausmaß innerhalb des Teams existent und wenn doch, dann meist mehr innerhalb eines Kreises von jüngeren KollegInnen („So vier ganz junge Leute“; Anita, S. 6). Festzuhalten sind auch vereinzelte Scherze auf Kosten anderer, jedoch ohne die betroffene Person vorsätzlich und verletzend herabzusetzen. Dennoch fassen nicht alle MitarbeiterInnen ein derartiges Verhalten positiv bzw. humorvoll auf. In diesem Kontext zeigt sich die Variable Alter von Bedeutung, Hinweise auf eine ethnische Dimension sind nicht zu finden.

Kommunikationsverständnis

Auf der Verständigungsebene äußern alle einheimischen Pflegepersonen bestehende Schwierigkeiten (A4): vor allem verursacht durch den niederbayrischen Dialekt. Die Nachteile im Arbeitsprozess werden dementsprechend mehr durch die allochthone Seite ausgelöst, wobei die Einheimischen einen zusätzlichen Energie- und Zeitaufwand zur Klärung der Alltagsprozesse einkalkulieren müssen.

Fiona konstatiert ein vermehrtes Studium und Nachlesen in der Pflegedokumentation, um Informationen zu erlangen: „Bevor ich da dann zu diskutieren anfang, sehe ich lieber einfach nach“ (S. 6). Beate verteidigt sich für die mundartliche Kommunikation: "Wir haben unseren Dialekt, du redest ja nicht immer nach der Schrift. Ich meine, wir sind hier in Niederbayern und so. Aber die [ausländischen Pflegenden d. A.] verstehen schon ganz andere Sachen" (S. 6). Christian äußert sich ähnlich: "So hochdeutsch-bayrische Übergaben sind schon schwierig [...] und ich als Urbayer tue mich da schon manchmal schwer" (S. 6). Gesteht er als dialektgeprägter Sender von Nachrichten eine Mitschuld ein, so sieht er aber auch ein Versagen auf der decodierenden Seite: „Das Problem bei ihr [einer Kollegin mit Migrationshintergrund, d. A.] ist einfach, dass sie manchmal nicht nachfragt [...]. Ich frage dann halt immer, ob sie etwas nicht verstanden hat und fordere sie auf, nachzufragen. Ich weiß ja nicht, was sie versteht und was

nicht. Sie ist eine herzensgute Frau, aber das muss ich ihr ankleiden."

Die Pflegekräfte mit Migrationshintergrund sehen die Kommunikationsprozesse weniger problematisch. Sie verstehen alle Äußerungen ihrer deutschsprachigen KollegInnen und klären Unklarheiten und Verständniskorrekturen durch Nachfragen. „Wenn ich etwas nicht verstehe, sage ich `Stopp, noch mal`“ (Anita, S. 6) oder eigenes Wiederholen des Gesagten. Dora, S. 5: „Wenn meine Kolleginnen Schwierigkeiten mit mir haben, dann versuche ich immer zweimal anders. Ich habe noch nie erlebt, dass ich mich mit einer Verwandtschaft von einem Bewohner nicht verständlich gemacht habe. Aber wenn ich sehe, dass mich jemand nicht versteht, probiere ich es mit anderen Wörtern. Und dann geht es schon, obwohl ich nicht richtig deutsch kann“. Auch Bitten um eine erneute Wiedergabe in Hochdeutsch dienen der Verständigung.

Missverständnisse als Resultat dieser gestörten Kommunikationswege bestätigen alle GesprächspartnerInnen (A6). Die autochthonen Beschäftigten sehen nachfolgende Klärungsprozesse, die zu Zeitverlusten (Beate, S. 6), aber auch zu Informationsdefiziten auf beiden Seiten führen, kritisch. „Wenn eine Übergabe gemacht wird, ist das schwierig. Die stehen dann einfach da und wissen gar nicht, dass darüber gesprochen wurde. Die verstehen einfach die Sprache nicht und fragen dann aber auch nicht nach. Und durch das geht einfach viel in der Übergabe verloren. Die verstehen einfach nicht. Und man kann ja auch nicht immer nachfragen, `hast du das verstanden`, da kommt man sich ja auch blöd vor. Ich möchte das aber jetzt nicht auf alle ausdehnen, es sind einfach nur ein paar" (Fiona S. 5). Sie ergänzt auf Nachfrage aber: "Wir reden eigentlich schon hochdeutsch." Beate spricht in diesem Kontext noch ihre beeinträchtigte Gemütslage an. „Und hinten nach, wenn etwas schon ewig her ist, dann sitzt die immer noch da und kommt mit dem alten Schmarrn daher, das man schon vor einer Stunde gesagt hat, [...] das kann schon manchmal nerven" (S. 6).

Die aus Rumänien stammende Dora führt manchmal fehlende Geduld bei Gesprächen auf einheimischer Seite an: „Ich frage immer nach, auch zweimal. Und die KollegInnen haben auch Geduld mit mir – eine oder zwei aber nicht. Die antworten halt nicht“ (S. 6). Auch die beiden Schwestern bestätigen die Missverständnisse und die daraus entstehenden Folgeprozesse: „Bei Übergabe oder Besprechungen habe ich auch nicht immer alles mitbekommen. Dann gehe ich zur Stationsleitung und frage, ob er mir das nochmals erklärt. Nach der Erklärung geht das dann schon“ (Anita, S. 5).

Auf die Frage, ob dies auch zu Konflikten im Team führen kann (A9), antworten alle Befragten einheitlich mit "nein". Fiona sieht in den sprachlichen Verständigungsschwie-

rigkeiten eher ein Konfliktpotenzial für die Beziehung zwischen einer ausländischen Pflegekraft und den einheimischen BewohnerInnen: „Ich denke mit den alten Menschen schon. Weil die verstehen die ja dann auch nicht so. Und irgendwann geben sie es dann auf. Weil eigentlich müssten die sie ja verstehen oder die reden total aneinander vorbei“ (S. 6).

Auf die Frage, die ausschließlich den einheimischen GesprächspartnerInnen gestellt wird, ob die ausländischen Pflegekräfte bei ihrer Kommunikation mit externen Personen Unterstützung benötigen (A8), äußert Fiona: „Manche schon. Obwohl eigentlich alle denken, dass nicht.“ (S. 7). Die Betroffenen würden sich dies jedoch nicht eingestehen, was zu Informationsverlusten oder nicht notwendigen Arbeiten führt. „Es wird total überflüssig ein Arzt anrufen, obwohl zuerst schon besprochen wurde, dass man da keinen braucht. Aber da wird dann doch angerufen oder so Sachen“ (Fiona, S. 7). Beate (S. 6) stimmt dem partiell zu, teilweise entstehen auch keine Hilfssituationen. Die Leitung (S. 6) sieht dies unproblematisch, da über Zusammenarbeit oder dem Gebrauch von entsprechenden Dokumentationssystemen ein Austausch störungsfrei ermöglicht wird.

Subkommunikation

Der Faktor Subkommunikation (A3) stört alle deutschen Pflegekräfte. Es kommt vor, dass eine fremde Sprache gesprochen wird und es entstehen Bedenken „die können uns jetzt voll ausrichten, weil wir verstehen ja nichts“ (Fiona, S. 6; ähnlich Christian, S. 6). Beate (S. 6) schränkt dies aber auf seltene Situationen ein. Die beiden Schwestern (Anita, S. 6; Erika, S. 5) geben zu, untereinander russisch zu kommunizieren, was auch von Dora (S. 6) aus Rumänien bestätigt wird. Sie erklären, dass sie dies aber nur praktizieren, wenn keine deutschen KollegInnen oder BewohnerInnen anwesend sind. „Andere Sprache kann nur ich mit meiner Schwester. Und das machen wir auch nicht, weil die Leute nicht wissen, was wir reden. Wenn etwas ganz schnell zu erledigen ist, dann sprechen wir schon eigene Sprache. Ansonsten nicht. Ich kann die Leute verstehen, wenn sie meinen, dass wir von Ihnen reden“ (Erika, S. 5). Somit drückt sie Verständnis für die Bedenken der Einheimischen aus.

Umgekehrt beurteilen alle drei Pflegenden mit Migrationshintergrund den bayrischen Dialekt als Subkommunikation, der vom Schriftdeutsch zum Teil erheblich differiert und zu nachfolgendem Klärungsbedarf führt. „In letzter Zeit war es schon so, dass hochdeutsch geredet wurde. Wer nicht kann, dann musst du mehrmals sagen, dann ver-

stehst du trotzdem“ (Erika, S. 5). Dora führt diesbezüglich an: „In der Arbeit sprechen wir alle deutsch.“ Es kommt aber auch vor, dass einzelne KollegInnen häufig in bayrisch sprechen: „Ja, bayrisch...Ich sage immer, sie sollen etwas gründlich in deutsch sprechen. Da lachen dann immer alle. Es stört mich nicht, aber ich verstehe es nicht. Die sollen schon deutlich reden. Ich verstehe auch bayrisch, wenn deutlich geredet wird. Aber hohoho, dann kommt nichts“ (Dora, S. 5).

Die gestörten Kommunikationsprozesse beeinträchtigen das interethnische Beziehungsgeflecht. Auf Seiten der einheimischen Beschäftigten besteht teilweise eine eingeschränkte Bereitschaft zu einer hochdeutschen Konversation, was aber die Dekodierung auf allochthoner Seite erleichtern bzw. erhöhen würde. Das geringe Entgegenkommen der Einheimischen bezüglich einer Vermeidung des Dialektes kann als ein Symbol der Ur-Überzeugung des Bayrischen selbst (im Sinne des allegorischen Ausspruchs: "Wir sind wir und uns kann keiner was") interpretiert werden. Es scheint auch mitunter ein Verständnis dahingehend vorzuherrschen, dass die Personen, die aus fremden Ländern kommen, sich auch sprachlich an den niederbayrischen Dialekt anzupassen haben (zumindest auf der Verständnisebene).

Eine derartige Überzeugung lässt sich u. U. von den Aussagen der 61-jährigen Beate ableiten: „Das ist eigentlich schon ein Problem, das muss ich schon sagen. Sie verstehen uns so schlecht, so schwer. Wir haben unseren Dialekt, du redest ja nicht immer nach der Schrift. Ich meine, wir sind hier in Niederbayern und so“ (S. 6). Das autochthone Personal zeigt sich regional tief verwurzelt, die Lage des Ortes ist im ländlichen Niederbayern und die Umgebung dünn besiedelt. Die hochdeutsche Sprache und deren Anwendung scheinen hier nur wenig verbreitet zu sein. Dieses Verhalten könnte auf sprachlicher Ebene als Geringschätzung und Ignoranz gegenüber den ausländischen Pflegenden gewertet werden. Das Problem wird von den Einheimischen bei den Pflegekräften mit Migrationshintergrund gesehen, nicht in der Verwendung des Dialekts. Die jüngeren deutschen Befragten räumen allerdings ansatzweise den Versuch ein, hochdeutsch zu kommunizieren. Die Stationsleitung dazu: „Es kommt heute noch eine Dame [zum Interview d. A.], mit der muss ich immer hochdeutsch sprechen. Und ich als Urbayer tue mich da schon manchmal schwer, so dass in den Übergaben die Kollegen schon meinen, was ich da wieder sage. Aber das Hochdeutsch ist halt für die Mitarbeiterin. Sie ist zwar schon lange hier, tut sich aber immer noch sehr schwer“ (S. 6). Daraus lässt sich ableiten, dass die Umstellung zur hochdeutschen Sprache für einige nieder-

bayrische Pflegende mit einer Anstrengung verbunden ist, denn „so hochdeutsch-bayrische Übergaben sind schon schwierig.“ Die jüngeren einheimischen Pflegepersonen scheinen jedoch ansatzweise gewillt, vermehrt in Hochdeutsch zu sprechen. „Wir reden eigentlich schon hochdeutsch“ (die 24-jährige Fiona, S. 5).

Diese mangelnde Disziplin zu einer breit verständlichen Kommunikation generiert zusätzliche Probleme bei den ausländischen KollegInnen. Zum einen bestehen bei ihnen immer noch sprachliche Defizite, wie Dora selbst einräumt, die seit zwölf Jahren in Deutschland lebt: „Ich nehme mir immer vor, jetzt musst du deutsch lernen. Aber immer gibt es die Grammatikregeln, da musst du das Wort schon von Anfang an richtig lernen mit der, die, das. Und das ist schwer für mich. Oft mache ich ohne der, die, das“ (S. 5). Zum anderen addieren sich die Verständnisschwierigkeiten, die aus der Verwendung des bayrischen Dialekts resultieren. Auf allochthoner Seite sind die Pflegenden vermehrt auf Nachfragen oder Wiederholungen angewiesen, um eventuelle Missverständnisse oder Fehlhandlungen zu vermeiden. Diese Decodierungsanstrengungen bündeln auf beiden Seiten Zeit und Geduld. Bei einigen einheimischen MitarbeiterInnen lässt sich ableiten, dass sie von diesen permanenten, ausufernden Klärungsversuchen teilweise genervt sind und sie ihre Auskunftsbereitschaft reduzieren („Die antworten halt nicht“; Dora S. 6). Als Folge fragen die betroffenen ausländischen KollegInnen weniger nach und nehmen somit Fehlhandlungen oder Unterlassungen in Kauf. Dies wiederum ruft teilweise Unmut bei den deutschen Pflegekräften hervor.

Zusätzlich ergeben sich aus der mitunter defizitären Sprachkompetenz überflüssige Arbeitsschritte (z. B. externe Telefonate mit Arztpraxen) oder ein zusätzlicher Unterstützungsbedarf für die einheimischen Pflegenden, wenn sie vereinzelt ihren ausländischen KollegInnen helfen.

Christian als Stationsleiter sieht durchaus auch die Schwierigkeiten, denen die allochthonen MitarbeiterInnen ausgesetzt sind: „Die haben es auch nicht leicht hier. Uns ginge es woanders im Ausland auch nicht besser. Das darf man nicht vergessen“ (S. 6). Letztendlich sieht sich aber auch er etwas ratlos: „Das mit der Sprache, mei, das ist halt so eine Sache“ (S. 7). Für die Pflegepersonen mit Zuwanderungsgeschichte ist die Beeinträchtigung leicht zu lösen: „Wenn alle deutsch reden, dann geht das“ (Anita, S. 8). So besteht die Gefahr, dass durch diese Kommunikationserschwerisse eine Distanz zwischen den beiden Gruppen resultiert.

Die Kommunikation in Team B zeigt sich durch den bevorzugten Gebrauch des

regional typischen Dialekte und den z. T. eingeschränkten Sprachfähigkeiten auf Seiten der zugewanderten Pflegekräfte beeinträchtigt. Diese Problematik scheint negative Konsequenzen für die Arbeitsprozesse und das interethnische Beziehungsgeflecht zu haben. Witze bzw. Scherze und Spaß sind unabhängig von multiethnischen Zugehörigkeiten, es findet keine ethnische Polarisierung statt, vielmehr zeigt sich das unterschiedliche Verständnis in Abhängigkeit vom Alter der Pflegepersonen. Aber auch durch ein vermindertes Maß an Humor oder an gemeinsamen Lachen geht ein Verbindungsstück zwischen den Gruppenmitgliedern verloren. Dies auch in Anbetracht der schon dargestellten diversen Funktionen von Humor (Hirsch 2007).

Kooperation

Reziprozität

Um die Wechselseitigkeit zu prüfen, wird nach dem *Procedere* gefragt, das bei einer krankheitsbedingten Abwesenheit einer im Dienstplan vorgesehenen Pflegekraft eingeleitet wird. Alle sechs InterviewpartnerInnen sehen überwiegend das Einspringen einer dienstfreien Pflegekraft als das Mittel der Wahl an. Und alle bestätigen eine vorhandene Bereitschaft bei den Pflegekräften, so dass dieses Anruf-Einspring-System bei allen funktioniert und vorbehaltlos klappt (B7). Als Beleg dient u. a. die Aussage von Dora: „Es ist auch schon passiert, dass ich um drei Uhr nachts angerufen habe und die ist schon gekommen. Aber die beschweren sich nicht“ (S. 2).

Auf die anschließende Frage nach Pflegekräften, die öfters durch Krankheit abwesend sind (B8), sieht Beate (S. 2) diesen Sachverhalt bei den Jüngeren gegeben. Fiona (S. 2) als jüngere Kraft verneint derartige Vorfälle generell, ebenso wie Erika (S. 2). Dora (S. 2) äußert sich nicht offen dazu, Anita (S. 2) berichtet von einem längeren Krankenhaus-Aufenthalt einer Kollegin und Christian als Leiter sieht ebenso Fälle, in denen die jüngeren Kräfte öfters fehlen. "Das sorgt schon für Probleme. So ein junger Mensch und so oft krank. Aber so Diskussionen gehören dazu" (S. 2).

Die Frage nach egoistischen Tendenzen im Team (B6) beantwortet die einheimische Gesprächsklientel einhellig bejahend. Beate meint, dass manche "meinen, die können alles besser" (S. 2). Fiona bewertet dies diametral, wenn sie gelegentlichen Neid auf gute schulische Noten respektive das erworbene Wissen wahrnimmt, woraus ein Stolz resultiert, der die entsprechenden Personen hindert, nach Hilfe zu fragen: „Leute die neidisch sind, wenn sie etwas nicht wissen, die fragen dann auch nicht danach, weil es

könnte ja sein, dass das dann blöd ist für denjenigen“ (S. 1). Aber auf Nachfrage ordnet sie diese mit der Frage nach Egoismus assoziierte Wahrnehmung keiner bestimmten Gruppe zu. Die Stationsleitung (S. 2) bestätigt egoistische Pflegekräfte, die er dann zusätzlich mit speziellen Aufgaben noch fördert, um den anderen Mitgliedern einen Anreiz zu geben, Gleiches zu leisten. Erika (S. 2) hingegen verneint Egoismus und es stört sie auch nicht, wenn "gescheiter" geredet wird. Dora (S. 1) bejaht egoistische Handlungsweisen, was sie aber nicht stört.

Befragt, ob sich die Beschäftigten helfen lassen oder dies eher vermeiden (B9), antworten alle positiv, d. h. wechselseitige Hilfen und Unterstützung finden statt. Einerseits wird dies mit der Vorgabe des Stationsleiters (S. 2) begründet, nach der bei schweren bzw. aufwändigen BewohnerInnen stets zu kooperieren ist, um gesundheitlichen Schädigungen durch die Arbeit vorzubeugen. Andererseits wird die Teamarbeit betont: "Wir sind ja ein Team. Die eine ist auf die andere angewiesen" (Beate, S. 2). Lediglich Fiona und Dora (beide S. 2) verweisen auf einzelne Fälle, wo Hilfeleistungen abgelehnt wurden. „Es gibt schon eine oder zwei, die sagen schon, ich schaffe meine Gruppe alleine. Aber generell helfen wir uns schon gegenseitig. Ich brauche Hilfe wenn z.B. ein Arzt kommt oder ein Unfall ist. Dann bin ich froh, wenn jemand da ist und mir hilft“ (Dora, S. 2).

Analog herrscht Einigkeit darüber, dass allen MitarbeiterInnen im Team geholfen wird (E10), wobei einige dies davon abhängig machen, ob ein Ersuchen um Hilfe geäußert wird (Fiona, S. 10: „Wenn er was sagt“; ähnlich Anita, S. 9).

Ebenso bestätigen alle, dass jeder im Team auch Hilfe benötigt (E13).

Trotz selbstbezogener Tendenzen von Einzelpersonen im Team, funktioniert die Aufgabe des Teams, die Pflege bzw. Versorgung der BewohnerInnen gemeinsam aufrecht zu erhalten. Die Bereitschaft dazu ist im Team deutlich vorhanden, was sich am krankheitsbedingtem Einspringen oder der gegenseitigen Unterstützung während einer Schicht ablesen lässt. In Einzelfällen, z. B. bei jüngeren und älteren KollegInnen, ist dieses (teilweise freiwillige, teilweise durch die Vorgabe der Stationsleitung zwanghafte) Engagement situationsspezifisch zu diskutieren. Hilfsleistungen und Krankheitshäufigkeiten sind unabhängig von Ethnizität bzw. Herkunft, hier scheint wiederum teilweise eher das Alter ein damit in Verbindung stehendes Kriterium zu sein.

Vertrauen

Die Verlässlichkeit der MitarbeiterInnen wird unterschiedlich bewertet (B3). Auf einheimischer Seite verlässt sich die Leitung auf alle, Beate auf „90 Prozent“ des Teams und Fiona nur auf manche Pflegekräfte (alle S. 1). Dies liegt daran, dass manche ungern jemand helfen, wenn sie selbst Arbeit haben: „Es gibt ein paar, die sind gestört bei der Arbeit, wenn man sie unbedingt braucht. Aber es hilft dann nicht“ (Fiona, S. 1). Die Pflegekräfte mit Migrationshintergrund sehen einen hohen Grad an Zuverlässigkeit im Team, nur Dora (S. 1) gibt eine Kollegin als Ausnahme an.

Dem schließen sich auch differente Antworten auf die Frage nach Vertrauen bzw. Misstrauen an (B4). Beate als ältere Pflegekraft vertraut den jungen MitarbeiterInnen nicht, wenn sie sagt: „Die sind frisch von der Schule und jung und tragen den Kopf schon hoch - meinen sie sind etwas Besseres und sie können alles besser, nur weil ich die Schule vor acht oder neun Jahren gemacht habe. Sicher gibt es immer wieder Neues, das ist ja ganz klar. Im Endeffekt muss ja alles gleich gearbeitet werden, das ist keine große Sache“ (S. 1). Fiona mit ihren 24 Jahren begegnet allen mit Misstrauen: „Es sind schon Medikamentenfehler aufgetreten und von dem her bin ich eher misstrauisch und mache meine Arbeit selbst. Dann weiß ich, dass alles passt“ (S. 1). Die vier weiteren InterviewpartnerInnen hegen hingegen gegenüber allen KollegInnen Vertrauen, wobei Dora das Vertrauen im Team auf die fachliche Ebene beschränkt: „Es gibt einen Unterschied zwischen den Deutschen und uns. Wir vertrauen [im Team d. A.] fachlich schon, aber privat nicht. Hier ist schon ein Unterschied. Ich sehe das z.B. in der Pause. Die anderen reden überhaupt nichts über Privates und dann rede ich auch nicht“ (S. 1).

Die Frage B11 nach der freien Meinungsäußerung beantworten sämtliche GesprächsteilnehmerInnen mit ja, wobei Christian (S. 3) und Fiona der Meinung sind, dass nicht jede dies auch tut, „damit man nicht sagen kann, was regt die sich schon wieder auf“ (Fiona S. 2). Erika stellt trotz aller möglichen Offenheit aber auch Gerüchte hinter dem Rücken fest: „Es wird hinten gesagt, nicht vorne rum beschwert“ (S. 2).

Die Möglichkeit mit den KollegInnen über Gefühle zu sprechen, wird eher verneint (B18). Alle drei deutschen Befragten sehen dies als nicht gegeben, was mit fehlender Zeit begründet wird: „Schlecht wäre das manchmal nicht, aber es ist keine Zeit dafür“ (Christian, S. 4). Fiona sieht höchstens kleinere Privatgespräche mit einem individuell begrenzten Adressatenkreis möglich (S. 4) und Beate schließt daraus für sich: "Man muss schon selber damit fertig werden, mit dem was anfällt. Wenn man schwierige Bewohner hat, wenn Bewohner über lange Zeit starke Schmerzen haben oder wenn jemand

MS [Multiple Sklerose d. A.] hat oder verstorben ist. Da hat man schon zu knabbern [...]“ (S. 4). Auf der Seite der Befragten mit Migrationshintergrund bestätigt Erika die wenigen privaten Gespräche, was sie auf die Zurückhaltung der Einheimischen zurückführt. „Die Deutschen sind sowieso sehr zurückhaltend, die reden nicht. Die erste Zeit, da war für mehrere schon interessant, woher du kommst und was und warum. Keiner hat versucht, das zu trennen. [...] Jetzt habe ich erzählt, was ich erzählen sollte. Jetzt interessiert es sie nicht mehr, meiner Meinung nach“ (S. 3). Ihre Schwester ist der Meinung, dass schon geredet werden kann, aber sie trennt Privates und Arbeit: „Es gibt Leute, die sagen alles und das finde ich nicht so toll. [...] Ich sage z.B. nichts. Ich höre nur zu und sage wenig. Wenn es viele Gespräche gibt, o.k., dann sage ich auch etwas. Aber so bringe ich nichts von zuhause mit“ (S. 3).

Die Beziehungen zwischen den Teammitgliedern bewegen sich auf einer formalen Ebene. Nach den Aussagen der Befragten finden in den Gesprächen meist nur arbeits- und berufsbezogene Themen Einzug. Da überwiegend keine Bereitschaft im Team vorhanden ist, Privates preiszugeben, werden auch individuelle Tendenzen zu solchen Gesprächen (z. B. bei Dora) unterdrückt. Von den Pflegenden mit Migrationshintergrund werden hierfür aber hauptsächlich die einheimischen KollegInnen verantwortlich gemacht: diese würden nicht über Privates im Team reden (so Erika, Dora). Umgekehrt räumt aber auch eine ausländische Pflegekraft ein, dass sie Privates von Beruflichem trennt und so keinen Bedarf an persönlichen Gesprächen im Team sieht. Es besteht allgemein nur geringes Interesse an der Biografie oder der psychisch-emotionalen Verfassung von KollegInnen. Die Verlässlichkeit und das Zutrauen scheinen sich somit ausschließlich auf die Arbeitsebene zu beziehen, wobei die ethnische Herkunft keinen Einfluss nimmt, denn alle Teammitglieder deuten diesbezüglich eine undifferenzierte bzw. generelle Zurückhaltung an.

Unterstützung

Bei Problemen finden alle sechs Befragten eine AnsprechpartnerIn im Team (D8), wobei meist die Stationsleitung favorisiert wird. Christian selbst sieht sich auch nicht allein: „Wenn ich mich selber nicht mehr aus weiß, dann kann das auch ein Helfer sein oder jemand anderes. Das kann jeder sein. Und wenn mir die nicht helfen können, dann der Chef“ (S. 13).

Frage B25 klärt, in wie weit sich schon einmal eine KollegIn verletzt hat, weil sie keine kollegiale Hilfe in Anspruch genommen hat. Die einheimischen Beschäftigten bestätigen unisono einen Fall, als eventuelle Gründe werden ein schnelleres Arbeiten allein (Fiona, S. 5) und der Drang, sich selbst etwas zu beweisen, genannt: „Die wusste, dass genügend Personal vorhanden war und ist selber schuld. Wahrscheinlich weil sie sich etwas beweisen wollte“ (Christian, S. 4). Die KollegInnen mit Migrationshintergrund wissen kein aktuelles Beispiel zu berichten, denken aber, dass öfters keine Assistenz geholt wird: „Es gibt schon Kolleginnen, die heben alleine und dann haben sie Kreuzweh. Das habe ich auch schon oft gemacht. Manchmal ist es zu eilig oder man ist zu faul oder die andere ist alleine auf Station. Dann schaust du alleine. Und dann auf Dauer kommen zwar keine Verletzungen, aber Schmerzen – Kreuzweh oder Rückenschmerzen“ (Dora, S. 4).

Für den Fall, dass eine MitarbeiterIn etwas nicht weiß (B21), äußern alle Befragten die Möglichkeit von Gesprächen oder Demonstrationen, um ein Defizit zu beseitigen. Anita (S. 4) erzählt einen Vorfall in ihrer Einarbeitungszeit, als sie von einer Kollegin geschimpft wurde, nachdem sie aufgrund widersprüchlicher Anweisungen falsch gehandelt hatte. Sie brach bei dieser Situation in Tränen aus, im Folgenden wurde der Vorfall aber nachhaltig geklärt (zwischen den Beteiligten).

Die instrumentelle (konkrete Hilfestellungen) und informative (verbale Hinweise) Unterstützung besteht m. E. im Team, auf eine emotionale Komponente ist nicht zu schließen. Vorhandene Unterstützung wird mitunter trotz des Wissens darum nicht immer eingefordert. Als mögliche Gründe werden aber situative Besonderheiten (alleine arbeiten, Eile) oder persönliche Gründe (Faulheit, Sich-etwas-beweisen-wollen) angeführt, ein Rückschluss auf interethnische Konstellationen, die eine Unterstützung beeinträchtigen, lässt sich nicht anstellen. Bei Problemsituationen oder Defiziten ist ein Angebot an Hilfe vorhanden, in wie weit es abgerufen wird entscheiden die einzelnen Pflegenden selbst.

Leistung

Beide gegenüber postierten Gruppen betonen, dass im jeweiligen Vergleich zueinander, keine ein Mehr an Arbeit zu verrichten hat (F5).

Die einheimischen Pflegekräfte antworten auf die Frage F8 (Was fehlt ausländischen Pflegekräften Ihrer Meinung nach bei der Arbeit im Altenheim?) einhellig, dass die de-

fizitären Deutschkenntnisse problematisch sind. So z. B. Fiona: „Auf unserer Station einfach das Deutsch. Ich sehe das als großes Problem“ (S. 8). Umgekehrt sehen die Pflegekräfte mit Migrationshintergrund den zwischenmenschlichen Bereich im Team generell unterrepräsentiert. Dazu Anita: „Bei manchen [fehlt d. A.] Wärme und Ehrlichkeit. Aber das kann man nicht nur auf Deutsche beziehen, das gibt es auch bei anderen“ (S. 8).

Für die weitere Klärung des Leistungsbereiches werden die InterviewpartnerInnen gefragt, ob die KollegInnen genau so viel leisten wie sie selbst (F1). Nur Beate geht davon aus und begründet: „Das beruht ja auf Gegenseitigkeit. Wenn ich sehe, dass eine gar nichts weiter bringt, die nur wartet, dass ihr jemand hilft, dann mag ich auch einmal nicht“ (S. 7). Erika sieht eine höhere Produktivität bei den jüngeren Kräften, denn „die Jüngeren sind schneller“ (S. 7). Der Rest spricht aber von einem weniger ausgeprägten Leistungsverhalten (Fiona, Christian, S. 7), obwohl das Potenzial da wäre. Dies führt mitunter zu Verärgerung im Team (Anita, S. 7). Der Stationsleiter (S. 7) spricht die "Drückeberger" offen an und versucht sie zu einer Steigerung zu animieren, zumal es sich nach seiner Auffassung überwiegend um jüngere Personen handelt.

Diesbezüglich antworten auch einige Befragte auf Frage B15, ob jeder die gleiche Leistung bringt, dass Unterschiede festzustellen sind. Fiona sieht bei einigen einen eingeschränkten Leistungswillen: „Es gibt gewisse Leute, wo der eine im Vergleich drei Leute wäscht und der andere sieben – das passt einfach überhaupt nicht zusammen. Aber wir haben jetzt eine Gruppeneinteilung und da haut das jetzt besser hin“ (S. 3). Christian (S. 3) macht den Unterschied am Alter und der individuellen „Arbeitseinteilung“ während einer Schicht fest. Erika bemerkt aber, „zur Zeit läuft alles wunderbar“ (S. 3). Beate und Dora (beide S. 3) sehen bei allen die gleiche Leistung, wobei Fachkräfte mehr Tätigkeiten auszuführen haben. Anita sieht erst ein gleiches Leistungsniveau, seit dem die Fluktuation im Team beendet wurde: „Am Anfang waren die Leute anders, weil viele neue Leute gekommen sind. Ständig. [Jetzt d. A.] haben wir ein Kollektiv.“

Beide Gruppen negieren einen Zusammenhang zwischen guten Deutschkenntnissen und einem impliziten Plus an Arbeit (A10). "Ich denke nicht, dass die Sprache unsere Arbeit beeinflusst. Die Arbeit wird sowieso gemacht." (Dora, S. 6)

Der Indikator Leistung wird von den MitarbeiterInnen unterschiedlich beurteilt. Nicht alle Teammitglieder scheinen sich gemäß ihren Fertigkeiten bzw. Fähigkeiten einzubringen. Die Unterschiede werden aber jeweils anders begründet und ent-

sprechende Interventionen wurden schon eingeleitet: veränderte Strukturen (neue Personalverteilung nach Bereichen), stabilere Teamzusammensetzung und Mitarbeitergespräche durch die Leitung. Deshalb wird das Team m. E. als Kollektiv gesehen: die Hilfeleistungen werden nochmals erwähnt und die sprachlichen Defizite haben keine wesentlichen Einflüsse negativer Art auf die Leistung. Bezogen auf die Gesamtleistung des Teams lassen sich keine Unterschiede festmachen, die den Faktor Herkunft beinhalten. Das zitierte Kollektiv deutet auf die gelungene Integration hin.

Ziel

Die Antworten bezüglich des eigenen Erfolges bei der Pfl egetätigkeit (D2) haben meist einen bewohnerorientierten Fokus. Das Wohl und die Zufriedenheit der BewohnerInnen symbolisieren mehrheitlich die Bestätigung für das eigene Handeln (Beate, S. 10; Christian, S. 12; Anita, S. 10). Erika und Dora (beide S. 10) wählen eine individualistischere Auslegung. Für sie ist Erfolg, wenn die Arbeit gut gemacht wurde und "wenn ich nach Hause komme, fix und fertig" (Erika, S. 11).

Befragt nach den Erfolgsdefinitionen der KollegInnen werden größtenteils gleichlautende Antworten gegeben (D3).

Auch die Antworten zu einem gemeinsamen Ziel des Teams unterscheiden sich nicht (E8). Hauptsächlich werden "eine gute Pflege" und das "Wohlfühlen der BewohnerInnen" genannt. Konkrete Zielfindungsprozesse im Team haben nicht stattgefunden, d.h. alle äußern ihre persönliche Vermutung. Die Annahmen werden aber konkret und mit Überzeugung formuliert.

Obwohl kein offizielles Gruppenziel erarbeitet bzw. dokumentiert wurde, ist der gemeinsame Antrieb bei allen zu erkennen. Die eigenen Erfolgsvorstellungen werden auf die anderen KollegInnen übertragen und unterscheiden sich auch nicht signifikant in ihrer inhaltlichen Ausrichtung. Da die pauschalen Ziele, „wenn es dem Bewohner gut geht“ (Fiona, S. 11) oder „dass die Leute, also die Bewohner und die Kollegen, zufrieden sind“ (Anita, S. 10) nicht von einer Pflegekraft allein erreicht werden können, scheint das Team trotz nicht vollzogener Verbalisierung bzw. Konkretisierung mit der gleichen Zielrichtung zu arbeiten.

Konfliktverhalten

Alle sechs Befragten verneinen, dass es je einen richtigen Streit auf der Station gegeben hat (C1). Vielmehr umschreiben sie den Terminus Konflikt mit "Meinungsverschiedenheit" (Beate, S. 7), "Unstimmigkeiten und Diskussionen" (Dora, S. 7) oder "Auseinandersetzung" (Erika, S. 6). „Da ärgert sich man zwar mal ganz kurz darüber, aber das sind jetzt keine so großartigen Sachen, wo ein Streit daraus werden kann“ (Fiona, S. 7). Als Gründe für konfliktive Prozesse werden Arbeitsmethoden (Beate, S. 6; Christian, S. 6; Erika, S. 5; Dora, S. 6), Gerüchte (Anita, S. 6) sowie Vergesslichkeit (Dora, S. 6) genannt. Erika führt zu den unterschiedlichen Arbeitsprozessen aus: „Zum Beispiel sagen die einen, den Bewohner tun wir raus zum duschen oder baden und die anderen sagen nein. Den tun wir nicht raus, der bricht sich was oder der hat Angst. Das wird von den einen so und von den anderen so gemacht. Auseinandersetzungen schon. Aber keinen Streit“ (S. 5).

Christian sieht Reibungen zwischen den verschiedenen Generationen im Team, wenn er sagt: „Ein Alt-und-Jung-Konflikt einfach. Die Alten sehen das so, die Jungen sehen das so. Und von der Arbeitsweise her sind die Jüngeren halt schneller wie die Alten, die machen manches so, die Anderen so“ (S. 6).

Die meisten ProbandInnen sehen Gespräche als Lösungsweg (C5), wobei diese "nicht weltbewegend" (Beate), "sachlich" (Fiona) und "offen" (Erika, Christian) geführt werden (C3). Anita und Dora sehen jedoch die Gefahr, dass manche Betroffenen auch hinter dem Rücken über jemanden reden (alle S. 6). Diese Gerüchte bzw. dieses Reden über eine Person, die nicht anwesend ist, wurde schon vermehrt im Team erwähnt (Fiona, S. 4; Christian, S. 3; Dora, S. 3; Anita, S. 7).

Daraus ergeben sich als Folge (C4) Gerüchte oder "dass da jetzt praktisch der Wurm drinnen ist" (Christian, S. 6). Eine andere Folge ist Schweigen (Anita, S. 6: „Man redet dann nicht miteinander“) oder der Gang zur Pflegedienstleitung (Dora, S. 6). Den letzten Schritt hat eine jüngere Kollegin vollzogen, was Dora bestätigt: „Ich kenne eine einzige, die sich immer beschwert. Das ist eine aus dem ganzen Team. Aber sie sagt das nicht, wenn wir alle zusammen sprechen. Eher so hintenrum, da wird etwas kommentiert oder so. Aber richtigen Streit – nein. Die hat vielleicht schon mal mit PDL gesprochen oder die geht selber zu ihr und spricht mal mit ihr“ (S. 6).

Mehrmals wird geäußert, dass die Zeit ein Kriterium zur Beendigung eines Konfliktes darstellt, da sich die Situation bzw. die Atmosphäre relativieren (Fiona, S. 7; Christian, S. 6) – „somit vergeht das nach einer Zeit wieder“ (Anita, S. 6). Beschimpfungen oder

„das jemand schreit“ (Anita, S. 6) wurde bisher noch von niemandem beobachtet.

Die Frage nach dem Begriff Supervision weiß lediglich Dora (S. 11) inhaltlich zuzuordnen, allen anderen ist er unbekannt. Als eventuelles schon herangezogenes Instrument zur Lösung eines Konfliktes scheidet er somit für den bisherigen Stationsalltag aus (D7).

Die Bewertung der Aussage "wenn sich alle integrieren, kommt es zu keinem Streit" erfolgt wiederum einheitlich (C6). Alle werten den Inhalt als falsch, da Meinungsverschiedenheiten durch die Gruppengröße (Beate, S. 6) und die verschiedenen Charaktere (Erika, Anita; beide S. 6) per se entstehen. "Weil Konflikte irgendwie dazugehören. Das Ganze ist dann schon irgendwie lebhafter, das muss ja nicht negativ sein" (Christian, S. 6). Die Bewertung von Dora (S. 6), „dass nur die bleiben, die sich integrieren, die sich unterordnen", kann als Indiz zu konformen Verhalten gewertet werden.

Die intergenerativen Spannungen im Team werden von der Stationsleitung erneut verbalisiert. Schwerwiegende Streitigkeiten, und das betonen alle Mitglieder, sind im multiethnischen Team jedoch nicht vorhanden, lediglich Diskussionen v. a. über divergierende Arbeitsweisen werden eingeräumt. Hier prallen Traditionswissen, Erfahrung und aktuelles Schulwissen aufeinander. Vorhandene Unstimmigkeiten werden entweder aktiv gelöst (reden, Einbeziehen der Stations- bzw. Pflegedienstleitung) oder passiv einer Klärung zugeführt (Gerüchte, Intensitätsverlust durch den Faktor Zeit). Auch in diesem Kontext wird mehrfach das „Gerede hintenrum“ erwähnt, was gegen eine offene Kommunikationskultur spricht. Somit bleibt zu konstatieren, dass Verstimmungen etc. im Team vorhanden sind, jedoch losgelöst von der ethnischen Herkunft der Teammitglieder entstehen.

Kohäsion

Die Frage nach Subgruppen-Konstellationen beantworten nahezu alle mit einer Aufteilung in alt und jung (E1). Die 55-jährige Dora: „Die Jungen halt. Von den Älteren gibt es vielleicht zwei, drei, die eine Gruppe machen“ (S. 8). Und Erika ergänzt: „Die Jüngeren haben andere Sprache als die Älteren. Ich kann schon verstehen, dass die Spaß machen und lachen und was weiß ich“ (S. 9). Lediglich Anita (S. 9) sieht keine spezifischen Zusammenschlüsse bei ihren KollegInnen.

Tendenzen zu Einzelgängertum bestätigen ebenfalls einige der Befragten (E2). Beate stellt klar: „Es gibt immer Abseiler. Ich denke, dass das nicht groß die Arbeit betrifft,

aber so die Kontakte schon“ (S. 9). Christian erwähnt eine Mitarbeiterin die sich krankheitsbedingt etwas im Team zurückzieht: „Die mit den Depressionen zieht sich sehr zurück, das ist so ihre Art“ (S. 11).

Keine Pflegekraft kann sich vorstellen, dass es eine KollegIn im Team gibt, der sie nicht helfen würde (E12). "Im Grunde helfen wir einem jeden [...]. Da wird jetzt kein Unterschied gemacht" (Beate, S. 10).

Die Anwesenheit von Angehörigen, Ärzten oder Physiotherapeuten wird tendenziell eher negativ bewertet (E7). Anita (S. 9) sieht als Helferin keinerlei Störungen für sich, da sie alle Gespräche auf die Fachkräfte abwälzt. Dora und Erika (S. 9) sehen den Zeitverlust, der aus diesen Besuchen resultiert, als störend: „Die wollen mit uns reden und nehmen uns Zeit. Ich nehme mir zwar die Zeit, aber die fehlt dann bei der Arbeit. [Das ist d. A.] manchmal schlecht für uns“ (Dora, S. 9). Erika zeigt sich gelegentlich vorsätzlich etwas unbedarft, um weniger Gesprächen ausgesetzt zu sein: „Und manchmal stellt man sich auch etwas dümmer, weil es nicht anders geht“ (S. 9). Teilweise werden auch einige Angehörige und deren Kritik (Beate, S. 9; Christian, S. 11) sowie (situationsbezogen) Ärzte (Fiona, S. 10) als lästig empfunden. „Kostet viel Zeit, stört schon. Kommt ein Arzt und du hast gerade so viel zu tun“ (Erika, S. 9)

Als Gemeinsamkeit mit allen KollegInnen äußern Beate, Erika, Dora und Anita (S. 9) schlicht die Arbeit (E5). Während Christian (S. 10) „das Menschliche“ betont, erklärt Fiona: „Ich hoffe doch nichts“ (S. 9) – sie möchte keinerlei Gemeinsamkeiten mit ihren KollegInnen bei sich wahrnehmen, was u. U. als erneute Abgrenzung zu den älteren Pflegekräften interpretiert werden kann.

Die Bedeutung der Gruppenmitgliedschaft fällt unterschiedlich aus (E3). Nach langer Überlegung meint Fiona (S. 9), dass ihr die Mitgliedschaft "nicht wichtig" ist, weil sie ausschließlich für die BewohnerInnen da ist. Christian (S. 10) und Anita (S. 8) sehen die Mitgliedschaft als wichtig und von großer Bedeutung an. Und Beate (S. 10) sowie Erika (S. 9) stellen das Team in den Vordergrund, das ein "normales, gutes Team" ist, wo schon ein Miteinander-Auskommen gegeben ist. Die persönliche Einschätzung von Dora lautet: "Alles. Für mich ist Einheit alles. [...] Ich bin froh, im Team zu sein und im Team aufgenommen zu sein, [oder, d.A.] wenn jemand sagt, ich freue mich, dass ich heute mit dir arbeite" (S. 9).

Der Zusammenhalt des Teams ist auf Funktion ausgerichtet. Zentrieren sich auch die Generationen an verschiedenen Polen, so scheint das Gesamtsystem dennoch

homogen, d.h. die gegenseitige Hilfe ist gesichert, non-konformes Gebaren wird toleriert, die dienstleistungsrelevanten Austauschprozesse mit externer Klientel werden arrangiert und das Wesentliche, die pflegerische Tätigkeit, bestimmt das Agieren der einzelnen Mitglieder.

Kollegialität

Prosoziales Verhalten

Die (freiwillige) Unterstützung von schwächeren MitarbeiterInnen ist gewährleistet, wenn auch mit Einschränkungen (B2). Anleiten, Demonstrieren und Defizite kompensieren ist der Tenor. Fiona äußert beispielsweise, „mit denen macht man dann etwas zusammen“, wobei sie aber auch einräumt: „Anstrengend ist das schon sehr häufig“ (S. 1). Anita (S. 1) merkt an, dass die Hilfesuchenden aktiv an die Hilfegebenden herantreten. Die Dauer unterstützender bzw. kompensierender Maßnahmen ist allerdings beschränkt. "Man zieht die schon eine Zeit lang mit. Aber ein Dauerzustand ist das nicht. Da unterredet man sich schon mal. Wir haben da mehrere, ein paar Ausländer [...]. Aber im Großen und Ganzen geht das schon" (Beate, S. 1). Gleichermaßen bestätigen alle Befragten Freundschaften innerhalb des Pflegekollegiums (E9).

Fehlerverhalten

Der Umgang mit Fehlervorkommnissen korreliert mit der Lob- und Kritikäußerung. Ist ein Fehler geschehen und wird dieser artikuliert bzw. diagnostiziert, so erfolgt nach übereinstimmenden Aussagen immer ein unmittelbares Gespräch (B17). Bei kleineren Versäumnissen klären Verursacher und Entdecker bilateral die Situation (Beate, S. 4; Fiona, S. 4; Anita, S. 3; Christian, S. 3; Dora, S. 3; Erika, S. 3). Solche Unterhaltungen führen zur zukünftigen Fehlervermeidung, ohne dass der Stationsleiter beteiligt wird. Die 41-jährige Anita merkt diesbezüglich an, dass einige jüngere KollegInnen manchmal gegenüber kritischen Äußerungen uneinsichtig sind: „Manche sind zu jung“ (S. 3). Bei kritischen Anmerkungen von Personen außerhalb des Teams (z. B. Angehörige, Besucher) an eine Pflegekraft ist die Unterstützung vom Team gegeben (E4). Der Stationsleiter steht bei externen Vorwürfen der betroffenen MitarbeiterIn zur Seite, „man steht da eigentlich nicht alleine da“ (Beate, S. 9; ähnlich Fiona, S. 9). Berechtigte Kritik wird allgemein als Anreiz für Verbesserungen gewertet (Anita, Beate; alle S. 9). „ich nehme das an und passe das nächste Mal auf“ (Dora, S. 9).

Die Frage nach bestehenden Regeln für den Umgang innerhalb des Teams wird unter-

schiedlich gesehen (E6). Beate (S. 9) sieht Vorschriften, andere verneinen dies (Fiona, Anita; beide S. 9). Dora (S. 9) sieht einen normalen interkollegialen Umgangsstil, Erika (S. 5) betrachtet Pünktlichkeit und das Schaffen des Arbeitspensums als Regel. Und die Stationsleitung (S. 10) gibt eine indirekte Regel preis, die sich auf eine Eigenheit ("Morgenmuffel") bezieht und das Verhalten der MitarbeiterInnen tangiert, indem sie zu morgendlichem Dienstbeginn keine größeren Gespräche möchte.

Jeder kann Verursacher für fehlerhaftes Handeln sein, darüber besteht allgemeine Übereinkunft (F11).

Als mögliche Disziplinarmaßnahmen werden die Möglichkeit einer Abmahnung (Beate, Dora; beide S. 4) und anberaumte Gespräche mit Stations- oder Pflegedienstleitung genannt (Anita, Erika, Christian; alle S. 5).

Kollegiale Hilfestellungen an die anderen MitarbeiterInnen werden mit Einschränkungen erbracht. Bei Fehlverhalten erfolgen keine Sanktionen durch das Team, es existieren keine expliziten Regelungen für den Umgang im und mit dem Team, die Fehlerbehebung erfolgt je nach Schweregrad bilateral auf KollegInnen-Ebene oder durch die Einbeziehung übergeordneter Stellen (Stations- bzw. Pflegedienstleitung). Bei berechtigter Kritik wird diese angenommen und die entsprechenden Schlüsse daraus gezogen. Bei kritischen Äußerungen, die von außen an Teammitglieder herangetragen werden, erhält die Betroffene Unterstützung von der Leitung. Auf ein positives, aber begrenztes Verhältnis untereinander scheint geschlossen werden zu können.

10.4 Zusammenfassung Einrichtung B

Anerkennung und Respekt

Das Arbeitsklima im 18 Personen umfassende Team wird von den sechs Befragten als tendenziell positiv gewertet. Kleinere Einschränkungen ergeben sich u. a. durch die Altersstruktur einer Schichtzusammensetzung oder die neue Besetzung der Leitungsebene (Stationsleitung und Stellvertretung). Ein größeres Ärgernis stellt das heimliche Gerede hinter dem Rücken dar. Dieses Tratschen und Lästern ist unabhängig von Herkunft, Qualifikation oder Alter.

Dennoch scheint ein anerkennender und respektvoller Umgang im Pflegekollegium als gegeben, die Aussagen werden aber auf einer sachlichen Ebene formuliert. Allen wird

Fleiß bei ihrer Arbeit sowie ein guter Qualifikationsstand bestätigt und die heterogene Zusammenstellung des Teams wird von allen akzeptiert und toleriert. Als Indikator dient hier u. a. das Wunschverhalten, wo zum einen nur wenige das volle Arsenal an Veränderungsansätzen ausschöpfen, also mit dem Status quo zufrieden sind. Zum anderen nennen die ProbandInnen primär strukturelle Gegebenheiten (mehr Personal, geringerer Zeitdruck) als verbesserungsbedürftig. Zu den KollegInnen im Team besteht eher eine reservierte Beziehung. Vor allem die einheimischen Pflegekräfte sind nach Aussagen der allochthonen Pflegenden nur eingeschränkt zu einem persönlichen Beziehungsaufbau gewillt – Authentizität und Ehrlichkeit werden im Umgang miteinander vermisst. Der Indikator Wertschätzung innerhalb des Teams wird als ausbaufähig beschrieben, was sowohl für lobende Aktionen horizontal (untereinander) als auch vertikal (von der Leitungsebene) gilt.

Eine Basis zu integrativen Bemühungen ist vorhanden, auf einen anerkennenden und respektvollen Umgang innerhalb des Teams kann m. E. geschlossen werden. Dies bestätigt Dora (S. 7): „Und ich habe nie bemerkt, dass mich die Hausleitung, die PDL oder sonst jemand anders gesehen hat, weil ich fremd bin. Ich habe schon meine Anerkennung der Arbeit von ihnen erhalten, die Sprache ist freundlich.“ Und auch Christian meint (S. 4): „Was mich sehr überrascht hat, wie mein Vater gestorben ist, dass da jeder so Verständnis gehabt hat.“

Kommunikation

Friktionen ergeben sich zwischen den einheimischen und ausländischen Kräften auf der Kommunikationsebene. Wie schon dargestellt, wird erstens die eingeschränkte Offenheit in und zu persönlichen Gesprächen angeführt. Vor allem die kasachischen Schwestern vermissen ein Mehr an informeller Kommunikation („mehr reden“ und „mehr offen sein für Gefühle“) bei den KollegInnen. Diese zeigen sich aber nur wenig zu einer Veränderung gewillt, was eventuell auf die heterogene Altersstruktur im Team (z. B. Fiona 24 Jahre, Beate 61 Jahre) oder die individuelle Haltung (Verweigerung bei Fiona, Bedürfnis bei Erika, Anita) zurückzuführen ist.

Eine zweite Beeinträchtigung resultiert aus der teilweise reduzierten Bereitschaft der deutschen Pflegekräfte zu einer hochdeutschen Konversation, was die Dekodierung auf allochthoner Seite erschwert. Die Einheimischen sind tendenziell der Auffassung, dass sich die KollegInnen mit Migrationshintergrund an die bayerische Sprache bis zu einem bestimmten Grad anzupassen hätten, d. h. zumindest der Inhalt bzw. die Botschaft sollte

verstanden werden. U. U. könnte das Verhalten auf sprachlicher Ebene als Geringschätzung und Ignoranz gegenüber den ausländischen Pflegenden gewertet werden. Die jüngeren deutschen Befragten erklären, vermehrt in hochdeutsch zu kommunizieren, um die Verständigungsschwierigkeiten zu verringern. Die mitunter als verbesserungswürdig bewertete Sprachkompetenz auf Seiten den fremdländischen Personen stellt das dritte Kriterium der beeinträchtigten Kommunikationsprozesse dar. Die sprachlichen Defizite werden von den betroffenen Befragten mehrheitlich bestätigt (die aus Rumänien stammende Dora kennt ihr sprachliches Problem), diese scheinen aber nicht so gravierend die Zusammenarbeit zu beeinflussen wie die Dialektpraxis.

So bedingen vor allem die mangelnde Bereitschaft bei den Einheimischen zu einer breit verständlichen (hochdeutschen) Kommunikation sowie – wenn auch in einem geringeren Maße – die immer noch vorherrschenden sprachlichen Defizite bei den MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund (obwohl schon fünf bis neun Jahre in der deutschen Altenhilfe tätig) Verständnisschwierigkeiten.

Als eine Folge könnte sich eine Spirale entwickeln, in deren Verlauf die kommunikationsabhängigen Spannungen gegebenenfalls zunehmen, denn vermehrtes Nachfragen oder Wiederholungen zur Vermeidung von Missverständnissen oder Fehlhandlungen nimmt auf beiden Seiten vermehrt Zeit und Geduld in Anspruch. Wiederholen sich derartige Prozesse, resultiert möglicherweise eine Gereiztheit und ein In-Frage-Stellen der bisherigen Bemühungen, so dass sich auf Seiten der Einheimischen eine vorsätzliche Einschränkung der Auskunft- und Klärungsbereitschaft andeuten kann. Die fremdländischen Pflegekräfte könnten darauf mit Frust reagieren und enttäuscht die Nachfragen und Klärungsprozesse zurückfahren: vermehrte Fehlhandlungen, Unterlassungen oder Unterstützungsbedarfe durch die autochthonen MitarbeiterInnen wären denkbare Folgen, was wiederum Unmut bei den deutschen Pflegekräften hervorrufen könnte.

Zusätzlich beeinträchtigt nach Aussagen der Einheimischen Gespräche in Russisch zwischen den kasachischen Schwestern das interethnische Beziehungsgeflecht.

Die durch die Kommunikationserschwerisse resultierende Distanz zwischen den beiden Gruppen scheint vielen Beteiligten bewusst: zum einen wird sich um eine Kommunikation in hochdeutscher Sprache bemüht, was jedoch aufgrund der Schilderungen der

ausländischen Pflegekräfte noch nicht befriedigend umgesetzt ist. Und ältere KollegInnen wie beispielsweise Beate deuten diesbezüglich auch Widerstand an und wünschen sich vielmehr eine Anpassung an den gesprochenen Dialekt. Zum anderen geben die kasachischen Schwestern an, subkommunikative Unterhaltungen nur in Abwesenheit von einheimischen KollegInnen zu tätigen. Denn für die Pflegepersonen mit Migrationshintergrund sind die kommunikativen Spannungen letztendlich leicht zu lösen: „Wenn alle deutsch reden, dann geht das“ (Anita, S. 8).

Daneben zeigt sich Humor an das Alter der Pflegenden gebunden und erfüllt somit nicht umfänglich seine verbindende Wirkung im Team.

Kooperation und Konflikt

Auf eine Wechselseitigkeit der Hilfestellungen zur Gewährleistung der Dienstleistung Pflege kann geschlossen werden, wobei die Unterstützungsangebote nicht immer abgerufen werden. Mitunter werden in diesem Kontext egoistische Tendenzen im Team angeführt. Die Bereitschaft zu instrumenteller und informativer Unterstützung besteht m. E. im Team, Hinweise auf eine emotionale Unterstützung in Form von Liebe, Empathie, Vertrauen und Fürsorge liegen nicht vor. Trotz fehlender gemeinsamer Zielsetzung agieren die Pflegenden nach übereinstimmenden Maßstäben, d. h. die individuellen Motive werden so allgemein formuliert, dass sich alle einzelnen Befragten mit ihrem individuellen Antrieb auch bei allen anderen KollegInnen inhaltlich wieder finden. Dies bedeutet letztendlich, dass trotz fehlender Transparenz und mangelnder Zielkongruenz die Teammitglieder dennoch nach den gleichen Überzeugungen handeln. Dieses nutzenorientierte und von Rationalität geprägte Handeln deutet auf eine strategische Kooperation des multiethnischen Teams in Einrichtung B hin. Gravierende Konflikte werden nicht erwähnt, Reibungen ergeben sich aus der Konstellation Schulwissen versus Traditionswissen und einer wenig ausgeprägten kommunikativen Offenheit (Stichwort Gerede hintenrum), was mitunter durch den Faktor Alter begründet wird. Eine evidente ethnische Konfliktkomponente findet sich nicht, so dass das Team wohl als Kollektiv zu sehen ist: dies kann gemäß den Indikatoren dieser Kategorie als eine gelungene Integration gewertet werden.

Verstimmungen etc., die sich aus der multiethnischen Zusammensetzung des Teams ergeben, sind nicht festzustellen.

Kollegialität und Solidarität

Der Zusammenhalt des multiethnischen Teams ist auf Funktion hin ausgerichtet. Die einzelnen Akteure ordnen sich koalitionsleich in einer funktionierenden Einheit an, obwohl sich Unterschiede in Alter, Herkunft, Kompetenz oder Sprachfähigkeit feststellen lassen. Christian als Stationsleiter fasst zusammen: „Das Team funktioniert nur als Ganzes. Und wenn man gut zusammen arbeitet, dann klappt das auch“ (S. 10).

Kollegialität im Pflegekollegium findet auf einer rationellen Ebene statt. Im Austausch untereinander werden ein respektvoller Umgang gepflegt und Normen geachtet, das Persönliche tritt zurück. Die gemeinsame Arbeit ist auf eine bestmögliche Leistung für die BewohnerInnen abgestimmt. Solidarität zeigt sich hier eher als wenig betontes Gefühl ohne explizite Solidarhandlungen, eine emotionale Komponente ist nicht festzustellen („Sich-wohl-fühlen“ im Team).

10.5 Dritte Institution der Untersuchung: Einrichtung C

Übersicht 21 Einrichtung C

Art der Trägerschaft	:	Wohlfahrtsverband
Kapazität der verfügbaren Plätze	:	>150
Ortgröße (ca. in Einwohner)	:	7.000
Station / Pflegebereich		
Personenzahl des Pflorgeteams	:	13
▪ davon männliche Pflegekräfte	:	---
▪ davon Personen mit Migrationshintergrund	:	3 (23%)
▪ davon InterviewpartnerInnen	:	4
▪ Migrationshintergründe der Interviewten	:	kasachisch (2)

InterviewteilnehmerInnen:

Autochthon: Barbara

Kathrin

Allochthon: Ilona (Auszubildende)

Lydia (stellvertretende Stationsleitung)

Anerkennung / Respekt

Arbeitsklima

Alle Interviewteilnehmerinnen betreten mit positiven Gefühlen die Arbeitsstätte (B5). So meint beispielsweise Ilona (S.1): „Mich freut die Arbeit. Wenn ich in die Arbeit komme, bin ich zufrieden.“

Auf die Frage nach möglichen Unterschieden beim Verhalten im privaten und beruflichen Bereich äußern alle (bis auf Lydia, S. 3) einen Druck, sich verstellen und den Habitus kontrollieren zu müssen (D6). Dieser Zwang wird einerseits bei den Pflegenden mit ihrer Rolle gegenüber der zu versorgenden Klientel begründet: „Ich bin hier halt meistens lustig, auch wenn es mir innen drin beschissen geht. Ich zeige schon Gefühle, aber wenn ich jetzt grantig bin, dann zeige ich das nicht in der Arbeit“ (Kathrin, S. 13). Lydia begründet dies so: „Ich täte nie einen Bewohner meinen Frust spüren lassen. Ab und zu verstellt man sich, dass man doch lächelt, wenn man eigentlich nicht lächeln kann“ (S. 19). Andererseits schreibt Ilona dies ihrer Rolle als Auszubildende zu: „Ich lasse mir viel gefallen, ich höre zu und sage nichts“ (S. 14). Dennoch gehen alle übereinstimmend gern zur Arbeit (D5).

Die allgemeine Stimmungslage auf der Station wird von allen als gut bezeichnet (E11). Schwankungen ergeben sich bei „Meinungsverschiedenheiten“ (Kathrin, S. 12) bzw. sind situationsabhängig (Barbara, S. 18): „Das kommt immer drauf an, wie jeder gerade drauf ist oder auch stress-situationsmäßig. Aber eigentlich, doch, haben wir schon ein gutes Klima.“

Das Datenmaterial auf die Frage nach Verbesserungen (D1) hat hauptsächlich eine offenere und expansivere Kommunikationsbereitschaft zum Inhalt, so äußert Kathrin (S. 12): „Das Arbeitsklima könnte sich verbessern, wenn jeder zu demjenigen, mit dem er ein Problem oder sonstiges hat, zugeht und sagt, `ich habe ein Problem mit dir, das, das, das´.“ Ähnliches artikulieren Lydia (S. 15) und Ilona: „Wenn wir über vieles reden würden“ (S. 13). Und Barbara ergänzt (S. 18): „Wenn jeder ein bisschen mehr Rücksicht nehmen täte, wo ich mich genau so mit einbeziehe. Das ist einfach so, man nimmt von daheim ein bisschen etwas mit, dann kommt in der Arbeit ein bisschen etwas und dann nervt dich manche Kleinigkeit und man müsste an sich arbeiten. Aber das ist jeder.“

Die Aussagen der Wunschfrage (D9) bestätigen die ausbaufähigen Kommunikationsprozesse (kursiv gekennzeichnet):

- Barbara (S. 20):
1. Verbesserte Zusammenarbeit der Schichten
 2. ***Kritik offen artikulieren***
 3. mehr Anerkennung
- Kathrin (S. 14):
1. ***mehr Ehrlichkeit***
 2. mehr Geld
 3. mehr Personal
- Lydia (S. 17):
1. mehr Personal
 2. weniger Bürokratie
 3. Pausenraum und Massageangebot für Personal
- Ilona (S. 15):
1. mehr Motivation bei Kolleginnen
 2. ***mehr Ehrlichkeit***
 3. liebevollere Umgang mit BewohnerInnen.

Barbara und Kathrin äußern insgesamt eher persönliche und teambezogene Wünsche, während Lydia ihr Wunschverhalten auf strukturelle bzw. die ganze Station umfassende Bereiche bezieht. Aus Ilonas Wünschen lassen sich möglicherweise erste Enttäuschungen durch ihren Einstieg in den Beruf als Altenpflegerin ableiten.

Sowohl die einheimischen als auch die Pflegekräfte mit Migrationshintergrund beurteilen ihre Arbeit und das Verhältnis im Team als positiv. Verbesserungsansätze werden für das Pflegekollegium überwiegend in einer offeneren Kommunikation gesehen. Dieser Wunsch ist jedoch von ethnischen Faktoren unabhängig, vielmehr ist jede einzelne Mitarbeiterin angesprochen. Veränderungen auf die heterogene Zusammensetzung des Teams werden nicht angeführt, woraus sich auf eine gelebte Akzeptanz schließen lassen kann – die Personen mit Zuwanderungsgeschichte scheinen integriert.

Vorurteile / Einstellung

Die fakultativ gestellte Frage nach dem Fleiß der anderen Kolleginnen (F4) wird von den deutschen Pflegenden einhellig dahingehend beantwortet, dass keinerlei Unterschiedlichkeiten zu verzeichnen sind. Ilona (S. 10) als jüngstes Gruppenmitglied erkennt bei den Einheimischen auf Nachfrage einen geringeren Fleiß und lobt gleichzeitig das hohe Engagement von Lydia (stellvertretende Stationsleitung). Die (S. 11) wiederum sieht ausschließlich einen Zusammenhang zwischen Person und Fleiß, unabhängig von

der Nationalität: „Nicht jede kann fleißig sein, ob das jetzt eine Russin oder eine Deutsche ist. Weil bei uns gab es noch mehr Nationalitäten als hier. Das lässt sich nicht vergleichen. Ich glaube, das ist vom Menschen abhängig.“

Die ausschließlich den autochthonen Gesprächspartnerinnen gestellten Fragen F7 und F10 werden beide mit Zustimmung bewertet. Dies bedeutet einerseits, dass die Pflegekräfte mit Migrationshintergrund „durch die Bank“ (Barbara, S. 15) eine ebenso qualitativ angesehene Ausbildung besitzen, andererseits sehen beide Befragten die Möglichkeit, dass die allochthonen Personen den deutschen Pflegekräften Arbeitsstellen streitig machen (Barbara, S. 15). Kathrin (S. 10) hinterfragt ihre Aussage auch etwas: „Es ist ein Pro und Contra. Sicherlich, so wenig Arbeit wie wir zurzeit haben, ist es schon so, dass man erst schauen sollte, dass die Deutschen Arbeit haben. Aber sie [ausländischen Pflegekräfte d. A.] zahlen ja Steuern, genau so wie wir, also sehe ich da kein Problem.“

Den Zusammenhang zwischen Herkunft und Arbeitsweise wird differenziert bewertet (B13). Während Barbara (S. 6) und Ilona (S. 3) dies verneinen, sieht Kathrin (S. 3) bei Kolleginnen „aus den Ostländern“ den Hang zu Perfektion, wobei sie Lydia dies auch zugesteht. Sie führt dies auf eine andere "Arbeitsmoral" zurück. Lydia (S. 4) bestätigt dies, wenn sie von einer anderen Wertschätzung der Arbeit durch die Spätaussiedler spricht: „In Kasachstan und Russland war Arbeit schon ein wichtiger Grund zu leben. Wir haben ganz andere Schätzung der Arbeit. Und ich glaube, wir geben dann alles. Ich kann da nicht irgendwo sitzen, wenn ich sehe, das und das ist noch zu machen.“ Diesbezüglich bestätigt Kathrin auch Reibereien, „das ist so, die Erfahrung habe ich am eignen Leib gemacht“ (S. 3).

Auf die Frage nach Inhalten, die möglicherweise von den anderen erlernt werden könnten (C8), sehen die autochthonen Interviewpartnerinnen v. a. eine gegenseitige Ergänzung: die einen lernen die Sprache, die anderen praktisches Wissen (Kathrin, S. 9). Lydia (S. 10) diagnostiziert Defizite im praktischen Bereich, wobei sie dies aber auf ein falsches Ausbildungssystem in Deutschland zurückführt.

Dass zu wenig deutsches Personal auf der Station arbeitet, verneinen alle Befragten (F3). Auf die gesamte Einrichtung bezogen registrieren Barbara („Es sind einige eingestellt worden und es sind nur Ausländer“, S. 14) und Kathrin (S. 10) jedoch eine verstärkte übermäßige allochthone Präsenz.

Alle Gesprächspartnerinnen sehen in den Mitarbeiterinnen die Kollegin (F7,5), sodass sich auch niemand an der multinationalen Zusammenstellung des Teams stört (F12).

Die autochthonen Befragten stimmen darüber ein, dass die Pflege in den Al-

ten(pflege)heimen auch ohne allochthone Beteiligung zu gewährleisten ist und verweisen auf den aktuellen Arbeitsmarkt (F9). Ilona (S. 11) sieht dies ähnlich. Lydia (S. 12) hingegen meint, die nach Deutschland Zugezogenen und -ziehenden auch arbeiten müssen, zumal einige auch qualifiziert sind.

Die einheimischen Pflegekräfte argumentieren ihre Einstellungen auf zwei Ebenen. Auf einer übergeordneten Ebene äußern sie teilweise ablehnende Tendenzen, wenn sie die zunehmende Anstellung von ausländischen Pflegekräften und deren sich ausweitende Präsenz in der Einrichtung feststellen. Denn das derzeit knappe Gut Arbeit sollte mitunter zuvorderst den Einheimischen zur Verfügung gestellt werden. Auf Teamebene wird die Haltung jedoch relativiert bzw. anders dargestellt. Die multiethnische Zusammensetzung ist akzeptiert, den Kolleginnen mit Migrationshintergrund werden keine Nachteile zugeschrieben. Vielmehr werden deren Qualifikation und Fleiß geschätzt. Es findet eine wechselseitige Ergänzung statt. Die für die Untersuchung ausgewählten Personen lassen keine offenen Vorbehalte, Abneigungen oder Ablehnungen erkennen. Bestehen auf einheimischer Seite aufgrund der gesellschaftlichen Situation auch Ansätze zu Wohlstandschauvinismus, so können die Beziehungsstrukturen innerhalb des Teams als komplementär bezeichnet werden. Vor allem das allochthone Engagement wird anerkannt und gewürdigt. Somit scheinen alle Mitglieder in das Team integriert zu sein.

Wertschätzung

Zu den Ärgernissen innerhalb des Teams (B19) zählt Barbara (S. 8) Kleinigkeiten (z.B. eine minimierte Arbeitsbereitschaft), die aber von ihrer Laune abhängig sind. Lydia (S. 5) stört sich an „Faulheit“ und Unordentlichkeit. Die beiden jüngeren Gesprächsteilnehmerinnen ärgern sich gemeinsam über das Gerede, Geschimpfe und Lästern hinter dem Rücken: "Die (Lästerei, d. A.) ist hier wirklich echt hammermäßig" (Ilona, S. 5). Kathrin ergänzt: „Hintenrum wird schon viel geschimpft, wenn man nicht da ist. Und das finde ich nicht in Ordnung“ (S. 5).

Auch in dieser Einrichtung berichten alle Probandinnen von Momenten, in denen Pflegekräfte oder sie selbst geweint haben (B23). Kathrin („Ist mir nicht bekannt“, S. 6) und Lydia („Habe ich lange nicht gesehen auf meiner Station“, S. 6) geben an, selbst geweint zu haben, wobei beide Ereignisse lang zurück liegen und nicht in diesem Team stattgefunden haben. Barbara berichtet von einem Beziehungskonflikt mit der Stations-

leitung, bei dem sie sich sehr ungerecht behandelt gefühlt hat, „und wenn ich narrisch bin, fange ich leider Gottes zu weinen an“ (S. 9).

Eine Bevorzugung von MitarbeiterInnen wird allgemein verneint (C7). Ilona (S. 9) meint eine Bevorzugung mancher Kolleginnen bei Dienstplanwünschen durch die Stationsleitung zu erkennen.

Interesse an der Kultur der anderen Kolleginnen (E14) wird von allen bestätigt, Lydia (S. 15) hat als Beleg schon Bilder ihrer ehemaligen Heimat vorgezeigt und meint: „Die fragen mich und ich erzähle oft, was ich gemacht habe früher.“

Diskrepanz zeigt sich das Datenmaterial bei der Frage nach der Präsenz von Lob (B22). Während Barbara (S. 9) und Ilona (S. 6) verbales Lob eher als seltenes Gut betrachten, widersprechen sich Kathrin (S. 6) und Lydia (S. 6), die beide zusammen in der B-Schicht vertreten sind. Kathrin vermisst lobende Äußerungen schichtintern, erhält hingegen Wertschätzung und auch materielle Aufmerksamkeiten durch die Stationsleiterin (kleine Geschenke an alle Teammitglieder). Lydia (S. 6) als stellvertretende Stationsleitung sieht sich selbst durchaus als Komplimentproduzierenden Sender, wobei sie auch ein Ermöglichen von Kaffeepausen als Lob interpretiert.

Während die beiden älteren Befragten – Barbara, 39, (S. 8) und Lydia, 41, (S. 6) – die Frage nach verbalen Verletzungen negieren (B20), bestätigen dies Kathrin (22) und Ilona (19). Beide wurden schon einmal von einer Kollegin verbal angegriffen. Bei Kathrin (S. 5) resultierte eine Beschimpfung („Du Mistvieh“) aus einem Versäumnis, was jedoch in einem bilateralen Gespräch im Anschluss geklärt wurde. Bei Ilona (S. 5) hingegen gab es nach ihrem Bekunden weder Grund für den verbalen Fauxpas noch Klärung.

Die Wertschätzung im Team zeigt sich wenig ausgeprägt. Verbales Lob gibt es bei „brenzlichen Situationen“ (Barbara) d. h. für Doppelschichten des Personals, aber auch materielle Aufmerksamkeiten zu besonderen Anlässen. Bei beiden Ansätzen wird der Leitungsebene Zurückhaltung attestiert. Unter den Kolleginnen werden keine Belobigungen ausgesprochen, Interesse wird aber der Herkunftskultur entgegengebracht. Der Umgang scheint mitunter etwas respektlos zu sein, was sich in Beschimpfungen und Lästereien hinter dem Rücken äußert. Für die berichteten Vorwürfe lassen sich jedoch in keinem Fall ethnische Rückschlüsse anstellen.

Anzuführen ist hier das teilweise differierende Antwortverhalten von Ilona. Sie ist 19 Jahre alt und eine aus Kasachstan stammende Auszubildende im zweiten Lehr-

jahr zur Altenpflegefachkraft. Durch die duale Ausbildungsstruktur verbringt sie je Ausbildungsjahr rund 800 Stunden für fachpraktischen und theoretischen Unterricht in der Berufsschule. Den Rest der Schulzeit leistet sie in der Einrichtung ab, d. h. sie partizipiert nur in bestimmten Intervallen zwischen den Unterrichtsblöcken am Teamgeschehen. Ihre Aussagen könnten somit als die Einschätzung einer eher Außenstehenden interpretiert werden, die dennoch an den internen Prozessen beteiligt ist.

Kommunikation

Witze / Scherze

Witze und Scherze auf Kosten schwächerer Kolleginnen werden von zwei der Befragten erwähnt (A1). Barbara (S. 10) sieht alle Beschäftigten auf Station als Adressaten, Ilona beschränkt dies auf eine Pflegekraft, die durch ihr Verhalten auffällt: „Teilweise redet sie auch mit sich selber. Und dann redet sie einfach auch pausenlos auf dich zu, obwohl dich das teilweise gar nicht interessiert. Und da werden auch Witze darüber gemacht“ (S. 7).

Als Absender von erheiternden Äußerungen kommen alle Gruppenmitglieder in Frage (A7), so dass ebenfalls alle darüber einstimmen, mit ihren Kolleginnen zu lachen (B24). "Wir haben schon auch eine Gaudi" (Barbara, S. 10).

Kommunikationsverständnis

Die Verständigung im Team stellt nach übereinstimmenden Aussagen keinerlei Problem dar (A6), es werden keine Missverständnisse aufgrund sprachlicher Hindernisse bestätigt, denn „bei uns hat – kann man praktisch sagen – niemand sprachliche Mängel“ (Lydia, S. 8). Konflikte als Resultat von Sprachdefiziten können sich alle Befragten vorstellen, jedoch kam es im Pflegekollegium noch nie zu derartigen Vorfällen (A9). Die aus Kasachstan stammende Lydia begründet es so: "Wenn wir schon da sind, dann müssen wir uns schon Mühe geben, zu verstehen" (S. 8).

Als logische Konsequenz verstehen sowohl die autochthonen als auch die allochthonen Interviewpartnerinnen alle Aussagen der Mitarbeiterinnen (A4) und verbale Hilfestellungen sind kein Thema (A8).

Subkommunikation

Auch der bayrische Dialekt stellt keine Verständigungsschwierigkeit dar (A3), so erklärt

Ilona (S. 7): „Die reden schon bayrisch, aber ich versteh das auch.“ Sie begründet dies mit ihrem Freundeskreis: „Weil ich deutsche Freunde habe, keine russischen. Ich möchte auch keine haben, das ist so.“ Sie fügt aber auch an, gelegentlich und unentdeckt mit Lydia russisch zu sprechen, das sei erleichternd. Umgekehrt wissen die deutschen Gesprächsteilnehmerinnen aktuell von keinen Situationen, in denen sie durch eine fremde Sprache vom Informationsfluss ausgeschlossen wurden. Barbara (S. 10) erwähnt einen zurückliegenden Vorfall, bei dem sich zwei Kolleginnen auf Russisch unterhalten haben. „Aber da habe ich dann schon gesagt, `es wäre eigentlich nett, wenn ihr euch so unterhalten würdet, dass wir es auch verstehen. Man kann dann leicht das Gefühl haben, ihr redet über einen´. Also ich bin da schon der Meinung, wenn sie bei uns sind, mit uns zusammen arbeiten oder dass wir ein Team sind, dann soll man sich auch in der Sprache unterhalten, die jeder versteht.“

Anders bewertet Kathrin (S. 10) das Kommunikationspotenzial der ausländischen Kolleginnen jedoch, wenn sie mit Bewohnerinnen in Kontakt treten. „Die alten Leute sind meistens Urbayern. Sie verstehen sie [die Pflegekräfte mit Migrationshintergrund d.A.] nicht.“

Die Sprache stellt kein Friktionspotenzial oder Integrationshindernis dar. Die Personen mit Migrationshintergrund sind aufgeschlossen, in Deutsch zu kommunizieren und Bayrisch zu verstehen, was zu einer problemlosen Kommunikation einerseits und zu Spaß bzw. Lachen andererseits führt. Von den Einheimischen wird eher die Haltung vertreten, dass sich die ausländischen Kolleginnen an den Sprachjargon anzupassen haben, explizite Bemühungen ihrerseits (z. B. zur Verwendung der hochdeutschen Sprache) sind nicht zu verzeichnen. Subkommunikative Prozesse finden vereinzelt statt, jedoch ohne von den einheimischen Pflegenden registriert zu werden.

Kooperation

Reziprozität

Die Frage nach egoistischen Tendenzen im Team findet mehrheitlich Zustimmung (B6). Jede Befürworterin begründet ihre Meinung jedoch different, wobei zwei Befragte als Folgen egozentrischen Agierens Meinungsverschiedenheiten, Ärger und Schimpfen angeben (Kathrin, S. 2; Ilona, S. 1).

Alle Teammitglieder lassen sich bei ihrer Arbeit unterstützen (B9), wobei sich quantita-

tive Einschränkungen aus dem eigenen Zustand (bei Wohlbefinden oder entsprechender Fitness ist weniger Hilfe nötig) und den Kapazitäten der Kolleginnen (z.B. deren Laune) ergeben. Somit beantworten die Interviewpartnerinnen auch die Frage nach der Unterstützung einhellig positiv (E10). Lediglich ältere Kräfte schlagen Hilfsangebote gelegentlich aus, um kein Anzeichen eigener Schwäche zu zeigen (Kathrin, S. 12 bzw. S. 3). Ansonsten benötigt jede Hilfe (E13).

Das Procedere bei einem krankheitsbedingten Ausfall wird durch das Team anhand der Alternativen Kompensation, Notprogramm und Einspringen beschrieben (B7). Alle bestätigen eine funktionierende Einspring-Bereitschaft („Da wird eingesprungen, wo es nur geht. Wir kommen immer“, Kathrin S. 2), wobei eine Kompensation mit den vorhandenen Kräften vorgezogen wird. Derartige Anstrengungen werden auch öfters notwendig, da alle die Existenz von Kolleginnen bestätigen, die signifikant häufiger krankheitsbedingt fehlen (B8). Wird dies in einem Fall als "wirklich" krank eingestuft (Kathrin, S. 2), gibt es auch Fälle, in denen das krankheitsbedingte Fehlen auf den Lebenswandel (junge Pflegekräfte) oder auf geäußerte Kritik (Fehlen als "Retourkutsche") zu basieren scheint (Barbara, S. 4; Ilona, S. 2; Lydia, S. 3).

Die Wechselseitigkeit bei der Zusammenarbeit im Team zeigt sich intakt. Einerseits erhält jede Pflegekraft situativ Unterstützung aus dem Team, andererseits werden die Angebote auch abgerufen. Ebenso zeigen sich alle bereit, bei personeller Unterbesetzung mehr zu arbeiten, einzuspringen oder Schichten zu tauschen. Alle Prozesse passieren unabhängig von der Variable „Herkunft“. Um mit Barbara (S. 3) zusammen zu fassen: "Im Grunde genommen sind wir schon ein Team. [...] Weil wenn jetzt recht viele Egoisten da wären, dann würde das nicht so reibungslos ablaufen."

Vertrauen

Die schon länger auf Station arbeitenden Befragten bestätigen ein Klima, das eine offene Artikulation von eigenen Meinungen zulässt und auch fordert (B11). Interessanterweise meint Ilona als Auszubildende (S. 3) keine große Bereitschaft zu Meinungsäußerungen zu erkennen, was sie auf Angst vor einer Marginalisierung im Team oder auf niedrige Positionen (sie selbst) zurückführt.

Eine Thematisierung von privaten Inhalten in den Gesprächen mit Kolleginnen wird von den Interviewten nur eingeschränkt erwähnt (A2). Dies hängt von den Themen und

den Gesprächspartnerinnen ab.

Die Verlässlichkeit im Team wird restriktiv bewertet (B3). Barbara (S. 2) sieht generell Konkurrenzkämpfe unter den Frauen. Als Spezifikum in der Einrichtung trägt dazu die unterschiedliche Ausstattung mit Dienstkleidung bei. Fachkräfte bzw. Examinierte werden mit weißer Kleidung ausgestattet, während Helferinnen in grüner Staffage arbeiten. Die Farbe gibt ergo die Qualifikation wieder, was eine Spaltung des Teams zur Folge hat. "Auf jeden Fall. Und weil wir halt auch ein paar haben, die schon 20 Jahre hier drin sind und die gehen halt teilweise auch in weiß, obwohl sie auch in grün gehen müssten. Und da haben manche dann schon Schwierigkeiten damit" (Barbara, S. 2). Die 41jährige Lydia (S. 2) schränkt ihr Zutrauen gegenüber jüngeren Kolleginnen ein, Kathrin (S. 1) bezieht dies auf Mitarbeiterinnen mit einer schlampigen Arbeitsweise.

Die direkte, auf das vorhandene Vertrauen intendierende Frage (B4) wird einerseits positiv (Kathrin, S. 1; Lydia, S. 2), andererseits negativ (Barbara, S. 2; Ilona, S. 1) bewertet. Die Zurückhaltung resultiert nach Aussagen von Barbara bzw. Ilona zum einen aus generellem Misstrauen („Ich vertraue keinem“), zum anderen durch die Trennung von Beruflichem und Privatem. „Weil da einfach der Draht nicht so da ist“ (Barbara, S. 2) wird ebenfalls angeführt.

Emotionen sind Inhalte von Gesprächen im Pflegekollegium (B18). Sowohl private als auch berufsspezifische Gefühle werden im kleineren, aber auch im größeren Kreis thematisiert. Nur Ilona (S. 5) stellt eine Abneigung gegenüber der Verbalisierung von beruflich-bedingten Gefühlen fest.

Das Vertrauen, welches den Teammitgliedern entgegengebracht wird, zeigt sich nur teilweise ausgeprägt. Diese Zurückhaltung setzt sich auch in der Einschätzung zur Verlässlichkeit innerhalb des Teams fort. Als Begründungen werden die institutionelle Kleiderordnung nach Farben sowie persönliche Haltungen und Vorbehalte gegenüber jüngeren Kolleginnen geäußert. Die Aussagen zu diesen suboptimal vorhandenen Prozessen lassen keine Rückschlüsse auf eine Bedeutung der ethnischen Herkunft zu. Anders formuliert: das fehlende Vertrauen und die mangelnde Verlässlichkeit haben nichts mit den Nationalitäten zu tun.

Unterstützung

Die Hierarchie im Team ist an die Qualifikation gebunden (B10), so dass die Kette Stationsleitung (SL) – stellvertretende Stationsleitung – Fachkräfte – Helferinnen – Aus-

zubildende / Zivildienstleistende resultiert. Barbara attestiert auch einen problemlosen Austausch zwischen neuen Fachkräften und erfahrenen Helferinnen hinsichtlich bestimmter Arbeitsmethoden. Kathrin (S. 3) als jüngeres Teammitglied kämpft hingegen um ihre Anerkennung: "Einige Hilfskräfte akzeptieren mich als Fachkraft nicht, weil ich jünger bin. Weil die älter sind, lassen die sich nichts sagen."

Bei Wissensdefiziten wird vor allem ein wechselseitiges System von Nachfragen, praktischen Demonstrationen und Informationsweitergabe bestätigt (B21). Jede Person kann fragen und bekommt je nach Kompetenz Antwort (Barbara, S. 9; Kathrin, S. 6; Lydia, S. 6). Nur Ilona (S. 5) kritisiert die zurückhaltende Auskunftsbereitschaft der Stationsleiterin, die nur auf Anfrage der Auszubildenden etwas erklärt.

Auch bei Frage B25 bildet Ilona (S. 6) die Ausnahme: sie gibt als einzige an, sich schon einmal während der Arbeit Rückenschmerzen zugezogen zu haben, weil sie „wahrscheinlich aus Stolz“ keine fremde Hilfe geholt hat. Alle anderen negieren gesundheitsbeeinträchtigende Vorfälle.

Bei Problemen finden die alteingesessenen Mitarbeiterinnen immer eine Ansprechpartnerin im Team, entweder die Problemverursacherin oder eine andere Vertrauensperson (u. a. die Leitung). Nur die Auszubildende (S. 15) wendet sich an andere Schülerinnen im Haus oder privat an die eigene Schwester (D8).

Die Aussagen deuten auf eine funktionierende gegenseitige Unterstützung (instrumentell, informativ, teilweise auch emotional) hin. Reichen eigene Kompetenzen oder Bewältigungsstrategien nicht aus, kann jede Pflegekraft auf Hilfsangebote anderer Kolleginnen zurückgreifen. Dennoch zeichnen sich einige der Teambeziehungen durch Reibungen aus, die auf der Konfrontation von Experten- und Legitimationsmacht beruhen und spezifische Aushandlungsprozesse zwischen älteren Helferinnen bzw. jungen Fachkräften bedingen. Zwischen einheimischen und fremdländischen Pflegenden sind keine Einschränkungen in der Hilfsbereitschaft zu verzeichnen.

Leistung

Die Leistungsbereitschaft der übrigen Kolleginnen im Team wird von den einheimischen Gesprächsteilnehmerinnen als vergleichbar zur eigenen beschrieben (F1). Lydia als stellvertretende Stationsleitung sieht eher ein Abfallen bei jüngeren Kolleginnen (S. 11), Ilona (S. 9) beschwert sich indirekt über ihre Rolle als Auszubildende, wenn sie

meint: „Ich laufe manchmal, wenn jemand läutet und die anderen sitzen im Stationszimmer und warten.“ Dies spiegelt aber auch ihre Stellung im Team und ihre Rolle als Schülerin wieder. Somit ist nachvollziehbar, wenn Signalarufe aus Bewohner-Zimmern an sie delegiert werden, was sie als Mehraufwand interpretiert.

Alle entkräften unisono die Hypothese einer höheren Arbeitsleistung aufgrund guter Deutschkenntnisse (A10). Lydia (S. 5) sieht vielmehr einen erhöhten Einsatz bei sich und anderen Kolleginnen aus dem ehemaligen Ostblock, da dort eine „ganz andere Schätzung der Arbeit“ vorherrsche. „Wir geben dann alles“, während „manche Einheimischen meinen, ´meine Zeit ist von da bis dann und der Rest interessiert mich nicht.“ D. h. nicht die Sprache sondern der kulturelle Hintergrund wird hier als Auslöser für ein Mehr an Engagement gesehen.

Keine der für die Untersuchung gegenüber gestellten Parteien äußert, ein Mehr an Arbeit übernehmen zu müssen (F5).

Auf die Frage nach pflegerischen Defiziten auf einheimischer Seite, führen die Pflegenden mit Migrationshintergrund „theoretisches Wissen“ bei jüngeren Kolleginnen (Lydia, S. 12) sowie generell „Motivation“ und „Geduld“ (Ilona, S. 10) an (F8). Umgekehrt sieht Barbara (S. 15) keine Unterschiede, während Kathrin (S. 10) teilweise fehlende Sprachkenntnisse im Kontakt zu den Bewohnerinnen anführt: „Das sind meistens Urbayern, die verstehen sie nicht.“

Von einer äquivalenten Leistungsbereitschaft aller Teammitglieder geht keine der Befragten aus (B15). Barbara (S. 6), Kathrin (S. 4) und Lydia (S. 5) sehen mangelndes Selbstvertrauen, Faulheit und auch Schlaueit zum Drückebergertum als Kausalitäten für ein reduziertes Engagement bei verschiedenen KollegInnen. Ilona (S. 4) bestätigt vice versa eine Art Wettbewerbscharakter bei der Leistung, aus dem ein Profilierungsdrang mit erhöhtem Engagement resultiert: „Die wollen viel arbeiten, so ungefähr: ´ich bin schneller geworden!´“

Die Gesamtleistung des Pflegekollegiums setzt sich aus unterschiedlich bewerteten Partikularleistungen, die teilweise über und teilweise unter dem Gruppensoll liegen, zusammen. So wird einigen eine Überproduktion (was als über das normale Arbeitspensum hinausgehend interpretiert wird) zugestanden, anderen werden Minderleistungen durch Trittbrettfahren, Faulenzen oder Sich-Drücken attestiert – dies führt zu Vorhaltungen und Verstimmungen innerhalb der Gruppe. Der Faktor Ethnizität wird in diesem Zusammenhang als eine Ursache für einen erhöhten

Arbeitseinsatz angeführt.

Ziel

Die Definitionen des eigenen Erfolges differieren bei allen Probandinnen (D2). Barbara (S. 18) verbucht es für sich als Erfolg, wenn sie „ein Lächeln“ von den Pflegebedürftigen bekommt. Kathrin (S. 13) sieht Verbesserungen beim Gesundheitszustand und für Lydia (S. 15) sind der beschrittene Berufsweg und die heutige Position die Pfeiler ihres Erfolgs. Ilona (S. 13) wertet Erfolg für sich, „wenn man alles kann.“ Die individuelle Vorstellung von Erfolg projizieren bis auf Kathrin (S. 14, "weiß nicht") alle Befragten auch auf ihre Kolleginnen im Team (D3).

Ein gemeinsames Ziel der Gruppe existiert nicht und wurde nie fixiert (E8). Die Zielvorstellungen reichen somit von einer guten Pflege zur Zufriedenheit der Angehörigen (Lydia, S. 14), „dass es den Bewohnern gut geht“ (Kathrin, S. 12) und „Ressourcen fördern“ (Ilona, S. 12) bis zu dem Versuch des Teams "miteinander an einem Strang zu ziehen" (Barbara, S. 17).

Für die teaminterne Zusammenarbeit fehlt eine gemeinsam gefundene Zieldefinition, für deren Umsetzung sich jede Pflegeperson mit ihrer persönlichen Schaffenskraft einbringen kann. Die formulierten Einzelabsichten sind auf unterschiedliche Adressaten (Kolleginnen, Bewohnerschaft, Angehörige) gerichtet, woraus differierende Schwerpunkte und Handlungsansätze resultieren können. Somit besteht die Möglichkeit, dass jede Mitarbeiterin ihre individuelle Vorstellung von Erfolg mit ihrem eigenen Repertoire an Wissen und Können verwirklicht. Solche singulären Aktionen konterkarieren gemeinsame kooperative Bestrebungen im Team und tragen folglich auch nur wenig zu einer gelingenden Integration bei.

Konfliktverhalten

Befragt nach möglichen Gründen für einen Konflikt, bestätigen alle Pflegepersonen, dass es bisher noch keinen "direkten" Streit gegeben hat (C1). „Richtigen Streit gibt es bei uns eigentlich gar nicht“ (Kathrin, S. 8). Aufgabenversäumnisse, Arbeitsaufteilung oder -methoden würden jedoch zu gelegentlichen Meinungsverschiedenheiten führen, „aber ich kann dazu nicht Streit sagen“ (Lydia, S. 9).

Als Konfliktparteien werden verschiedene Akteure genannt (C2): A- und B-Schicht, Ältere und Jüngere, Fachkräfte und Auszubildende. Das Verhalten bzw. der Umgang bei

einem derartigen Geschehen wird mit sachlich und normal bezeichnet (Barbara, S. 12; Kathrin, S. 8; Lydia, S. 9), eine laute, exaltierte oder beleidigende Form wird allgemein bestritten.

Folgen werden in einer Kompromissfindung und der Verbesserung des fehlerhaften Verhaltens gesehen (Kathrin, S. 8; Lydia, S.10; Ilona, S. 9). Barbara (S. 12) sieht aus ihrer Position die Gefahr von Retourkutschen verbaler Art, d.h. wenn sie Kritik äußert, produziert dies äquivalente Prozesse der kritisierten Person an ihre Adresse, eine Spirale kann sich anschließen, bis sie sich freiwillig zurücknimmt.

Alle Dispute oder Friktionen werden im Gespräch geklärt, teilweise untereinander ohne SL oder deren Stellvertretung (C5).

"Wenn sich alle integrieren, kommt es zu keinem Streit." Diese Aussage (C6) betrachten Barbara (S. 13), Kathrin (S. 9) und Lydia („Das wird langweilig“; S. 10) als falsch, da Reibungen und Meinungsverschiedenheiten bei einer Vielzahl von Personen immer existent und auch notwendig sind. Nur die 19jährige Ilona (S. 9) findet es "eigentlich gut, wenn sich jeder integriert."

Bis auf Kathrin (S. 9) bestätigen die Gesprächsteilnehmerinnen die Beeinträchtigung des ganzen Stationsklimas während einer konfliktiven Situation (C9). Barbara (S. 13) meint, dass die Auseinandersetzung mit einem Konflikt gelegentlich mit nach Hause genommen wird.

Die Bedeutung des Begriffes "Supervision" ist bis auf Barbara (S. 19) als Pflegehelferin allen bekannt. Ein derartiges Angebot wurde in der Einrichtung den MitarbeiterInnen aber noch nicht gemacht (D7).

Von ernsthaften bzw. größeren Konflikten wird nicht berichtet, die geringfügigen Meinungsverschiedenheiten fokussieren sich meist auf Arbeitsinhalte. Die Lösungsbestrebungen der Beteiligten ziehen sich nicht über einen längeren Zeitpunkt hin, verlaufen in moderaten sowie respektvollen Beziehungsbahnen zwischen den Betroffenen und benötigen keine mediativen Impulse externer Personen (Heimleitung, Pflegedienstleitung, Supervisor). Alle Mitglieder des Pflegekollegiums können derartigen Diskursen ausgesetzt sein, Konstellationen mit der Relevanz ethnischer Hintergründe werden jedoch von keiner Pflegekraft angeführt. Barbaras Anmerkung (S. 12) eines "Tit for Tat" (im Sinne eines wechselseitigen Hochschaukelns) bei kritischen Äußerungen wird nicht bestätigt. Die atmosphärische Störung, fabriziert durch Diskurse, wird als kurz und wenig kontraproduktiv gesehen: "Wenn etwas schief läuft, dann ist die Laune etwas runter, aber das dauert

nicht lange, dann ist alles wieder so, wie es war" (Lydia, S. 12).

Kohäsion

Die Kohäsion ist a priori durch die Stationsstruktur geprägt. Demnach bestehen eine A-Schicht bzw. B-Schicht, die sich jeweils immer aus den gleichen Pflegekräften zusammensetzen. Das Team ist also durch diese strukturelle Vorgabe zweigeteilt (Ausnahmen bzw. situationsspezifische Wechselmöglichkeiten sind gegeben). Beide Schichten sind zu jeder Dienstzeit mit ihren jeweiligen Vertreterinnen auf Station präsent und sind jeweils für einen definierten Sektor A bzw. B verantwortlich. Durch diese vorgegebene, institutionalisierte und ständig bestehende Schichtbesetzung ist die Existenz von Subgruppen oder Cliques von vornherein erheblich eingeschränkt (E1).

Vereinzelte auf Sympathie oder gleichem Wohnort basierende Beziehungen werden aber eingeräumt (Ilona, S. 11).

Die Existenz von Einzelgängerinnen im Pflegekollegium wird überwiegend negiert (E2). Das Team wird als strukturierende und richtungweisende Institution betrachtet und analog sucht jedes Mitglied sozialen Anschluss (Barbara, S. 16; Lydia, S. 13; Kathrin, S. 11). Als Einzelgängerin wird von Ilona (S. 11) die schon angeführte Pflegekraft bezeichnet, bei der ein erhöhter Kommunikationsdrang vorherrscht. Das Team „sondert sie eher aus. Weil so wie ich beobachtet habe, wenn die etwas erzählt, dann hört man eher weg.“ D.h. sie zieht sich nicht bewusst aus den Teamstrukturen zurück, vielmehr wird sie von den übrigen Pflegenden etwas an den Rand gedrängt.

Die Abgrenzung nach außen zeigt sich porös (E7). Probleme mit Ärzten werden auf einige Fälle begrenzt, wobei sich die Kritik der Pflegenden auf die Nichtbekanntmachung von Besuchen richtet. Mit dem Unterlassen stellen sie die Pflegekräfte vor vollendete Tatsachen (Kathrin, S. 11; Lydia, S. 14). Die Anwesenheit von Angehörigen wird als positiv gesehen (Barbara, S. 18; Lydia, S. 14; Ilona, S. 13), Ausnahmen bilden Angehörige mit extremen Forderungen an das Team (Kathrin; S. 12).

Allen Mitgliedern des Pflegekollegiums wird vorbehaltlos Unterstützung gewährt (E12). Eine Person wird genannt, die aufgrund ihrer wenig engagierten Haltung öfters Hilfe in Anspruch nimmt, was im Einzelfall von den Kolleginnen nicht erwidert wird.

Die geäußerten Gemeinsamkeiten der Teammitglieder betonen positive Bereiche (E5), indem allen die gleiche Begeisterung für den Pflegeberuf (Barbara, S. 17), das gleiche Interesse am Wohlbefinden der BewohnerInnen und das Ziehen-an-einem-Strang (Kathrin, S.11) sowie die Durchführung gemeinsamer Projekte (Lydia, S. 13) zugestanden

wird.

Die Interviewpartnerinnen leiten aus ihrer Teammitgliedschaft wichtige Funktionen, aber auch Motive, für ihre Arbeit ab (E3). Die eigene Akzeptanz und Eingliederung in das Team (Barbara, S.16) sowie die Bedeutung der eigenen Leistung am Teamgemeinschaftsprodukt Pflege (Kathrin, S. 11) werden auf autochthone Seite genannt. Die allochthone Seite stellt ebenso die persönliche Akzeptanz (Lydia, S. 13) in den Vordergrund, daneben wird die Freude "auf dieser Station zu sein" (Ilona, S. 11) artikuliert.

Das Datenmaterial der einzelnen Indikatoren weist auf eine gut kooperierende Arbeitsgruppe hin. Es besteht ein funktionierendes, wechselseitiges Unterstützungssystem, das den einzelnen Pflegekräften dazu dient, die Hauptaufgabe der pflegerischen Versorgung adäquat zu gestalten, wenn auch das große, gemeinsam verbalisierte Ziel fehlt. Beeinträchtigt werden die innergruppalen Beziehungsprozesse erstens durch strukturelle Organisations-Elemente (Dienstkleidung, Schichtbesetzung) und zweitens durch Friktionen zwischen älteren bzw. jüngeren Kolleginnen (Experten- versus Legitimationsmacht). Der zweite Punkt mündet aber nicht in konflikthaften Prozessen, sondern wird im kommunikativen Austausch konstruktiv gelöst. Die neu besetzte Stelle der Pflegedienstleitung strengt zum ersten Punkt auch Überlegungen an, die Dienstkleidungs Vorschrift zu eliminieren (weiß/grün). Die Gesamtleistung des Teams wird durch vereinzelt bemängeltes Trittbrettfahrertum nicht beeinträchtigt, denn Profilierungsverhalten anderer kompensiert dieses Leistungsdefizit. Generell lässt sich im Pflegekollegium ein guter Grad an instrumenteller, informativer, aber auch an emotionaler Unterstützung diagnostizieren. Der gute Zusammenhalt verdeutlicht die gelungene Integration aller Mitglieder in das Team. Subgruppen und vorsätzliche Abgrenzungstendenzen mit einem ethnischen Hintergrund sind nicht nachzuweisen. Letztendlich verdeutlicht die Aussage der aus Kasachstan stammenden Ilona die positive Gemeinschaft aller im Team: „Mitglied in diesem Team zu sein bedeutet mir schon viel. Ich bin froh, auf dieser Station zu sein.“

Kollegialität / Solidarität

Prosoziales Verhalten

Die Gesprächspartnerinnen berichten von einem System an Hilfeleistungen, das auf Rücksicht, Reziprozität, Interesse, Neugier und Demonstrationsverhalten beruht (B2).

Jeder ist in der Lage offen Fragen zu stellen, auf die bereitwillig praktisch vorgeführte oder theoretisch fundierte Antworten gegeben werden (alle S. 1).

Freundschaften im Team bestätigen alle Befragten, jedoch sehen Lydia (S. 14) und Barbara (S. 18) keine festen freundschaftlichen Beziehungen (E9). Die Freundschaftsverhältnisse sind auf die Arbeit begrenzt.

Fehler(verhalten)

Wird ein Fehler gemacht (B17) und auch offenkundig (manche vertuschen laut Lydia auch ihr Fehlerverhalten, S. 5), so werden in schichtinternen Gesprächen unter den Kolleginnen Wege der zukünftigen Vermeidung bzw. Verbesserung eruiert (Barbara, S. 7; Kathrin, S. 5; Ilona, S. 4; Lydia, S. 5). Nur bei gröberen Verstößen wird die Stationsleiterin hinzugezogen (Kathrin, S. 5). Ilona sieht für derartige Klärungsprozesse jedoch oftmals wenig Zeit.

Alle Befragten negieren einen Tatbestand, bei dem im Team eine Kollegin beschimpft wurde (B16). Lediglich Ilona (S. 4) erzählt von einem Vorfall, der eine an sie gerichtete Beschimpfung enthielt. Ihrer Meinung nach bestand kein Grund und es folgte auch keine Klärung.

Maßnahmen der Disziplinierung innerhalb der Station werden von allen Befragten nicht gesehen (B27), zumal auch keine besonderen Vorkommnisse bekannt sind.

Als Verursacher von fehlerhaftem Agieren kommt jedes Teammitglied in Frage (F11).

Als normative Handlungsrichtlinien sehen alle die Existenz allgemeiner, „selbstverständlicher“ (Kathrin, S. 11) Umgangsregeln, eine explizite Ausformulierung direkter Anweisungen wird negiert (E6).

Der persönliche Umgang mit Kritik wird von den Probandinnen als konstruktiv angesehen, vorausgesetzt es besteht Berechtigung zu den Äußerungen (E4): „Wenn sie berechtigt ist, ist man froh, wenn einem etwas gesagt wird. Wenn es unberechtigt ist, wehre ich mich schon meiner Haut“ (Barbara, S. 16). Bei Kritik, die von außen an ein Teammitglied herangetragen wird, steht der Gruppenverbund bzw. die Stationsleitung hinter der Betroffenen (Barbara, S. 16; Kathrin, S. 11).

Das Fehlerverhalten des Teams weist eine lösungsorientierte Vorgehensweise auf. Der Umgang mit Kritik erscheint reflektiert und wird als konstruktiv beschrieben. Ein starres Regelwerk sowie systemimmanente Disziplinierungsmaßnahmen sind nicht transparent.

Die prosoziale Tendenz im Team ist trotz fehlenden, über den Arbeitsfokus hinausreichenden freundschaftlichen Beziehungen zu erkennen. Besonders evident zeigt sich dies an materiellen Aufmerksamkeiten der Stationsleitung, die allen Kolleginnen im Team zu Weihnachten oder Valentinstag kleine Geschenke gemacht hat. Darüber hinaus stehen allen Interessentinnen bei Bedarf eine Vielzahl an Unterstützungs- und Hilfemaßnahmen zur Verfügung.

10.6 Zusammenfassung Einrichtung C

Vorab werden die spezifischen Rahmenbedingungen der Einrichtung C zusammengefasst:

- es handelt sich um ein ausschließlich weiblich besetztes Pflegekollegium;
- anhand der vorgegebenen Dienstkleidungskategorien ist die Qualifikation einer Pflegekraft ersichtlich (d. h. weiße Arbeitskleidung ist den Pflegefachkräften vorbehalten, die Pflegehelferinnen tragen grüne Schwestertracht);
- die Teammitglieder bilden zwei institutionalisierte Schichtbesetzungen auf einer Station, die kontinuierlich aus denselben Pflegepersonen bestehen und sich jeweils um einen definierten Bereich kümmern. Ein Wechsel von der A-Schicht in die B-Schicht und umgekehrt ist nur in Ausnahmefällen gegeben;
- Schnittstellen der beiden Schichten mit der konstanten Teambesetzung gibt es im gemeinsam genutzten Dienstzimmer, in den Pausen, bei Übergaben usw., keine der Schichten arbeitet autark.

Anerkennung und Respekt

Die Mitglieder des Teams pflegen in ihrem Pflegebereich ein anerkennendes, von Respekt geprägtes Verhalten und komplementäre Beziehungsstrukturen, was sich im positiv bewerteten Arbeitsklima ausdrückt. Offene Vorbehalte, Abneigungen oder Ablehnungen werden nicht geäußert, wobei die einheimischen Pflegekräfte allgemeine Nachteile für die Deutschen durch die Besetzung von Arbeitsplätzen mit fremdländischen Pflegenden sehen. Diesen Trend bewerten sie auch für die Pflegeeinrichtung kritisch. Der eigene Nahraum Station wird davon aber explizit ausgenommen, denn auf Teamebene wird die Haltung relativiert bzw. anders dargestellt. Hier scheint die Kombination autochthon – allochthon zu funktionieren, wenn auch generell wenig Wertschätzung untereinander geäußert wird. Die multiethnische Zusammensetzung ist akzeptiert, Qualifi-

kation und Fleiß werden geschätzt und eine wechselseitige Ergänzung mit allen Kolleginnen findet statt. Den Pflegenden mit Migrationshintergrund wird sogar eine höhere Leistungsbereitschaft attestiert, wofür diese den Faktor Ethnizität verantwortlich machen: „In Kasachstan und Russland war Arbeit schon ein wichtiger Grund zu leben. Wir haben eine ganz andere Schätzung der Arbeit“ (Lydia, S. 4).

Kommunikation

Das Kommunikationsmilieu zeigt sich störungsfrei, die Sprache stellt kein Friktionspotenzial oder Integrationshindernis dar. Die Personen mit Zuwanderungsgeschichte sind aufgeschlossen, in Deutsch zu kommunizieren und Bayrisch zu verstehen, was zu einer problemlosen Kommunikation einerseits und zu Spaß bzw. Lachen andererseits führt. Von den Einheimischen wird eher die Haltung vertreten, dass sich die ausländischen Kolleginnen an den Sprachjargon anzupassen haben, explizite Bemühungen ihrerseits (z. B. zur Verwendung der hochdeutschen Sprache) werden nicht erwähnt. Subkommunikative Prozesse finden vereinzelt statt, jedoch ohne von den einheimischen Pflegenden registriert zu werden. Im Team bestätigen sich Ergebnisse zur sprachlichen Integration (Haug 2008), dass bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund die vorhandenen Deutschkenntnisse schlechter sind als bei den Jüngeren. Die 19jährige Ilona aus Kasachstan spricht sehr gut deutsch, „weil ich deutsche Freunde habe, keine russischen“ (S. 7).

Kooperation und Konflikt, Kollegialität und Solidarität

Die Koalition setzt sich auch in allen kooperativen Bereichen fort. Alle Aussagen deuten auf eine funktionierende gegenseitige Unterstützung (instrumentell, informativ, teilweise auch emotional) hin. Die eingeschränkte Bereitschaft zu Vertrauen und Verlässlichkeit sowie die nachweisbaren Friktionen (z. B. durch die Dienstkleidung) deuten auf eine strategische Ausrichtung der wechselseitigen Unterstützung hin: die bewusste Gestaltung der Hilfsprozesse (eigenes Angebot an andere und die Nachfrage bei anderen) orientiert sich am eigenen Nutzen und der individuellen Leistungsbereitschaft.

Reibungen in den Teambeziehungen ergeben sich einerseits aus der Konfrontation von Experten- und Legitimationsmacht zwischen älteren Helferinnen bzw. jungen Fachkräften. Zwischen einheimischen und fremdländischen Pflegenden sind keine Friktionen oder Einschränkungen in der Hilfsbereitschaft zu verzeichnen.

Andererseits verursachen die Farben der von der Institution gestellten Dienstkleidung,

die das Ausbildungsniveau der Trägerinnen ausdrücken, Verstimmungen. Grün und weiß bewirken eine Kategorisierung in Fachkräfte bzw. Helferinnen, deren Stringenz jedoch von älteren respektive schon lange im Haus tätigen Helferinnen durchbrochen wird. Sie tragen ebenfalls die Farbe weiß, was Symbol der examinierten Pflegenden ist. Die Arbeitskleidung wirkt tendenziell als Instrument der Diskriminierung. Denn unabhängig von Ausbildungsstandard oder dem Tätigkeitsrepertoire ist die pflegerische Versorgung das gemeinsame Produkt aller. Die Dienstleistung Pflege ergibt sich aus der Addition aller Einzelleistungen, losgelöst von bildungsbezogenen Unterscheidungskriterien. Die komplette Versorgung resultiert aus direkten und indirekten Pfl egetätigkeiten, die je nach Befähigung erbracht werden, aber nie isoliert für das Wohlbefinden einer BewohnerIn verantwortlich sind. Dass die Regelung innerhalb des Teams umstritten ist, verdeutlichen diverse Aussagen: „Das ist bei uns Vorschrift, dass die Gelernten in weiß kommen und die Helferinnen in grün. Da sieht man gleich den Unterschied. Ich sage das aber schon seit Jahren und jetzt auch die neue PDL, ob das nicht abzuschaffen ist“ (Lydia, S. 4). Barbara bestätigt sogar „einen kleinen Graben“ (S. 2), weil sich zum einen nicht alle Helferinnen an die für sie vorgesehene grüne Staffage halten („Die gehen halt in weiß, obwohl die auch grün gehen müssten“) und zum anderen manche Kolleginnen an der Farbe auch Kompetenz- und Qualifikationsdefizite ableiten („Ich bin zu dumm, weil ich in grün gehe“). Hier wäre ein Überdenken der Kleidervorgaben von Leitungsebene als sinnvoll zu erachten, um von vornherein eine rein äußerliche Zweiklasseneinteilung im Team zu unterbinden.

Für die teaminterne Zusammenarbeit fehlt eine gemeinsame, transparente Zieldefinition. Die formulierten Einzelabsichten und Adressaten differieren, so dass u. U. Prozess- und Leistungsverluste resultieren können. Solche singulären Aktionen konterkarieren gemeinsame kooperative Bestrebungen im Team und tragen folglich auch nur wenig zu einer gelingenden Integration bei.

Für das Team in Einrichtung C lassen sich keine Subgruppen und vorsätzlichen Abgrenzungstendenzen nachzuweisen.

Ernsthafte und größere Konfliktsituationen werden nicht berichtet, die geäußerten Meinungsverschiedenheiten ergeben sich aus unterschiedlichen Arbeitsinhalten oder -auffassungen (einem reduzierten Arbeitseinsatz, althergebrachtes Traditionswissen gegen neue Schulkenntnisse). Die Dissens- bzw. Diskussionsprozesse ziehen sich nicht

über einen längeren Zeitpunkt hin und verlaufen in einer moderaten sowie respektvollen Atmosphäre, so dass sich durch produktive Lösungen Normalität rasch wieder herstellt. Alle Mitglieder des Pflegekollegiums können derartigen Diskursen ausgesetzt sein, Konstellationen mit ethnischen Hintergründen werden nicht erwähnt.

Ein Zusammenhalt des Teams besteht, dafür werden positive Gemeinsamkeiten betont. Begrenzung erfährt die Kohäsion wiederum durch die feste Schichtstruktur bzw. Personalverteilung. Dennoch wirkt das heterogene Team als Ganzes als kooperatives System, in dem ein ausgeprägtes Maß an Konformität gepflegt und kollegial mit Fehlern sowie Kritik verfahren wird.

Auf persönlicher Ebene ziehen sich die Pflegeakteure wiederum zurück, Vertrauen wird den Kolleginnen nur mit Einschränkung entgegengebracht, Freundschaften existieren nur während der Tätigkeit, mitunter finden heimliche Lästereien über Teammitglieder statt, die Verlässlichkeit innerhalb des Teams wird zurückhaltend beurteilt. Alle Bewertungen sind jedoch unabhängig von Nationalität und Herkunft.

Solidarität als Gefühl der Zusammengehörigkeit scheint vorhanden zu sein, das prosoziale Verhalten wird von den Befragten bestätigt.

Auffallend zeigt sich das Antwortverhalten der Auszubildenden. Durch ihre immer wieder durch Schulblöcke unterbrochene Anwesenheit im Team, was zu einer geringeren Kontakthäufigkeit führt, und ihrem jungen Alter hat sie mitunter eine etwas gesonderte Stellung im Team. Einerseits steht sie abseits der gewachsenen Strukturen und Beziehungsprozesse, andererseits hat sie die Möglichkeit, die interne Gesamtsituation auf dieser Station auch aus einer mehr externen Perspektive zu betrachten. Ausdruck der fehlenden Eingebundenheit sind häufige Aussagen, die sich gegenüber den Äußerungen der erfahrenen bzw. ausgebildeten Kräfte als abweichend zeigen. Dabei wird deutlich, wie das Schulwissen der Auszubildenden auf die alltägliche Praxis trifft, wo Theorien und teilweise naive Vorstellungen mit der etablierten Routine, dem beruflichen Abstumpfen und den hierarchischen Ordnungen konfrontiert werden. Sie fühlt sich teilweise ausgenutzt, ist sich des eigenen Kontrolldruckes noch nicht bewusst und sieht als Adressaten ihrer hypothetischen Wunschvorstellungen primär das Gebaren der Mitkolleginnen.

Über die Position der Auszubildenden ist aber auch ein Blick aus anderer Warte auf das Team möglich. Eine Interpretation der Aussagen zeigt, dass einige Pflegenden Arbeit

und sich kaum hinterfragen, sich hauptsächlich auf Alltagsautomatismen fokussieren. Beispielsweise bleiben Gerüchte bzw. Lästerei, verbale Verletzungen, die Separierung einer (auffälligen) Kollegin oder die psychosoziale Komponente in der Beziehung zu den BewohnerInnen ungenannt.

10.7 Vierte Institution der Untersuchung: Einrichtung D

Übersicht 22: Einrichtung D

Art der Trägerschaft	:	Wohlfahrtsverband
Kapazität der verfügbaren Plätze	:	>150
Ortgröße (ca. in Einwohner)	:	150.000
Station / Pflegebereich		
Personenzahl des Pflgeteams	:	18
▪ davon männliche Pflegekräfte	:	3
▪ davon Personen mit Migrationshintergrund	:	8 (44%)
▪ davon InterviewpartnerInnen	:	6
▪ Migrationshintergründe der Interviewten	:	persisch, thailändisch polnisch

InterviewteilnehmerInnen:

Autochthon: Gerda
Hilde
Inge, Stationsleitung (SL)

Allochthon: Frank
Jasmin
Dolly (inoffizielle stellvertretende SL)

Viele der erhobenen Daten beziehen sich auf einen Prozess im Team, den es vorab kurz zu skizzieren gilt. Drei Pflegekräfte mit einem Migrationshintergrund (so genannte Spätaussiedler) haben sich zusammengeschlossen und bei Heim- und Pflegedienstleitung über ihre KollegInnen wegen angeblichen Mobbings beschwert. Auch die Stationsleitung wurde des Mobbings und der Benachteiligung bezichtigt. Eine der beteiligten

aus Russland stammenden Pflegekräfte weist mit 28 Jahren pflegerischer Berufstätigkeit eine hohe Erfahrung auf. Anstatt einer offenen Vorgehensweise im direkten Dialog mit den KollegInnen schaltete die betroffene Gruppe einen externen, juristischen Beistand ein, der auf Antrag ein Schreiben verfasste, welches die aus Sicht der Spätaussiedlerinnen bestehenden Vorwürfe und Anschuldigungen über die Teammitglieder an die vorgesetzten Stellen transportierte. Die folgende hausinterne Aufarbeitung der den Entscheidern zugestellten schriftlichen Vorhaltungen konnte keine evidenten Hinweise finden, d. h. die Vorwürfe wurden in Einzel- und Gruppengesprächen mit den Pflegenden und der Leitung des Teams widerlegt und entkräftet. Weiterführende Versuche innerhalb des Teams zur Klärung des Sachverhalts verliefen laut Aussagen der Beteiligten wenig produktiv, auch regelmäßige, einmal im Monat stattfindende Supervisionen wurden dem Team ermöglicht. In der Folge wurde die Gruppe der Spätaussiedlerinnen zum einen als Initiator und zum anderen für den gewählten Weg der Kommunikation (schriftlich mit anwaltlicher Beistandschaft) ihrerseits mit der Verbreitung von Unwahrheit (bezüglich der gemachten Mobbing-Anschuldigungen), Separierung (große Teile des restlichen Teams gingen auf Distanz, reduzierten Kontaktrate und Kommunikationsbestrebungen) und arbeitsrechtlichen Konsequenzen (von Seite der Heim- und Geschäftsführung) konfrontiert. Im Nachhall hat eine der Spätaussiedlerinnen mit einem Auflösungsvertrag die Einrichtung verlassen, zwei der Beschwerdeführerinnen sind weiterhin auf der Station tätig, wobei eine mit einer Abmahnung bedacht wurde. Dieser Vorfall und die daraus resultierenden Konsequenzen liegen circa sechs Monate zurück.

Viele der Befragten schildern die derzeitige Situation als Spaltung, die das Team durchzieht. Es wird von „zwei Parteien“ (Dolly, S. 9) gesprochen, „dass die jetzt alles zurück bekommen“ (Jasmin, S. 7) und nun werden umgekehrt die Pflegekräfte mit Spätaussiedlerhintergrund des Mobblings bezichtigt (Frank, S. 4).

Da sich die beiden betroffenen Spätaussiedlerinnen nicht zu einem Interview bereit erklärten, konnte der Sachverhalt nicht aus deren Blickwinkel eruiert werden. Der aus Polen stammende Frank stützt den möglichen Vorwurf der Benachteiligung dahingehend, wenn er sagt, „die Stationsleitung hat immer Lieblinge, das ist immer so“ (S. 14). Ebenso räumt er ein, dass „die Gruppe der Wolgadeutschen sich heftig benachteiligt von den anderen Nationen fühlt“ (S. 16). Ursache waren seiner Ansicht nach ein zu hohes Maß an Forderungen hinsichtlich des Arbeitspensums, darauf folgende Herabwürdigungen

und Kritik („Du bist doof, du hast keine Ahnung“, S. 24) sowie Angriffe auf die Kommunikationskompetenz („Du hast falsch verstanden“, ebd.).

Dennoch ist auch zu attestieren, dass nicht alle im Team die Situation einhellig beurteilen. Einige HelferInnen gestehen den betroffenen Pflegenden aus dem Osten Europas durchaus zu, dass sich diese trotz ihres Status als Fachkraft bei grundpflegerischen Arbeiten voll eingebracht haben, während sich einheimische Fachkräfte dort zurückhaltend zeigen und diese eher unqualifizierte Tätigkeit allein den HelferInnen überlassen. „Die aus Kasachstan, da kann man von der Arbeit her nichts sagen, die macht keine Unterschiede und wäscht auch morgens voll mit. Denn bei den Deutschen gibt es ein paar langsame, für die muss man arbeiten und mitschuften. Und da stinkt er uns manchmal.“ Dieser Ärger über die „langsamen“ deutschen Fachkräfte auf der einen Seite und die erfahrene Unterstützung bei der Erledigung des Arbeitspensums durch die Spätaussiedlerinnen auf der anderen Seite führen zu einer „Spaltung“ (Hilde, S. 10) bei den HelferInnen.

Die im Rahmen der Untersuchung angesetzte Befragung tangiert in den meisten Bereichen diese spezielle Situation und deren nachhaltigen Folgen, so dass sich viele der Aussagen auf den Vorfall beziehen.

Anerkennung / Respekt

Arbeitsklima

Die aktuelle Atmosphäre im Pflegekollegium wird einheitlich als negativ interpretiert (E11). Die Tagesstimmung hängt von „bestimmten Mitarbeitern“ (Inge, S. 10) ab, einem „Wer-ist-heute-da-Faktor“ (Frank, S. 20). Die allgemeine Stimmungslage wird mit "gedämpft" (Hilde, S. 10), "kalt" (Dolly, S. 13) und "kühl" (Jasmin, S. 10) umschrieben. Das „Hick-Hack, der Zinnober“ (Hilde, S. 10), die Spaltung des Teams und das beeinträchtigte Arbeitsklima spiegeln sich in den Gefühlen wieder, mit denen die Befragten zur Arbeit gehen (B5). Während die Stationsleitung Inge (S. 1) als einzige ein uneingeschränkt positives Gefühl hegt, äußern Gerda und Jasmin (beide S. 1) gemischte Gefühle: "halb gut und halb schlecht". Aufgrund der gesamten Situation kommt Hilde „zurzeit nicht so gerne“ (S. 1) zur Arbeit. Und der aus Polen stammende Frank bzw. die aus Thailand kommende Dolly (S. 1) sehen ihre Gefühlslage von den Personen abhängig, die mit ihnen zum Dienst erscheinen. Beide beurteilen die deutschen KollegInnen positiv: „Wenn einige Deutsche da sind, dann habe ich keine Probleme, weil die kein Mob-

bing machen. Dann weiß ich, heute haben wir ein gutes Team. Es ist ruhig, lustig, gescheite Pause, fleißig“ (Frank, S. 3). Umgekehrt werden die Kolleginnen aus Spätaussiedlernationalen für eine schwierige Atmosphäre verantwortlich gemacht. „Ich komme mit manchen nicht klar in meinem Team. Da wenn ich sehe, dass der oder die im Dienst ist, dann komme ich schon sehr ungern her“ (Dolly, S. 1). Und Frank ergänzt: „Am anderen Tag kommen Leute, die haben mit gewissen Schwestern Mobbing gemacht gegen andere. Die mischen sich oft ein und dann weiß ich, da herrscht dicke Luft, dann wird es wieder Kampf oder Mob oder Nerven.“

Insgesamt erscheint dies bedenklich, denn unter normalen Umständen gehen alle gern zur Arbeit (D5).

Bemerkenswert sind die Ansätze, die zur Verbesserung des Stationsklimas beitragen könnten (D1). Einen Wandel zum Positiven sieht Inge in der Möglichkeit, „wenn ich zwei Mitarbeiter entlassen könnte“ (S.11). Sie bezieht sich dabei auf die verbliebenen Kolleginnen aus Spätaussiedlernationalen. Ähnliches verbalisiert Dolly, denn „den Konflikt können wir sowieso nicht mehr lösen. Was passiert ist, ist so heftig, sehr, sehr heftig. Es wird immer wieder was vorkommen“ (S. 13). Weitere Verbesserungsmöglichkeiten werden in mehr Konversation, Offenheit, Ehrlichkeit, Kompromissbereitschaft und einer Zieldefinition gesehen (Gerda, S. 12; Jasmin, S. 10; Frank, S. 22). Hilde betont vor allem die fehlende Sprachkompetenz bei Pflegenden mit Migrationshintergrund als erheblichen Mangel: "So lange die das nicht im Griff haben und die deutsche Sprache nicht können, so lange haben sie in der Altenpflege nichts zu suchen. Die können von mir aus die Russen einstellen, aber die müssen richtig deutsch können" (S. 11). Gerda (S. 12) beurteilt die Konstellation nüchtern, aber mit Weitblick, indem sie sagt: "Verbesserungswürdig ist das Team so lange, wie das Team besteht."

Auch die Antworten auf die Wunschfrage (D9) beziehen vielfach auf den Bereich Team bzw. die aktuelle Zusammensetzung (*kursiv* gekennzeichnet). Im Einzelnen wurden folgende Aussagen getroffen:

Inge (S. 11):

1. weniger Krankenstand
2. *mehr Respekt unter den KollegInnen*
3. weniger Pflegefälle der Pflegestufe III

Gerda (S. 13):

1. mehr Zeit für die BewohnerInnen
2. anderes Pflegekonzept

- 3. weniger Rangeleien im Team*
- Hilde (S. 12):
1. *Zusammenarbeit*
 2. *mehr Zeit für BewohnerInnen*
 3. *größeren Etat*
- Dolly (S. 14):
1. *Verbesserung des Teams*
 2. *mehr Gespräche*
 3. *Versetzung der Problem-Pflegekräfte*
- Jasmin (S. 11):
1. *Zusammenhalt*
 2. *Teamarbeit*
 3. *Wahrwerden aller Wünsche*
- Frank (S. 24):
1. *kein Mobbing*
 2. *weniger Bürokratie*
 3. *mehr Zeit für BewohnerInnen*

Daneben lassen sich noch eine Vielzahl an Wünschen dem Bereich „Arbeit mit der Bewohnerschaft“ zuordnen. Interessanterweise messen die Pflegenden mit Migrationshintergrund der derzeitigen Teamsituation eine höhere Bedeutung bei. Deren Wünsche beziehen sich überwiegend auf Veränderungen im Kollegium. Insgesamt werden diesbezüglich zum einen eine verbesserte Kooperation, ein intensivierter Zusammenhalt und ein Austausch in einem respektvolleren Umfeld gewünscht, mitunter auch die durch einen Mitarbeiterwechsel. Zum anderen könnte die Versorgung bzw. Pflege der Bewohnerklientel durch mehr Zeit (z. B. mittels weniger administrativen Aufgaben), mehr Geld oder andere Pflegemethoden positiver gestaltet werden.

Das Arbeitsklima wird überwiegend negativ eingestuft. Eine Ausnahme bildet die Stationsleitung, die möglicherweise aufgrund ihrer Position und der daraus resultierenden Verantwortung die Sachlage beschönigend darstellt. Doch auch sie räumt ein, dass sie die Entlassung der zwei im Team verbliebenen und an der Mobbing-Affäre beteiligten Personen begrüßen würde. Die atmosphärische Schiefelage wird weitestgehend an den oben geschilderten Vorgängen festgemacht, wobei sich andeutet, dass es bisher nicht geschafft wurde, die Situation mit allen Beteiligten bzw. dem Team zu klären. Ressentiments, Ablehnung und Intoleranz gegenüber den im Kollegium weiterhin tätigen Spätaussiedlerinnen dominieren die Stimmung während einer Schicht. Vor allem die befragten Pflegekräfte mit Migra-

tionshintergrund beklagen die derzeitige Situation.

Vorurteile / Einstellung

Die deutschen Pflegepersonen sehen übereinstimmend keinen Zusammenhang zwischen der Herkunft und der Arbeitsweise einer KollegIn (B13). Die Pflegenden mit Migrationshintergrund beurteilen dies anders, indem sie den Einheimischen unterstellen, mit weniger Enthusiasmus bzw. Einsatz zu pflegen, geringeres Interesse am Team zu haben und mit ausländischen Schichtleitungen Probleme zu haben. Hierzu äußert sich Dolly, die als examinierte Altenpflegefachkraft auf sechs Jahre Berufserfahrung verweisen kann und einen thailändischen Migrationshintergrund besitzt: „Es ist schon Neid bei uns im Team. Ich bin keine gebürtige Deutsche, aber als Examinierete habe ich die Aufgabe als Schichtleitung mein Team zu führen. Es kam ab und zu so, dass es manchen [Einheimischen d. A.] nicht gepasst hat“ (S. 3). Und die aus Persien stammende Jasmin (S. 2) korrigiert die vorherrschende Meinung, dass "die Leute aus Richtung Russland alle gut sind und fleißig. [...] Die bleiben hier, bis sie sich festgehakt haben und dann haben die unbefristeten Vertrag und genau diejenigen sind dann ständig krank. Und das ist schlecht." Die Hinweise könnten zum einen auf eine Akzeptanzproblematik hindeuten, bei der die einheimischen Pflegenden aus ethnischen, persönlichen oder Altersgründen Probleme haben, die ausländische stellvertretende Stationsleitung fachlich bzw. hierarchisch anzuerkennen. In diesem Zusammenhang fällt möglicherweise auch die Aussage von Hilde als Altenpflegehilfskraft, die einräumt: „Dann gibt es von den Helferinnen ein paar, [...] da schimpfen wir über die Fachkräfte, was die wieder für einen Mist gemacht haben“ (S. 8). Gerda (43) bestätigt aus ihrer Perspektive ebenfalls die Aussage von Dolly, wenn sie von „Konkurrenzkämpfen“ spricht: „Es gibt welche, die meinen, wenn sie Schichtleitung sind, `nur ich darf an das Telefon gehen, nur ich darf das und das machen´. Aber ich sage, das ist fast schon etwas krankhaft, weil das kann ja nicht sein“ (S. 7). Zum anderen wird die isolierte Stellung der russischen Pflegekräfte aufgezeigt, wenn nach negativen Faktoren bei den Spätaussiedlerinnen gesucht wird. Die befragten einheimischen und ausländischen Teammitglieder solidarisieren sich überwiegend gegen diese. Nur Hilde (S. 6) differenziert auf der Arbeitsebene, wenn sie die Einsatzbereitschaft der Fachkraft aus Kasachstan lobt, da dies ein geringeres Arbeitspensum für die Helferinnen zur Folge hat (S. 10).

Auf die Frage, was die Pflegenden mit Migrationshintergrund von den einheimischen

KollegInnen lernen können, wird hauptsächlich der Umgang mit den BewohnerInnen angeführt (Inge, S. 7; Hilde, S. 7). Sie beklagen eine Respektlosigkeit gegenüber und eine Infantilisierung der zu pflegenden Klientel (C8). Den Einheimischen wird von der anderen Seite ein Mangel an sozialen Faktoren wie Geduld, Gelassenheit, Offenheit, Wärme oder Menschlichkeit attestiert, der noch beispielhaft von den ausländischen Pflegekräften gelernt werden könnte (Dolly, S. 10; Jasmin, S. 8; Frank, S. 14) .

Die gegenseitige Bewertung des gezeigten Fleißes in der Arbeit (F4) fällt positiv aus, jede Partei gesteht der anderen das gleiche Potenzial zu. Gerda (S. 8) und Frank (S. 15) attestieren den jeweiligen Gruppen, der sie gemäß der Einteilung dieser Untersuchung nicht angehören, dass sie sogar „härter“ und „fleißiger“ als die Eigengruppe agieren.

Die Mehrheit aller Befragten empfindet die Präsenz von KollegInnen mit unterschiedlicher Herkunft nicht als Störung (F12). Nur Hilde (S. 9) äußert sich dazu negativ, weil die Personen mit Migrationshintergrund über keine ausreichenden Sprachkompetenzen verfügen: „Mich stört es eigentlich nicht, so lange sie gut deutsch sprechen. Und das können die meisten nicht.“

Die den einheimischen GesprächsteilnehmerInnen vorbehaltene Frage nach der Bedrohung von Arbeitsstellen durch Personen mit Migrationshintergrund, wird gemeinsam geleugnet (F7). Hilde (S. 7) ärgert sich in diesem Zusammenhang jedoch über die unterschiedlichen staatlichen Förderungen, die ausländische InteressentInnen erhalten, um aus der Arbeitslosenstatistik zu verschwinden und in der Altenpflege Fuß zu fassen.

Alle einheimischen Befragten attestieren KollegInnen mit Migrationshintergrund eine gute Ausbildung (F10).

Auf einheimischer Seite wird der Wunsch nach mehr deutschen Pflegekräften in der Altenhilfe verneint (F3). Die Mischung ist gut, jedoch unter der Bedingung, dass bei den ausländischen MitarbeiterInnen eine adäquate Verständigungskompetenz gegeben ist (Inge, S. 7). „Also wie ich das so gesehen habe, ist da eine große Prozentzahl Ausländer, Spätaussiedler. Ich finde es eigentlich nicht verkehrt, aber bei den Leuten, die man hat, sollte man sich darum kümmern, dass man sich mit denen schon verständigen kann“ (Gerda, S. 8.) Auf allochthoner Seite meint die aus Thailand stammende Dolly (S. 10), dass durchaus zu wenig einheimisches Personal auf der Station arbeitet. Frank („Wir sind gut gemischt“; S. 15) und Jasmin (S. 9) bewerten die derzeitige Teamzusammensetzung positiv: „Es ist international: wir haben Russische, Polnische, Deutsche, von Bayern, aus der Oberpfalz, aus Persien.“

Den Fortbestand der Altenpflege ohne ausländische Partizipation bewerten die Einhei-

mischen diskrepant (ja – nein – weiß ich nicht). Die allochthonen Kräfte sehen die Wahrscheinlichkeit der stationären Versorgung ohne deren Beteiligung, prognostizieren für einen derartigen Fall aber erhebliche qualitative Restriktionen (F9). Dolly (S. 11) dazu: „Ich denke schon, dass es [ohne Mitarbeiter aus dem Ausland d. A.] funktionieren würde, aber wie halt, das weiß ich nicht.“ Zum einen würde ohne eine Präsenz von Pflegenden mit Migrationshintergrund bei der teaminternen Atmosphäre etwas fehlen, zum anderen wäre der interkulturelle Pflegeaspekt unterrepräsentiert. "Wir bringen etwas Gutes, was uns unterscheidet, das orientale Dings. Wir vereinen die ganze Mannschaft. Und unsere Bewohner sind auch gemischt – es gibt Leute, die sprechen überhaupt nicht deutsch. Und wenn kommt eine Deutsche, dann kann ein Konflikt entstehen" (Frank, S. 16).

Die Bewertung der multiethnischen Teamzusammensetzung fällt insgesamt positiv aus. Alle sechs befragten Pflegekräfte erachten die Mischung für sinnvoll und angebracht, denn nahezu alle am Pflegeprozess Beteiligten profitieren von der Konstellation: die Pflegenden mit Migrationshintergrund können ihre Sprachkompetenz verbessern („Wir brauchen deutsche KollegInnen, weil sie uns doch helfen, unsere mangelnden deutsche Sprache zu verbessern. Das ist unsere Hilfe“; Frank, S. 15). Die Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund können adäquat, d. h. biografie-orientiert und muttersprachlich versorgt werden (Interkulturelle Pflege). „Es ist sicher toll, wenn man jemanden da hat, der russisch spricht und auch Bewohner hat, die sich da dann äußern können“ (Gerda, S. 8). Von diesem Aspekt profitieren auch die einheimischen Pflegekräfte, ebenso sichern die ausländischen Personen den Personalbedarf ab: „Es wollen nur wenige Deutsche diese Arbeit auch machen“ (Hilde, S. 7). Dennoch werden auch einige individuelle, aber vor allem allgemeine Probleme skizziert. Dolly als Schichtleitung wird von deutschen KollegInnen nicht als vollwertig anerkannt. Hilde sieht die Fördermaßnahmen der Arbeitsagenturen problematisch: „Ausländer werden halt auf die Schule geschickt, damit sie weg sind von der Arbeitslosigkeit. Die werden unterstützt, ob sie gescheit deutsch können oder nicht. Hauptsache weg sind sie“ (S. 7). Dies leitet über zum größten Defizit der Pflegenden mit Migrationshintergrund: der Sprachkompetenz. „Ich bin mit Leuten aus Polen, Türkei, Asien sehr zufrieden“, mein Inge als Stationsleitung (S. 8), „sie müssen nur deutsch schreiben und deutsch sprechen können“ – „und das können die meisten nicht“ (Hilde, S. 8). Letztendlich schwingt

aber auch hier wieder der schon mehrmals erwähnte Konflikt mit, wenn Dolly (S. 11) in Bezug auf die Spätaussiedler-Kolleginnen meint: „Wenn einige eine Gruppe bilden und Hass aufbauen, dann ist das nicht schön.“ Auch Jasmin und Gerda verdeutlichen ihre Geringschätzung für die russischen Kolleginnen, wenn sie deren hohe Krankheitsrate anführen, den Fleiß in Frage stellen und eine zu hohe Präsenz kritisieren („Ich fände es nicht gut, wenn es auf einer Station lauter Weißrussen gibt“).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass innerhalb des Teams keine negativen Vorurteile oder Attitüden geäußert werden. Eine Ausnahme bildet hier jedoch die Bewertung der Pflegenden aus den Spätaussiedlernationen, denen überwiegend mit Ablehnung begegnet wird. Unabhängig davon weisen die Beziehungen im Team eine suboptimale Kommunikation, pflegefachliche Rationalität und kleinere Ressentiments auf.

Wertschätzung

Die Bevorzugung bzw. Benachteiligung innerhalb des Teams wird unterschiedlich gesehen (C7). Die Stationsleiterin (S. 7) sowie Gerda (S. 8) negieren eine ungleiche Behandlung. Die vier anderen ProbandInnen sehen jedoch eine Clique innerhalb des Pflegekollegiums, in der Inge als Stationsleitung selbst Mitglied ist. Dolly (S. 9) als deren Vertreterin und gleichzeitiges Cliquenmitglied deutet eine Bevorzugung an, wenn sie einräumt: „Sie vertraut halt bestimmten Leuten.“ Frank (S. 14) spricht von "Lieblingen" und "Stationsfreundinnen", die „haben private Interessen“ und bekommen leichter Wünsche erfüllt oder häufiger Recht. „Das gefällt mir gar nicht. Aber so sind Frauen. Ich habe noch nie gesehen, dass eine Stationsleitung keine Lieblinge hat, die unabhängig ist. Die braucht immer eine Zweite, Dritte noch dazu. Das ist besser.“

Das vorhandene Maß an Lob wird ebenso differenziert geschildert (B22). Inge als Stationsleitung (S. 4) lobt ihrer Aussage nach allgemein das gesamte Team oder die Schicht, den einzelnen nur in einem Vier-Augen-Gespräch. Dolly (S. 6) und Jasmin (S. 4) bestätigen diese Anerkennung durch die Leitung, sehen aber auch die Angehörigen und Besucher als Sender von lobenden Worten. Frank (S. 9), Hilde (S. 4) und Gerda (S. 5) hingegen sehen teamintern nur wenig verbale Wertschätzung, eher mehr Kritik, die von der Stationsleitung ausgeht. „Da ist kein Gleichgewicht zwischen Lob und Tadel – zu wenig Lob“ (Frank, S. 9). Dies erscheint nachvollziehbar, denn Jasmin und Dolly gehören zur gleichen Clique, in die auch Inge eingebunden ist.

Das kulturelle Interesse ist gespalten (E14). Einige zeigen Neugier gegenüber der fremden Kultur einer KollegIn (Gerda, S. 12; Dolly, S. 13; Jasmin, S. 10), andere sehen im Arbeitsalltag keine Veranlassung bzw. Zeit dazu (Inge, S. 10; Hilde, S. 11; Frank, S. 22).

Verbale Attacken mit verletzendem Impetus sind durchaus präsent (B20). Während Inge (S. 4) und Gerda (S.4) selbst betroffen waren, bestätigt Jasmin (S. 3) derartige Situationen bei anderen Kolleginnen im Team. Frank (S. 9) als männlicher Vertreter war noch keiner direkten Konfrontationen ausgesetzt. Dolly (S. 5) wiederum erklärt, dass sie schon "sehr oft" verbal verletzt wurde. Sie wurde wegen fehlerhaftem Verhalten in unmöglichem Ton angeschrien und eine Klärung endete im Streit: "Wir haben uns nicht vertragen, [...] die hat einfach kein Niveau, einfach keinen Respekt vor Älteren, die duzt jeden und beschimpft und schreit jeden an."

Als Ärgernisse (B19), die von TeamkollegInnen ausgehen, werden das geringe Verantwortungsbewusstsein (Inge, S. 3), Egoismus (Hilde, S. 3), die Konkurrenzkämpfe (Gerda, S. 4), Uneinsichtigkeit (Dolly, S. 5), Gerüchte (Dolly, S. 5; Jasmin, S. 3; Frank, S. 10), die ungerechte Arbeitsverteilung (Jasmin, S. 3) sowie die Hektik, Arbeitsthemen in den Pausengesprächen und Mobbing – „das nervt mich total“ – (Frank, S.8) aufgezählt. Alle GesprächspartnerInnen bestätigen Vorfälle, wo KollegInnen geweint haben (B23). Als Ursachen werden Einarbeitungs- und Beziehungskonflikte genannt (Gerda, S. 5; Dolly, S. 7; Frank, S. 11; Hilde, S. 4), wofür auch das gesamte Klima generell als Begründung herangezogen wird. Zusätzlich kam es auch durch Kompetenzstreitigkeiten bei der Arbeit zu Tränen (Jasmin, S. 4).

Wertschätzendes Verhalten ist im gesamten Team ist wenig ausgeprägt. Die Existenz einer Clique, in die auch Inge als Stationsleitung eingebunden ist (neben Dolly und Jasmin) führt zu einer teaminternen Schieflage. Diese Konstellationen zieht eine Ungleichbehandlung bei Wertschätzung oder Privilegien für die übrigen Pflegekräfte nach sich. Gleichzeitig könnte die Leitung damit auch versuchen, Position und Einfluss im Team durch einen vermehrten Rückhalt bei einigen Teammitgliedern zu sichern. Dolly fungiert in diesem Kontext ebenso als Cliquenmitglied wie auch als inoffizielle Stellvertretung der Leitung. Diese Gruppe setzt sich multiethnisch zusammen.

Generell überträgt sich die schon weiter oben angeführte negative Stimmung auf das Verhalten zwischen den Pflegekräften und wird möglicherweise durch die Cli-

quenwirtschaft verstärkt. So werden viele verbale Verletzungen und Grenzüberschreitungen erwähnt, die entweder auf persönliche Unzulänglichkeiten (z. B. mangelnder Respekt, verletzende Umgangsformen) oder auf das gesamte Klima zurückgeführt werden. Mit Ausnahme der Clique ist das Interesse am Gegenüber wenig ausgeprägt.

Kommunikation

Subkommunikation

Die sechs GesprächsteilnehmerInnen bestätigen unisono die Existenz von subkommunikativen Prozessen (A3).

Sowohl die einheimischen als auch die befragten allochthonen Pflegenden (mit thailändischem, persischem und polnischem Migrationshintergrund) fühlen sich mehrheitlich gestört, wenn im Team von den Spätaussiedlerinnen russisch gesprochen wird. Obwohl die Stationsleitung in diesem Zusammenhang ein Verbot ausgesprochen hat, halten sich die Pflegenden mit Spätaussiedlerhintergrund nicht an diese Vorgabe. Während Inge meint, „ich habe das eigentlich verboten“ (S. 5), äußern alle anderen InterviewpartnerInnen ihren Unmut: „Mich ärgert das, was ich nicht verstehe“ (Frank, S. 11). Ähnlich lauten die Aussagen von Hilde (S. 5), Dolly (S. 7) und Jasmin: „Es stört mich. Weil ich sage dann immer `kannst du bitte deutsch sprechen, weil ich bin sonst beleidigt, weil ich nicht verstanden habe, was du gesagt hast`. Ich sage das immer gleich, weil ich komme aus Persien und fange auch nicht an, persisch zu reden. Wir leben hier in Deutschland und das ist ein Pflegeberuf. Aber das hält dann nicht lange an“ (S. 6). Auch direkte Hinweise auf Ärgernisse durch dieses Verhalten an die Adressaten oder Nachteile für die zu versorgende Bewohnerschaft konnten keine dauerhafte Veränderung im Kommunikationsverhalten bei den Kolleginnen bewirken. „Man kann denen das hundertmal sagen, aber die reden immer wieder, auch wenn es nur drei Fetzen von den Wörtern sind“ (Hilde, S. 5). Auch der Appell vom aus Polen stammenden Frank, „die sollen doch weniger die eigene Sprache reden und mehr probieren in deutscher Sprache – also lieber bla-bla-bla mit Schwierigkeiten“ (S. 13) scheint kaum Berücksichtigung zu finden.

Witze / Scherze

Alle Befragten können mit ihren KollegInnen lachen (B24), dies sei sogar motivierend: „Das Lachen motiviert die Leute zu viel Arbeit. Lachen ist gesund. Ja, und dann kann

man alles machen. Und dann ist alles leichter, kein Stress und kein Problem“ (Frank, S. 9).

Die Aussagen bezüglich der Initiatoren humoriger Äußerungen sind dagegen uneinheitlich (A7). Während die Stationsleitung (S. 5) alle Teammitglieder mit einschließt, schränken die anderen Befragten die Teilnehmeranzahl ein: „Das ist verschieden“ (Hilde, S. 6; ähnlich Dolly, S. 8). Jasmin (S. 6) bzw. Frank (S. 12) sehen sogar nur ein „paar Schwestern“ in der Lage, Spaß zu machen. "Viele können nicht scherzen oder lachen. Keinen Humor. [...] Die Schwestern haben viele private Probleme und darauf ist ihr Interesse gerichtet" (Frank, S. 12).

Drei InterviewteilnehmerInnen (Gerda, S. 5; Dolly, S. 7; Jasmin, S. 5) äußern, dass auf Kosten schwächerer KollegInnen gelacht wird (A1). Eine Klientel, über die sich lustig gemacht wird, stellen diejenigen dar, die öfters krank sind (Dolly, S. 7).

Verständnis

Alle drei einheimischen ProbandInnen artikulieren Verständigungsschwierigkeiten im Austausch mit ihren allochthonen KollegInnen (A4). Teilweise werden die Probleme auf den schriftlichen Verständigungsweg beschränkt: "Mit schriftlichen Sachen habe ich oft Schwierigkeiten, wenn ich etwas lese und mich frage, was meint sie eigentlich damit? Aber beim Reden geht das dann so lange hin und her, bis das dann einfach klar ist" (Gerda, S. 6). Die Stationsleitung dazu: „Das ist halt Mist, wenn ich das lese. Wenn ich das nicht lese, ist es das Gleiche. Dann muss ich mir halt irgendwie etwas Zusammenreimen. Manchmal bekomme ich auch einen Lachkrampf, wenn ich das lese. Da ist alles so verdreht. Ich denke, dass in keinem anderen Land Ausländer sich so schlecht mitteilen können oder und vom Schriftlichen her so einen verantwortungsvollen Job bekommen. Da ist man dann halt irgendetwas, aber nichts, wo man Verantwortung trägt“ (Inge, S. 6). Ähnlich sieht Hilde die Situation: „Die werden halt unterstützt, ob sie gescheit Deutsch können oder nicht“ (S. 7). Als Konsequenz resultieren Missverständnisse, Zeit- und Informationsverluste (Inge, S. 1 bzw. 5) sowie allgemein „Verständigungsschwierigkeiten“ (Hilde, S. 5) und „Durcheinander“ (Helga, S.6).

Die befragten Pflegepersonen mit Migrationshintergrund sehen sich ebenfalls einer Verständigungsproblematik ausgesetzt. Dolly, Jasmin und Frank leben seit acht, 13 bzw. 18 Jahren in Deutschland, beherrschen dementsprechend die deutsche Sprache und verstehen auch größtenteils den bayrischen Dialekt (Frank, S. 11: "Alles nicht, aber 85 Prozent"). „Es gibt so viele Dialekte der bayerischen Sprache, da braucht man ein biss-

chen Zeit. Da sind Helfer aus Regensburg, aus Schwandorf und jeder spricht etwas anders“ (Frank, S. 11). Auch Jasmin gibt zu, „manchmal verstehe ich Bayrisch nicht“ (S. 5).

Ihre ausländischen KollegInnen im Team verstehen sie hingegen zum Teil nicht, weder auf schriftlicher noch auf verbaler Ebene. „Manchmal reden die und ich weiß nicht, was der Sinn ist oder was sie sagen möchten. Wenn die dann Berichte schreiben, dann verstehe ich nichts“ (Jasmin, S. 5). „Es gab [sprachliche d. A.] Probleme mit einem Kollegen, der ist Russe oder so. Ich habe wahnsinnige Schwierigkeiten mit ihm. Also er kann fast nichts“ ergänzt Dolly aus Thailand (S. 8). Vor allem die MitarbeiterInnen aus Spätaussiedlernationen geraten in den Fokus der Kritik: "Die Wolgadeutschen, die haben ein Problem [...] mit deutscher Sprache. Die Russen verstehen auch immer verschiedenes..." sagt der aus Polen stammende Frank (S. 11), der umgekehrt aber von den SpätaussiedlerInnen auch nicht verstanden wird. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass keiner der Befragten bestehende Kommunikations- schwierigkeiten auf die weiteren InterviewpartnerInnen bezieht. So werden beispielsweise türkische Schwestern und russische Kollegen erwähnt (Frank, S. 11; Dolly S. 8).

Dass aus dieser Problemlage Missverständnisse resultieren, erscheint nachvollziehbar und wird von allen sechs Pflegenden bekräftigt (A6). Unter anderem meint Hilde (S. 5) auf Seiten der Einheimischen, dass keine Pflegekraft mit Migrationshintergrund auf der Station richtig deutsch kann, "es gehen Informationen verloren, es wird anders aufgefasst, anders reagiert, anders gehandelt." Sie kommt zu dem Fazit: „Solange die [ausländischen Pflegekräfte d. A.] das nicht im Griff haben und die deutsche Sprache nicht können, solange haben sie in der Altenpflege nichts zu suchen“ (S. 11).

Der verbale Austausch von Pflegenden mit Migrationshintergrund mit externen Personen (z. B. Hausärzten) wird von den einheimischen Befragten ebenso als problematisch bewertet (A8). Hilde (S. 5) berichtet von Situationen, wo die zuständige ausländische Fachkraft übergangen und sie stattdessen als weniger qualifizierte Helferin angesprochen wird: „Mein Gefühl ist, dass die Ärzte lieber deutschsprachiges Personal hätten.“ Gerda (S. 6) weiß Beispiele, in denen Fehlinformationen (aufgrund der Sprache) an die Angehörigen weitergeleitet wurden. Und Inge (S. 5) konstatiert: "Die schlecht sprechen, die bräuchten fast einen Dolmetscher. Wir haben eine, die spricht so schlecht, dass hinterher der Anruf von der Arztpraxis kommt: 'Sagen sie mal, da hat gerade eine Schwester angerufen, ich habe die nicht verstanden'. Und wenn man das dann anspricht, dann

sind die beleidigt."

Frank (S. 12) und Jasmin (S. 6) stimmen mit allen deutschen Pflegenden überein, dass die schlechten Deutschkenntnisse zu Konflikten führen (A9). Die Aussage von Inge als Stationsleiterin (S. 5) verdeutlicht die Situation: "Ich sage ganz offen dazu, das Problem gibt es nur mit den Russen. Wir haben auch eine Asiatin, wir haben auch jemanden aus Polen, aus der Türkei, aus Serbien, Persien und überall her. Und da gibt es keine Probleme damit. Es gibt nur mit den Russlanddeutschen Probleme in unserem Bereich. Die bemühen sich nicht, die sprechen daheim ihre Sprache, untereinander auch, die wollen auch nicht. [...] Im Gegenteil, da bekommt man zu hören 'lern du doch russisch, wenn du das verstehen willst'."

Aus dem geschilderten Kommunikationsverhalten lassen sich mitunter erhebliche Schwierigkeiten für den Integrationsprozess ableiten. Das gesamte Team könnte in drei sprachliche Kompetenzsektoren eingeteilt werden:

- **die einheimischen Kräfte aus Bayern;**
- **die allochthonen Beschäftigten, die schon länger in Deutschland leben, um einen Austausch bemüht sind und über entsprechende Sprachfertigkeiten verfügen;**
- **die Pflegepersonen aus Spätaussiedlernationen, denen von allen Befragten nur ein geringer Wille zur einer verständlichen, deutschsprachigen Kommunikationsbasis, subkommunikative Unterhaltungen und verbesserungswürdige Deutschkenntnisse unterstellt werden. Unter dieser Konstellation leiden sowohl die Arbeit (und somit in letzter Konsequenz die Versorgungsqualität der BewohnerInnen) als auch das Team. „Erstens verstehen unsere Bewohner nicht, dann verstehen wir auch nicht“ (Dolly, S. 7). Die Stationsleitung unterstreicht diese Problematik, wenn sie einen Zusammenhang zwischen Sprachkompetenz und Vertrauen bzw. Verlässlichkeit herstellt: auf die ausländischen Mitarbeiter “kann ich mich nicht gut darauf verlassen, weil das Delegieren nicht verstanden wird und dann das auch nicht getan wird oder anders gemacht wird“ (Inge, S. 1). Und auch die 41jährige Helferin Hilde, gelernte Damenschneiderin, deren Betrieb in Bayern zugemacht und in die Tschechische Republik ausgelagert wurde, ergänzt: „Solange die die deutsche Sprache nicht können, solange haben sie in der Altenpflege nichts zu suchen“ (S. 11). Sie bemängelt aber auch, die Qualifizie-**

rungsinitiativen der Arbeitsagenturen. „Ausländer werden auf die Schule geschickt, damit sie weg sind von der Arbeitslosigkeit. Die werden halt unterstützt, ob sie gescheit Deutsch können oder nicht. Hauptsache weg sind sie (aus der Arbeitslosenstatistik d. A.)“ (S. 7).

Gleichzeitig nutzen die mehrmals erwähnten Pflegekräfte aus den Spätaussiedlergenerationen ihre russische Sprache untereinander zur Kommunikation. Damit wird die verbindende Wirkung von Sprache in einem multiethnischen Team konterkariert, denn die Sprache scheint hier zur Abgrenzung zu dienen. Die anderen KollegInnen werden vom Inhalt ausgeschlossen, kollegiale Verstimmungen und erschwerte Arbeitsprozesse werden nach Aussagen der Befragten dabei in Kauf genommen. Erschwerend hinzu kommt die geringe Bereitschaft der aus Russland stammenden Pflegekräfte, auf Appelle und Bitten der KollegInnen zu reagieren, den Austausch in der für alle verständliche Sprache Deutsch zu suchen. Vielmehr wird sich über Verbote hinweg gesetzt und nach Meinung von Inge die offene Konfrontation mit der Leitung gesucht: „Es gibt welche, die bemühen sich nicht. Im Gegenteil, da bekommt man zu hören: `Lern du doch Russisch, wenn du das verstehen willst“ (Inge, S. 5).

Es ist zu vermuten, dass das Verhalten der SpätaussiedlerInnen wenig dazu beiträgt, eine gelungene Integration bei allen am Team Beteiligten herbeizuführen. Vielmehr separieren sich die russisch-sprechenden Pflegekräfte. In wie weit die Bewertungen der befragten KollegInnen mit dem schon oben erwähnten Konflikt in Zusammenhang stehen, kann nicht abschließend geklärt werden. Unabhängig von den subkommunikativen Prozessen bestätigen jedoch nahezu alle Interviewten, dass die „Wolgadeutschen noch Probleme mit deutscher Sprache“ (Frank, S. 11) haben. D. h. die Voraussetzungen für von Akzeptanz und Toleranz geprägte Beziehungen im Team scheinen nur eingeschränkt gegeben. Eine fehlende oder mangelnde Kommunikation erschwert jegliche Nähe, eliminiert mitunter die Entdeckung von Gemeinsamkeiten und verhindert m. E. grundsätzliches Verstehen. Dass auch die anderen allochthonen Pflegepersonen mit sprachlichen Schwierigkeiten konfrontiert sind, verdeutlichen Hinweise auf den Dialekt der Einheimischen: „Es gibt so viele Dialekte der bayerischen Sprache, da braucht man ein bisschen Zeit. Da sind Helfer aus Regensburg, aus Schwandorf und jeder spricht

etwas anders“ (Frank, S. 11). Es zeigt sich jedoch, dass anscheinend die Bereitschaft zur Verständigung die entscheidende Variable ist, so die aus Thailand stammende Dolly: „Wenn man in diesem Beruf ist, sollte man schon die deutsche Sprache beherrschen“ (S. 7).

Kooperation

Reziprozität

Alle Befragten äußern die Existenz von Egoisten im Team (B6). Diese Personen haben die Tendenz, andere für sich auszunutzen (Dolly, S. 2), drängen in den Vordergrund (Jasmin, S. 1), betonen dabei ihre eigene Leistung (Hilde, S. 2) und erheben Dominanzansprüche (Frank, S. 4). Derartige Tendenzen werden von den Befragten den älteren, berufserfahrenen Kräften nachgesagt.

Übereinstimmend werden bei einem personellen Ausfall durch Krankheit die Alternativen Notprogramm, Kompensation und Einspringen aufgezählt (B7). Mehrheitlich funktioniert die Rekrutierung der Pflegekräfte von Zuhause (Inge, S. 1; Gerda, Dolly, Jasmin; alle S. 2), nur Hilde (S. 2) meint, dass immer die gleichen KollegInnen fehlen und es somit zu Geschimpfe hinter dem Rücken kommt. „Bei uns sind es immer dieselben, die zuhause bleiben oder krank sind. Und irgendwie bekommt man dann schon eine Wut, weil du kommst mit Grippe und der andere bleibt deswegen daheim.“ Ähnliches bestätigt auch Frank (S. 5), wenn er KollegInnen sieht, die häufig nur einen Tag arbeitsunfähig sind und dann keine Krankmeldung bringen müssen. „Die Schwestern schimpfen dann umso mehr und müssen doppelt arbeiten.“

Ebenso bestätigen sämtliche InterviewpartnerInnen, dass es bestimmte MitarbeiterInnen gibt, die auffallend oft krank sind und nicht zur Arbeit erscheinen (B8). Dabei geben nahezu alle an, unterscheiden zu können, ob eine Person wirklich gesundheitlich beeinträchtigt ist oder nur krank macht bzw. spielt. „Wir wissen schon, wer ist krank und wer ... spielt krank“ (Frank, S. 5). Vor allem die jüngeren Kräfte, die lediglich aus materiellem Zwang in der Pflege tätig sind, werden angeführt: „Die junge Generation. Leute arbeiten nur, weil sie wissen sie brauchen Geld“ (Frank, S. 5).

Hilfsangebote an KollegInnen werden nicht immer positiv aufgefasst (B9). Während Hilde (S. 2), Dolly (S. 3), (Gerda (S. 2) und Jasmin (S. 2) der Meinung sind, dass sich alle im Team gerne helfen lassen, sehen Inge (S. 2) und Frank (S. 4) einige Personen (v. a. Fachkräfte), die Unterstützungsofferten als Kritik auffassen und dann beleidigt sind. „Manchmal sind sie etwas beleidigt und erregt, wenn ich etwas sage“ meint Frank (S. 6)

als gelernter Krankenpfleger.

Die wechselseitigen Hilfsangebote im Team zeigen sich restriktiv (E10). Einerseits äußert nicht jedes Teammitglied die Bereitschaft, eine Hilfe oder Unterstützung zu benötigen. Da „wird sich ab und zu geziert“ (Frank, S. 20), was von ihm aber auf den einzelnen Charakter zurückgeführt wird. Andererseits ist es nicht immer möglich, jeder KollegIn Hilfe zukommen zu lassen: „Ich möchte nicht sagen, dass das böswillig gemeint ist, das geht dann einfach nicht. Vielleicht sind das einfach der Zeitmangel und der Personalmangel“ (Gerda, S. 11). Jasmin (S. 10) sieht aber auch die KollegInnen mit Spätaussiedlerherkunft, denen vom Rest des Teams keine Hilfe oder Unterstützung angeboten wird. Sie begründet dies damit, dass sie diejenigen sind, „die meinen, sie sind die Besseren, die wissen, wie alles gemacht wird.“ Dolly (S. 13) weist zusätzlich auf die ablehnende Haltung der Spätaussiedlerinnen bezüglich der Hilfestellungen hin. „Die werden sowieso nicht zu mir kommen.[...] Die ist Russin, die meint immer, sie ist eine Erfahrene. Die braucht keine Hilfe, die kommt alleine klar. Die macht stur ihren Weg weiter. Die arbeitet für sich und ihre andere Kollegin da von ihrem Land und die kapseln sich auch ab. Und das soll man Team nennen?“

Die Antworten über die Adressaten von Hilfestellungen variieren ebenfalls (E13). Während einige bestätigen (Frank, S. 21; Jasmin, S. 10), dass jede Pflegekraft des Teams in die Lage kommen kann, wo man auf Hilfe angewiesen ist (dazu Gerda, S. 12: „Irgendwann kommt immer der Punkt“), sehen Hilde (S. 11), Inge und Jasmin (S. 10) aber umgekehrt KollegInnen, die Unterstützungsangebote ablehnen: „Die können alles, die wissen alles, die brauchen niemanden“ (Inge, S. 10).

Die Wechselseitigkeit des kooperativen Handelns im Team ist signifikant gestört. Die notwendigen Versorgungsprozesse des pflegerischen Alltags werden im Krankheitsfall aufrecht gehalten, indem alle Teammitglieder zu Extra-Dienstzeiten zur Verfügung stehen. Teaminternen Unmut erzeugt in diesem Zusammenhang jedoch die Wahrnehmung, dass einige bestimmte KollegInnen kurzzeitige Krankheitsausfälle auf Kosten der übrigen Pflegekräfte vortäuschen. In der Folge ist das Teamgefüge durch einige Egoisten und die angeführten "Krankspieler" Belastungen ausgesetzt. Daneben wird auch hier explizit auf die Gruppe der Spätaussiedlerinnen hingewiesen, die keine Unterstützung vom Rest des Teams einfordern. Sie erhalten umgekehrt – so wird betont – aber auch keine Hilfsangebote. Ähnliches wird auch für einige Fachkräfte attestiert. Durch die gestörte reziproke Unterstüt-

zung leiden sowohl die Beziehungsstrukturen als auch die Zusammenarbeit. Das wechselseitige Unterstützungsverhalten wird auf drei Wegen beeinträchtigt: Erstens wird nicht jedem Teammitglied Hilfe angeboten (Kolleginnen mit Spätaussiedlerhintergrund). Zweitens erklärt sich nicht jeder Pflegeakteur zur teaminternen Unterstützung bereit (z. T. den Rahmenbedingungen wie Zeitmangel geschuldet) und drittens nehmen nicht alle Pflegekräfte das Angebot der KollegInnen an (vereinzelte Pflegefachkräfte, wiederum die Pflegenden aus Spätaussiedlernationen). Dolly (S. 13) konstatiert für sich: „Das ist kein Team.“

Kohäsion

Alle sehen EinzelgängerInnen im Team (E2). Mehrheitlich wird dies als Störung des Arbeitsgefüges aufgefasst, da Informationen verloren gehen (Inge, S. 9; Jasmin, S. 9). In diese Kategorie werden verschiedene Personen eingeordnet: ein Pfleger (Frank, S. 17), eine Teilzeitkraft (Inge, S. 9) und eine kasachische Kollegin, „die will mit dem Kopf durch die Wand, die ist stur, dickköpfig“ (Hilde, S. 8). Dolly beschreibt den Kontakt zu den Kolleginnen aus Kasachstan mit den Worten: „Wir reden absolut nicht miteinander, außer es hat mit der Arbeit zu tun. Ein paar Worte und dann ist Schluss. Das ist schon schlimm“ (Dolly, S. 13).

Die Existenz verschiedener Subgruppen oder Cliques wird von der Stationsleitung prägnant verneint (E1): „Bei uns im Team gibt es keine verschiedenen Gruppen“ (Inge, S. 8). Sie selbst wird aber von anderen InterviewteilnehmerInnen als Mitglied in einer Clique innerhalb des Teams eingestuft. Die Aussagen aller anderen Befragten deuten auf diverse Gruppen- und Cliquekonstellationen hin: die HelferInnen, die über die Fachkräfte schimpfen (Gerda, S. 9; Hilde, S. 8); die „Wolgadeutschen“ (Frank, S. 16), also die Spätaussiedlerinnen, die sich „heftig von den anderen Nationen benachteiligt fühlen“ (Frank, S. 16; ähnlich Hilde, S. 8 und Dolly, S. 11); laut Dolly (S. 11) auch eine Gruppe der Deutschen, zu der sie auch „automatisch“ gehört und die Clique.

Die individuelle Bedeutung der Gruppenmitgliedschaft im Pflegekollegium fällt diskrepant aus (E3). Dolly (S. 12) und Hilde (S. 8) können aus ihrer Partizipation am Team wenig bis „nichts“ abgewinnen. „Manchmal hat man eine Zeit, da könnte man bloß weinen, wenn man morgens in die Arbeit geht“ (Hilde, S. 8). Inge (S. 9) ist "gern Mitglied und dabei im Team", sieht aber auch ihre isolierte Stellung und die notwendige Distanzierung aufgrund ihrer Leitungsfunktion. Gerda (S. 9), Jasmin (S. 9) und Frank (S. 17) bewerten ihr stationäres Dasein positiv, sehen es als Herausforderung oder beto-

nen die eigene Verankerung im Team.

Eine Abgrenzung zu externen Personen ist bei keiner Interviewperson zu erkennen, alle bewerteten Besuche und Visiten als positive bzw. essentielle Begleiterscheinungen des Pflegealltags (E7).

Die Gemeinsamkeiten der ProbandInnen (E5) beschränken sich auf profane Faktoren wie die Arbeit oder den Beruf (Frank, S. 18; Gerda, S. 10; Hilde, Jasmin, beide S. 9). Dolly (S. 12) sieht Gemeinsamkeiten nur in ihrer Clique. Und die Stationsleiterin (S. 9) attestiert entgegen den anderen Meinungen einen hohen Spaß- und Lachfaktor im gemeinsamen Stationsalltag: "Der große Teil vom Team hat wirklich ein ganz tolles Klima."

Der Zusammenhalt des multiethnischen Teams weist diverse Einschränkungen auf. Neben verschiedenen Einzelgängern, die sich separieren und „Kommunikationsbremsen“ sind, scheinen auch einige Subgruppen zu bestehen. Zum einen schließen sich die Pflegekräfte mit Spätaussiedlerhintergrund zusammen und separieren sich auch bewusst (siehe den Indikator Subkommunikation). Zum anderen beeinträchtigt eine Clique, zu der Leitung und auch deren Stellvertretung gehören, das Gefühl der Zusammengehörigkeit. Die „Stationsfreundinnen“ (Frank, S. 14) genießen nach Meinung von Einigen Privilegien. Die Clique scheint ein informales Kommunikations- und Informationsnetz zu repräsentieren, das die Transparenz im Pflegeteam beeinträchtigt. Eine derartige Konstellation wird aber von der Stationsleitung verneint, ebenso wie die von den anderen Befragten geäußerten banalen Gemeinsamkeiten bei den Pflegekräften – sie sieht Spaß und Verständnis im Team. Bei Betrachtung aller Antworten erscheint es jedoch sehr unwahrscheinlich, dass eine Wir-Charakteristik mit einer entsprechenden emotionalen Bindung an das Team bei allen umfänglich ausgeprägt ist. Vielmehr kann m. E. geschlossen werden, dass die (Leitungs-)Clique den Kern des Teams bildet – zumal die Führungspersonen der Station dort beteiligt sind – und sich die übrigen Pflegekräfte bzw. die weiteren „Grüppchen, die sich untereinander austauschen, ohne dass es gleich das Team erfährt“ (Gerda, S. 9), eher satellitengleich um dieses Zentrum herum verteilen.

Vertrauen

Die InterviewteilnehmerInnen, die nicht in die Clique involviert sind, reden nur sehr

wenig über private Themen (A2): „Ab und zu, selten“ (Gerda, S. 5). Inge (S. 5), Jasmin und Dolly (S. 7) hingegen können als Mitglieder der informellen Gruppe über intime Inhalte „mit bestimmten Kolleginnen, mit denen ich mich gut verstehe“ (Jasmin, S. 5) auch während der Arbeit reden.

Die Verlässlichkeit der KollegInnen innerhalb des Teams zeigt sich suboptimal ausgeprägt (B3). Inge als einheimische Stationsleiterin (S. 1) erklärt, dass sie sich auf Pflegekräfte mit Migrationshintergrund aufgrund der sprachlichen Defizite teilweise nicht verlassen kann, "weil das Delegieren nicht verstanden wird und dann auch nicht getan wird oder anders gemacht wird". Auch der aus Polen stammende Frank (S. 2) sieht zwei Problemgruppen: „Mit den jungen Leuten, das ist ein Problem, die sind nicht vorbereitet. [Auch d. A.] mit Ausländischen, die verstehen nicht richtig.“ Auch die anderen beiden ausländischen InterviewpartnerInnen sehen eine Zuverlässigkeit nur bei „ein paar“ (Jasmin, S. 1) KollegInnen gegeben.

Analog wird das Vertrauen, das den MitarbeiterInnen im Team entgegen gebracht wird, bewertet (B4). Keiner der ProbandInnen vertraut vollends den ArbeitskollegInnen, jede hegt gegenüber bestimmten Personen ein Misstrauen. „Ich bin misstrauisch. Ich habe noch nicht großes Vertrauen in dieses Team, in meine Kollegen. Nicht alle kenne ich so richtig“ (Frank, S. 23). „Bei uns darf man bald gar nichts mehr sagen, das wird dann alles irgendwie umgedreht und zum Schluss kommt ganz etwas anderes heraus, noch viel dramatischer, als es überhaupt ist“ (Hilde, S. 1). Inge misstraut den ausländischen Pflegenden, die sprachliche Defizite aufweisen (S. 1). Und Gerda beziffert den Anteil unter den KollegInnen, denen sie vertraut, auf „80 Prozent“ (S. 1).

Obwohl alle sechs GesprächsteilnehmerInnen ein Klima bestätigen, wo jede Pflegekraft ihre Meinung sagen kann (B11), sehen Inge und Gerda (beide S. 2) viele KollegInnen, die keine (auch kritischen) Äußerungen im Team tätigen. Andere bemerken, dass aus offenen, authentischen Aussagen mitunter Streit unter den Teammitgliedern entsteht: „Wenn mir etwas nicht passt, dann sage ich es sofort. Deswegen kam es immer wieder zu Streit“ (Dolly, S. 3; ähnlich Hilde, S. 3).

Auch die Verbalisierung von Gefühlen ist teamintern nur punktuell möglich (B18). Hilde (S. 3) und Frank sehen keine tiefen, sondern nur oberflächliche Gefühlsäußerungen: „Unsere Gefühle, na ja ... besprochen wird da nichts, da braucht man nicht viel dazu zu sagen“ (Frank, S. 8). Dolly (S. 5) spricht nur in ihrer Clique „über Privates, dies und das, auch über Familie“, Gerda (S. 3) sieht hauptsächlich die Supervision als Plattform für Gefühlsäußerungen und die Stationsleitung (S. 3) sieht dies in Abhängigkeit vom

jeweiligen Einzelfall.

Eine vertrauensfördernde und -volle Basis als eine Voraussetzung für kooperatives Agieren ist im Team nur rudimentär vorhanden. Jeder der befragten Teammitglieder hat für sich im Pflegekollegium Personen ausgemacht, denen mit Misstrauen begegnet wird. Besonders werden in diesem Kontext bestimmte ausländische KollegInnen erwähnt, die die deutsche Sprache nicht in dem Maß beherrschen, wie es für den Arbeitsalltag notwendig wäre. Daneben zeigt sich auch hier die vorteilhafte Situation der Cliquesmitglieder, denen eine vertrauensvolle Ansprechperson zu emotionalen bzw. intimen Gesprächen zu Verfügung steht. Zusätzlich addieren sich reduzierte Delegationsmöglichkeiten (durch mangelhafte Sprachkompetenz und dementsprechenden Einbußen in der Verlässlichkeit), sodass ein vermehrtes Plus an eigener Arbeit oder eventuelle Nachkontrollen vermutet werden können. Die poröse Vertrauensbasis auf kommunikativer Ebene reduziert den Austausch von Gefühlen auf ein Minimum. Wie wichtig dies wäre, lässt sich unter Umständen daraus ableiten, dass der künstlich geschaffene Rahmen einer Supervision als Plattform für den Austausch von Emotionen angeführt wird. Auch artikulieren nur wenige Pflegekräfte offen ihre Meinung, wodurch verdeckte Nachrichtenwege und begrenzte Gesprächszirkel eine Folge sein können.

Unterstützung

Der Umgang mit Wissens-Defiziten im Team wird einheitlich geschildert (B21). Inge als Stationsleiterin (S. 4) geht auf jede KollegIn zu, wenn die Defizite sieht und erkennt, dass die Betroffenen nicht aus eigenem Antrieb auf sie zukommen. Jasmin bestätigt dies, ist aber als Cliquesmitglied auch eine bevorzugte Nutznießerin von Hilfe durch „die Chefin“ (S. 3). Gerda (S. 4) und Frank (S. 9) fassen für sich zusammen: wer fragt, bekommt auch Hilfe. Dolly (S. 6) und Gerda (S. 4) geben als Altenpflegefachkräfte bereitwillig Erklärungen, wenn sie gefragt werden, wobei ihnen Fragen stets gestellt werden können. Hilde beschreibt als betroffene Hilfskraft das Problem eines diskrepanten Antwortverhalten der gefragten Fachkräfte, denn die Aussagen sind oft uneinheitlich und verunsichern ergo die Fragestellenden: „Dann sagt der eine so, der andere so und zum Schluss steht man dann alleine da“ (S. 3)

Die Frage nach einer gesundheitlichen Beeinträchtigung durch nicht wahrgenommene kollegiale Hilfe (B25) wird von Inge (S. 4) bestätigt, da sich die Betroffene selbst etwas

beweisen wollte. Jasmin berichtet diesbezüglich von ihrer Vermutung eines absichtlich fingierten Arbeitsunfalls einer Kollegin. „Wenn da ein Bewohner ist, der 120 Kilogramm wiegt, dann soll ich den nicht alleine aus dem Bett transportieren auf einen Stuhl. Aber es gibt Kolleginnen, die machen das allein. Dann tun sie sich weh und jammern Arbeitsunfall. Das ist nicht leicht zu glauben, aber glauben sie mir“ (S. 4). Alle anderen negieren Verletzungen, denn „meistens holt man sich schon jemanden, der hilft, da unterstützt man sich schon gegenseitig“ (Hilde, S. 4).

Als Hauptansprechpartnerin bei Problemen wird die Stationsleitung angeführt (D8). „Die Stationsleitung, das ist der beste Weg“ (Frank, S. 23). Cliquenmitglied Jasmin (S. 11) bezieht sie auch in private Sachlagen mit ein. Inge als Leitung (S. 11) wendet sich selbst extern an die Pflegedienstleitung, nicht an das Team oder an die Cliquenmitglieder.

Die allgemeine Unterstützung im Team könnte als holprig umschrieben werden, sie ist sowohl an Konditionen als auch an Restriktionen geknüpft. D. h. teilweise werden eigene Defizite nicht eingestanden und eine notwendige Unterstützung somit nicht artikuliert, sodass als Folge der Hilfesteller bzw. Wissende den aktiven Part übernehmen und bei Bedarf auf die Betroffenen zugehen muss. Daneben gestalten sich mitunter die fachlichen Auskünfte uneinheitlich, was teilweise wiederum Verunsicherung generiert. Erschwerend sind einige KollegInnen auch trotz unbefriedigender Ergebnisse von ihren Fähigkeiten überzeugt. Angesichts der aufgezeigten Begleiterscheinungen und nach den Aussagen der Befragten werden überwiegend – aber selektiv – instrumentelle und informative Unterstützungsleistungen im Team erbracht. Für die Clique kann auch noch eine emotionale Unterstützung angenommen werden. Die Stationsleitung hat in diesem Zusammenhang keine generell herausragende Stellung, ist aber aufgrund ihrer Position Hauptadressat bei Problemen der Teammitglieder.

Leistung

Nahezu alle GesprächsteilnehmerInnen geben an, dass die Teammitglieder ebenso viel leisten, wie sie selbst (F1), „alle gleich viel“ (Frank, S. 15). Lediglich Hilde schränkt ein: „Manche sind langsamer“ (S. 7).

Dennoch bewerten alle sechs Befragten die Leistung der einzelnen Teammitglieder als ungleich (B15), d.h. „manche mehr, manche weniger“ (Frank, S. 7). Interessant ist hier-

bei, dass hierfür überwiegend situative und psychologische Faktoren als mögliche Ursachen gemutmaßt werden. Eine verminderte Arbeitsleistung liegt unter anderem an privaten Problemen (Inge, S. 2), an der Tagesform (Frank, S. 7), an Desinteresse und Spaß (Dolly, S. 4) oder an Motivationsschwierigkeiten bei altgedienten KollegInnen (Gerda, S. 3).

Eine direkte Bestätigung der These, dass gute Deutschkenntnisse zu Mehrarbeit im Team führen (A10), leisten Jasmin (S. 6) und Frank (S. 12). "Von mir verlangt er [der Chef d. A.] mehr, weil er weiß, sie ist neu, sie versteht nicht. Die sprechen schlecht, schreiben ist noch schlimmer als von mir. Ich bin benachteiligt. Zumindest in der Schreibe" (Frank, S. 12). Hilde (S. 5) stellt eine Diskrepanz zwischen der Qualifikation und dem daraus resultierenden Anforderungsprofil einer Fachkraft und der Herkunft bzw. der Sprachkompetenz fest. D. h. Fachkräfte müssen aufgrund ihrer Qualifikation ein Mehr an Verantwortung übernehmen, die Pflegenden aus Kasachstan können dem durch ihr Sprachdefizit aber nicht gerecht werden. Dolly (S. 9) meint, dass eine schlechte Sprachkompetenz nicht zu weniger, aber zu anspruchslosen bzw. primitiveren Tätigkeiten führt (z.B. Wäsche aufräumen), denn „die vermeiden dann Kontakt mit Angehörigen.“ Inge (S. 6) und Gerda (S. 6) negieren die Hypothese.

Sowohl die allochthonen als auch autochthonen Antworten verneinen eine Mehrarbeit im Vergleich zur anderen Gruppe (F5).

Als Defizite (F8) auf Seiten der allochthonen KollegInnen benennen die einheimischen InterviewpartnerInnen vor allem die „Deutschkenntnisse“ (Hilde, S. 8) und „Einfühlungsvermögen“ (Inge, S. 8). Umgekehrt stimmen die Pflegenden mit Migrationshintergrund darin überein, dass den deutschen MitarbeiterInnen soziale Faktoren wie „Wärme“ (Dolly, S. 11), „Zusammenhalt, Ehrlichkeit und Offenheit“ (Jasmin, S. 8) fehlen.

Die Einschätzungen bezüglich der Einzelleistungen der unterschiedlichen Teammitglieder fallen differenziert aus. Aus Sicht der Befragten erbringen nicht alle Pflegekräfte aufgrund verschiedener Ursachen die gleiche Leistung. Letztendlich kann dies als Ergebnis der schon weiter oben dargestellten Faktoren interpretiert werden. Fehlendes Vertrauen, eine eingeschränkte Verlässlichkeit, erschwerte Kooperationshandlungen oder Subgruppenkonstellationen beeinflussen die individuelle Leistungsbereitschaft. Zusätzlich sehen sich einige der Befragten durch die mangelhafte Kommunikationskompetenz einiger ausländischer KollegInnen benachteiligt. So besteht als Konsequenz das Risiko, dass die Gesamtleistung des

Teams in Mitleidenschaft gezogen wird. Gleichzeitig erscheint es auch plausibel, wenn eine reduzierte Leistungsbereitschaft oder Defizite an Wissen und Kommunikationsfähigkeit bei KollegInnen zu vereinzelt Verstimmungen und Unmut bei Benachteiligten führen.

Ziele

Die Erfolgsdefinitionen der Interviewpersonen zielen einerseits auf die persönliche, andererseits auf die bewohnerbezogene Ebene ab (D2). Ein persönlicher Erfolg wird durch den Erwerb eines guten Rufes (Frank, S. 22), die Vollendung der Lebensarbeitszeit (Jasmin, S. 10), eine gute teaminterne Zusammenarbeit (Hilde, S. 12) sowie durch positive Reaktionen (Lachen) bei den BewohnerInnen, die durch die Anwesenheit einer Pflegekraft ausgelöst werden (Gerda, S. 12), erreicht. Auf Bewohnerebene stellen eine gute Lebensqualität trotz gerontologischer und geriatrischer Veränderungsprozesse (Inge, S. 11) und ein allgemeines Maß an Zufriedenheit (Dolly, S. 14; Inge, S. 11) ein positives Erlebnis in der täglichen Pflege dar.

Auf die Frage nach den vermuteten Erfolgsvorstellungen im KollegInnenkreis projizieren Gerda (S. 12), Hilde (S. 12) und Jasmin (S. 10) die eigene, oben dargestellte Auslegung auch auf das Team (D3). Die Stationsleitung (S. 11) meint hingegen ironisch, "wenn sie [die Pflegekräfte d. A.] viele Leute gewaschen haben", also im Sinne von viel geleistet haben. Dolly (S. 14) und Frank (S. 22) denken ähnlich, wenn beide das Streben nach Lob und Anerkennung als Erfolgskriterium „wahrscheinlich“ (Dolly, S. 14) bei den KollegInnen ausmachen.

Auch die Aussagen zu einem gemeinsamen Ziel des Pflegekollegiums differieren (E8). Inge (S. 10) und Hilde (S. 9) artikulieren als einzige der Befragten die Existenz eines gemeinsam anvisierten (und zum Teil dokumentierten) Projektes, in dessen Rahmen den BewohnerInnen nachmittags mehr Beschäftigung angeboten werden soll. In diesem Zusammenhang wurden neue Strukturen innerhalb der Stationsorganisation geschaffen (d. h. eine zusätzliche Pflegekraft für diese Schicht). Das Vorhaben läuft schon länger, wenn es auch noch verbesserungswürdig ist, "und jeder hat was dazu beigetragen" (Hilde, S. 9). Den übrigen GesprächsteilnehmerInnen ist diese gemeinsame Aktion entweder in der Interviewsituation als Zielvorstellung u. U. nicht präsent oder wird möglicherweise anders bewertet. Sie verbalisieren vielmehr unterschiedliche Ziele des Teams, die vom Wohlbefinden der BewohnerInnen (Gerda, S. 11; Dolly, S. 13) über eine offene Kommunikation und den Zusammenhalt des Teams (Jasmin, S. 9) bis zu einer guten

Kooperation (Frank, S. 20) reichen. Ebenso differenziert wird sich zu der Nachhaltigkeit diesbezüglicher Diskussionsprozesse geäußert. Während Jasmin (s. 9) und Gerda andeuten, dass „die Ziele eigentlich hunderttausend Mal fest formuliert worden“ sind (S. 11) und darüber auch gesprochen wurde, verneinen dies Dolly (S. 13) und Frank: „Besprochen sage ich mal `nein`, nicht richtig“ (S. 20).

Die von Deutsch (1976: 54) geforderte Motivübereinstimmung bei Zielen, um diese in gemeinsamen, kooperativen Interaktionen zu verwirklichen, ist im Team wenig gewachsen. Dies lässt sich aus der Aussage der Leitung ableiten: „Für manche ist ein Erfolg, wenn ab Montag die Bewohner auf Station alle geduscht werden und am Mittwoch alle fleißig und sauber sind. Bei anderen ist ein Erfolg ... ich weiß es nicht“ (Inge, S. 11). Ohne eine einheitliche Zielsetzung fehlt es auch an Maßstäben für die eigene Erfolgsdefinition bzw. für einen Abgleich des eigenen Handelns mit den vereinbarten Leistungsparametern.

Die gemeinsame Konzeption zur Verbesserung des Beschäftigungsangebotes für die Bewohner ist mehrheitlich nicht als Vorhaben Aller transparent. Somit ist es nachvollziehbar, wenn Hilde und Inge beiderseits verlauten lassen, dass die Umsetzung des Projektes noch Verbesserungen bedarf. Auch die dichotomen Erfolgsauffassungen weisen auf unterschiedliche Intentionen der Beteiligten hin: zum einen wird agiert, um sich selbst Bestätigung zu verschaffen, zum anderen steht das Team bzw. die Pflegeklientel im Fokus der Handlungen.

Weder die einheimischen noch die Pflegenden mit Migrationshintergrund können ein einheitliches Ziel des Teams benennen. Dies erscheint umso prekärer, da einige Aussagen darauf schließen lassen, dass gemeinsame Zielfindungsprozesse innerhalb des Teams schon stattgefunden haben. Die Uneinheitlichkeit hat möglicherweise Auswirkung auf das Kooperationsverhalten zwischen den multiethnischen Pflegeakteuren, denn je spezifischer und transparenter deren Festlegung, desto höher ist das Engagement aller MitarbeiterInnen. Angesichts der angespannten Lage, in der sich das Team befindet, lässt sich eventuell darauf schließen, dass eher ich-bezogene Motive bei den Pflegekräften im Vordergrund stehen oder dass die komplexe Konstellation im Team derzeit die Umsetzung eines gemeinsamen Ziels aller nicht zulässt.

Konfliktverhalten

Die meisten Konfliktursachen lassen sich gemäß den Antworten der InterviewteilnehmerInnen in zwei Bereiche einteilen (C1). Zum einen handelt es sich um Streitigkeiten wegen den Arbeitsmethoden bzw. der Arbeitseinteilung, also um „Berufliche Dinge wegen wenig Zeit und wegen Vergesslichkeit“ (Frank, S. 13). Jasmin unterstreicht dies, wenn sie sagt: „Nur wegen der Arbeit, wegen sonst nichts. Die eine sagt so, die andere so. Den größten Streit gibt es deswegen, weil die eine fünf Leute zur Grundpflege hat und die andere nur zwei Leute zu pflegen hat“ (S. 6). Inge bestätigt derartige Anlässe, „wenn einer meint, er hat ein bisschen mehr machen müssen“ (S. 6). Zum anderen wird von Konkurrenzstreitigkeiten berichtet, „es sind immer die Gleichen, die sich auf den Schlips getreten fühlen“ (Gerda, S. 7). Dolly führt in diesem Zusammenhang auch den Umgang mit PraktikantInnen an, denen von den russischen Fachkräften keine Pflegemaßnahmen gezeigt werden. „Wenn wir da sind, nehmen wir die Praktikantin an die Hand und zeigen auch. Und wenn die anderen kommen, die gehen dann heimlich und legen Katheter, damit sie nichts lernt“ (S. 9). Ein ähnliches Konfliktbild skizziert Hilde, wenn sie von „Kommunikationsschwierigkeiten“ zwischen „Russisch und Deutsch“ (S. 6) spricht.

Die beteiligten Konfliktparteien wechseln und zeigen einen hohen Grad an Heterogenität (C2). Erstens konkurrieren die Fachkräfte untereinander. Jasmin als Pflegehelferin sieht „nur die Examinierten, weil sie nicht pflegen. Ich habe keine Pflichten, aber die Examinierten und da ist immer der Kampf untereinander“ (S. 6). Gerda als examinierte Fachkraft bestätigt diese Konstellation (S. 7). Zweitens geraten Fachkräfte und HelferInnen aneinander (Gerda, S. 7; Inge, S. 6). Jasmin führt als Beispiel an: „Bei uns gibt es einen Mann, der ist 45. Der ist Helfer. Und es gibt eine Altenpflegerin, die ist 25. Und der sagt natürlich, von der lasse ich mir nichts sagen. Aber die sind halt so, die möchten das nicht wahrhaben“ (S. 6). Drittens streiten RaucherInnen mit NichtraucherInnen (Inge, S. 6): „Die Nichtraucher fühlen sich ein bisschen benachteiligt, weil ja die Raucher fünf bis sechs Mal zum Rauchen gehen und das immer fünf Minuten sind. Da gibt es dann natürlich schon Ärger, auch zu Recht muss ich sagen.“ Viertens feinden sich mitunter ältere und jüngere KollegInnen an (Gerda, S. 7) und fünftens auch eine "deutsche" Gruppe mit den aus Spätaussiedlernationen stammenden MitarbeiterInnen. „Es gibt zwei Parteien. Wir haben zwei Russinnen und die treiben uns auseinander. Also sie und die Deutschen“ (Dolly, S. 9; analog Hilde, S. 6). Und Frank sieht generell ein erhöhtes Konfliktpotential, wenn viele Frauen zusammen sind: „Frauen brauchen nicht

viel zum Streiten, Kleinigkeiten“ (S. 13).

Allgemein bestätigen alle Befragten einen lauten, heftigen Umgang in konfliktären Situationen (C3). Hilde beschreibt aus ihrer Sicht die Spannungen zwischen den einheimischen und den Pflegenden aus Kasachstan so: „Deutsch bleibt ruhig und Russisch schreit. Und vor lauter Schreien verstehen die dann noch weniger und die Stimme wird dann immer hektischer und hektischer und dann schreien sie und dann verstehen sie nicht mehr, was gesagt wird und zum Schluss weiß ich nicht, ob die überhaupt etwas verstehen“ (S. 6). Ähnlich äußert sich Dolly, wenn sie sagt: „Wir sind alle erwachsen, aber manchmal ist es schon etwas heftig“ (S. 9). Die Stationsleitung (S. 7) bezieht als einzige das Konfliktgeschehen ausschließlich auf die Diskussion hinsichtlich der Raucherpausen. Hier wurde ein Regelwerk von ihr erlassen, das jedoch bei ihrer Abwesenheit nicht eingehalten wird. Die Äußerungen aller fünf übrigen Befragten stehen im Zusammenhang mit der oben geschilderten Auseinandersetzung zwischen Pflegenden mit Spätaussiedlerherkunft und dem restlichen Team.

Anhand der Aussagen, die den Konflikt weiter beschreiben, wird ersichtlich, wie beeinträchtigt sich das Teamgefüge auch während der Interviews noch zeigt. Die unmittelbare Situation nach der offiziellen Beschwerde der drei kasachischen Pflegekräfte, verdeutlicht die Umschreibung von Jasmin (S. 7): "Die haben gesagt 'die machen wir alle fertig, von den Deutschen lassen wir uns gar nichts sagen. Wir haben auch seit Jahren Erfahrung.' Jetzt ist heraus gekommen, dass alles falsch war, dass sie mit Lügen nach vorne [zur Pflegedienstleitung d. A.] sind. Von diesem Tag an gab es Kampf. Zwischen den Russen und den Deutschen. Denn es kam heraus, dass alles falsch war, was sie gesagt haben. Und jetzt bekommen die ihre Sache zurück. Die haben alles kaputt gemacht, was in den Jahren aufgebaut wurde. Jetzt kriegen die alles zurück." Gerda, die noch nicht so lange auf der Station tätig ist, sieht „dass Andere darunter leiden. Ich gehöre auch zum Team, aber mir fällt zurzeit nicht ein, warum das so schlimm ist“ (S. 7). Dolly begründet die „schlechte Atmosphäre“ (S. 9): „Es wird nicht geklärt, es kam zwar wieder zu dem Gespräch, zum x-ten Mal, aber es lässt sich nicht klären. Das ist irgendwo da und das ist nicht geklärt und wir haben Supervision gehabt und es ist nicht geklärt. Irgendetwas ist da“ (S. 9). Auch Frank beurteilt den Supervisionsprozess zur Lösung skeptisch: „Wenn ein großes Problem, dann machen wir das als Hauptthema bei Supervision. Da haben wir ein bisschen Zeit, die Probleme mit ausländischen Schwestern zu besprechen. In so einem Gespräch wird das besprochen und dann wird gemeckert. Und

nach ein paar Tagen wird vergessen. Ob das Chaos dann raus ist, das weiß ich nicht. Nicht immer. Das bleibt immer“ (S. 13-14). Auch Jasmin (S. 7) und Hilde bestätigen den unbeendeten Streit: „Es ist immer da, das geht nicht weg“ (S. 6).

Dementsprechend wird das Instrument der Supervision als wenig zielführend bewertet (D7). Neben Dolly geben alle autochthonen GesprächsteilnehmerInnen eine tendenziell pessimistische Bewertung ab. Sie sehen für ihren konkreten Fall nur wenig Erfolg und Verbesserung (Inge, S. 11; Gerda, S. 12). „Wir haben Supervision gehabt und es ist nicht geklärt“ (Dolly, S. 9). Hilde (S. 11) sieht vor allem die Unehrllichkeit als negativ: "Ich habe schon mal gesagt, dass in der Supervision so viel gelogen wird, wie das ganze Jahr nicht gelogen wird. Da wird bloß das Gute gesagt, aber das, was man wirklich losbringen will, sagt man nicht. Man traut sich da nicht." Zusätzlich geht sie davon aus, dass der Supervisor die Inhalte der Sitzungen an die Pflegedienstleitung weiterleitet: "Er [der Supervisor, d. A.] gibt das ja weiter. Das bleibt ja nicht unter uns“ (S. 12). Jasmin hingegen findet die Supervision gut, „weil du sagen kannst, was dir nicht gefällt“ (S. 11). Frank sieht die wichtige Funktion eines externen Experten (S. 14).

Das derzeitige Klima im Team wird mehrheitlich als schlecht bezeichnet: „Das Klima verpestet die ganzen Arbeiter, die auf der Station sind“ (Hilde, S. 6). Als Ursache wird meist der zugrunde liegende interkulturelle Konflikt zwischen den aus Kasachstan stammenden Pflegekräften und einem großen Rest vom Team genannt. Lediglich die Stationsleiterin führt diesen Streit nicht an, sie sieht vielmehr den Nikotinkonsum einiger Pflegekräfte als Reibungspunkt. Dies könnte zum einen darauf hindeuten, dass sie als Teamverantwortliche und direkt Betroffene – sie wurde von den Spätaussiedlerinnen der Benachteiligung und Ungleichbehandlung bezichtigt – sich nicht im Rahmen des Interviews offen dazu äußern will oder diese unangenehme Erfahrung verdrängt. Zum anderen ist es möglicherweise ein Zeichen dafür, dass für sie die schwierige Situation mittlerweile geklärt ist. Schließlich hat das Team an mehreren Supervisionen zu dieser komplexen Thematik teilgenommen, eine der russischen Mitarbeiterinnen hat die Einrichtung verlassen und eine andere wurde abgemahnt. Bei allen Prozessen dürfte sie als Leitung beteiligt gewesen sein.

Alle Befragten berichten in diesem Kontext und darüber hinaus von einer Streitkultur, die durch lautes, heftiges Agieren mitunter verletzend sein kann. Auch die professionelle Hilfe durch einen Supervisor konnte anscheinend keine nachhaltige

und befriedigende Klärung herbeiführen. So lässt sich darauf schließen, dass die Beziehungen zwischen den Konfliktbeteiligten weiterhin gestört sind und keine Einigung erzielt werden konnte. Denn nahezu alle berichten, dass „es immer da ist“ (Hilde, S. 6). Und Jasmin ergänzt bezogen auf die Kolleginnen mit Spätaussiedlerhintergrund: „Momentan kann man nicht integrieren, das kann man nicht“ (S. 7). Daneben werden noch diverse „Nebenkriegsschauplätze“ erwähnt, bei denen es zwischen unterschiedlichen Beteiligten zu Reibungen kommt: Hierarchie- und Führungskonflikte unter den Pflegefachkräften, Beziehungskonflikte zwischen den Berufsgruppen Helfer und Fachkräfte, Verteilungskonflikte zwischen Rauchern und (benachteiligten) Nichtrauchern.

Kollegialität / Solidarität

Prosoziales Verhalten

Nach den Aussagen der Befragten funktioniert die Unterstützung von schwächeren KollegInnen im Team (B2). Das Angebot zu Gesprächen, Hinweisen, Vorführungen oder manueller Hilfe besteht jederzeit, die kompetenten Kräfte nehmen sich Zeit und die weniger kompetenten Personen fragen nach (Frank, Gerda, Jasmin; alle S. 1). Hilde (S. 1) bestätigt dieses System, fügt aber nur eine begrenzte Haltbarkeit an: „Wenn man merkt, der ist schwächer, dann wird er am Anfang schon unterstützt, so ein paar Wochen. Wenn man dann natürlich merkt, dass es nichts hilft, dann hat er einen schlechten Stand. Es wird dann immer reingestichelt und reingestichelt.“ Dolly hingegen tut sich schwer, eine Antwort zu finden: „Was wird getan? Ich weiß nicht. Ich kann die Frage nicht so genau beantworten.“

Die Clique wird von allen ProbandInnen als Plattform für Freundschaften (E9) im Team genannt. „Im Team bei uns gibt es auch viele, die dann miteinander ins Fitness-Studio gehen oder eine Tasse Kaffee trinken“ (Gerda, S. 11). „Die haben private Interessen. Ich habe noch nie gesehen, dass eine Stationsleitung keine Lieblinge hat. Aber so sind Frauen“ (Frank, S. 14). Nach Betrachtung aller Äußerungen lässt sich festhalten, dass aus der Reihe der Befragten Inge, Dolly und Jasmin („Es gibt Kolleginnen, mit denen treffe ich mich auch privat“, S. 10) zu der Clique zu zählen sind, d. h. auch deren Zusammensetzung ist multiethnisch. Gerda (S. 11), Hilde (S. 10) und Frank (S. 20) partizipieren nicht an diesem Beziehungsgefüge.

Fehlerverhalten

Die Klärung fehlerhaften Verhaltens läuft im Team entweder mit oder ohne Beteiligung der Stationsleitung ab (B17). Inge (S. 3) selbst sieht teilweise KollegInnen, die eine Verantwortung für ihr falsches Handeln leugnen: „Es gibt welche, die geben das überhaupt nicht zu, die haben keinen Fehler gemacht. Die streiten das ab. Die einen sind ehrlich und die anderen geben es nicht zu. Dazwischen gibt es nichts.“ Alle weiteren Befragten tendieren dazu, derartige Situationen gleich zu regeln, d. h. ohne Inge, gemeinsam, direkt und ohne negative Konsequenzen (Gerda, S. 3; Dolly, S. 5; Jasmin, S. 3). „Man muss gleich reden, immer“ (Frank, S. 8). Gerda bemerkt in diesem Zusammenhang noch, dass die Stationsleitung „ab und zu zuwenig“ in die Fehlerklärung eingebunden ist: „Wenn das mehr machen würden, würde die Leistung auch besser ausschauen“ (S. 3). Hilde weist auf die Bedeutung der Anwesenheit der Stationsleiterin hin: ist Inge anwesend, folgen Gespräche in moderatem Rahmen, ist sie abwesend, findet der Austausch durch Anschreien statt: „Wenn die nicht da ist und es sind andere da, dann ist das schon ein bisschen schlimmer. Da wird man dann angeschrien“ (S. 3).

Als Disziplinierungsmaßnahmen der Organisation, beispielsweise im Falle von Beschwerden (B 27), werden Gespräche mit der Leitung oder der Pflegedienstleitung angesehen (Gerda, S. 5; Jasmin, S. 5; Frank, S. 10). Und „es gibt immer Regeln, wir müssen mit Regeln leben“ (Jasmin, S. 5). Diese Regelungen sind jedoch nur „vom Arbeitsrhythmus her“ bekannt (ebd.). Inge (S. 4), Dolly (S. 7) und Hilde (S. 4) verneinen jegliche Ansätze zu Disziplinierung.

Die Frage nach Beschimpfungen untereinander (B 16) mit dem Gebrauch eines entsprechenden Vokabulars verneinen alle, deuten aber gleichzeitig einen als rüde zu wertenden Umgangston an. So wird es „laut“ (Jasmin, S. 3) „es wird heftig diskutiert“ (Inge, S. 3) und „es kommt vor, dass man sich mal anschreit“ (Hilde, S. 3). „Die Leute meckern“ (Frank, S. 8) und „man schimpft hinter dem Rücken“ (Dolly, S. 4).

Der individuelle Umgang mit Kritik von außen zeigt sich widersprüchlich (E4). Frank (S. 18) gibt Fehler zu und weiß um die Wichtigkeit von Kritik. Aber er besteht auf "richtiger" Kritik und nur die Stationsleitung hat das Recht, ihn als ausgebildete Fachkraft dahingehend anzusprechen: „Alle dürfen mich nicht kritisieren, das mag ich nicht. Bloß Chef. Mit KollegInnen, da kann man reden.“ Dolly (S. 12) und Jasmin (S. 9) gehen „offen“ mit externer Kritik um und können auf die Unterstützung der Stationsleitung Inge zurückgreifen: „Die Stationsleitung steht dann hinter einem.“ Gerda (S. 9), die noch nicht so lange im Team ist, löst solche Fälle allein. Hilde als Helferin äußert

hingegen, dass bei kritischen Anmerkungen von außen weder auf das Team noch auf die Leitung Verlass ist: "Bei uns steht man immer alleine" (S. 9). Inge (S. 9) bemerkt teilweise Schadenfreude bei Teammitgliedern, wenn eine KollegIn von außen kritisiert wird: „Nicht das ganze Team steht hinter einem, es gibt auch welche, die schadenfroh sind. Bei dem haben sich vielleicht auch schon Angehörige beschwert, der freut sich, wenn der Nächste dran ist.“

Ein festes Regelwerk für den Umgang bestätigt lediglich die Leitung (E6). Im Rahmen einer Supervision wurden „so kleine Regeln“ aufgestellt, die im Arbeitsalltag jedoch nicht nachhaltig operationalisiert werden. Alle weiteren InterviewteilnehmerInnen sehen keine fixierten Regeln, höchstens allgemein gültige Normen (Dolly, S. 12; Gerda, S. 10; Frank, S. 18), „die man umsetzen sollte und kennen sollte“ (Gerda, S. 10).

Alle stimmen überein, dass jedem Fehler unterlaufen können (F11) und sehen bei keinem bestimmten Personenkreis ein erhöhtes Fehleraufkommen. Nur Inge (S. 8) legt sich fest: „Die, die nur wegen Geld kommen, damit sie einen Job haben. Die machen die meisten Fehler. Die kommen rein, stempeln ab und in fünf Stunden ist ihr Dienst wieder zu Ende, die sind mit dem Kopf nicht da.“

Die Kollegialität, also die freundschaftliche und hilfsbereite gegenseitige Unterstützung innerhalb des Teams wird durch die Subgruppenkonstellation beeinflusst. Die untereinander befreundeten Cliquesmitglieder erhalten mehr Unterstützung, indem sie in Kritikfällen von externer Seite auf den Rückhalt der ebenfalls an der Clique partizipierenden Stationsleitung zurückgreifen können. Ansonsten löst Kritik im Team teilweise Schadenfreude bei unbeteiligten KollegInnen aus oder die betroffene Pflegekraft steht allein da, ebenso darf auch nicht jede Pflegekraft bilateral Kritik zu einer KollegIn äußern.

Regeln für den Umgang und mögliche Disziplinierungsmaßnahmen sind innerhalb des Teams nicht explizit bekannt. Dies könnte eine Erklärung für das schon weiter oben angeführte, mitunter respektlose Verhalten zueinander innerhalb des Teams sein. Ähnliches wird auch erwähnt, wenn die Leitung nicht im Dienst oder verantwortlich ist. D. h. einerseits wird bei ihrer Abstinenz anders reagiert (Anschreien), andererseits wird sie nicht in alle zu klärenden Sachverhalte mit eingebunden, wodurch nach Aussage einer Befragten auch keine große Qualitätssteigerung erzielt wird. Mit anderen Worten: bei einer kollegialen Klärung eines festgestellten Fehlers wird nach Meinung der Fachkraft Gerda keine effektive Fehlervermei-

dung erreicht.

Gleichzeitig lässt sich im Team eine geringe Transparenz beim Umgang mit fehlerhaftem Verhalten feststellen, wenn die Leitung MitarbeiterInnen benennt, die eigene Fehler leugnen.

Des Weiteren zeigt sich das solidarische Empfinden zu den KollegInnen begrenzt. Überwiegend wird Unterstützung zugesichert, jedoch bestätigen dies nicht alle bzw. die Leistung ist mit zeitlichen Fristen verknüpft.

10.8 Zusammenfassung Einrichtung D

Die Teamstruktur in der Einrichtung D ist nicht homogen. Im 18 Personen umfassenden Kollegium lässt sich mindestens eine Ingroup in Form einer Clique nachweisen. Dieser Ingroup gehören mehrere Pflegekräfte unterschiedlicher ethnischer Herkunft an, u. a. die Interviewteilnehmerinnen Dolly (aus Thailand), Jasmin (aus Persien) und die Stationsleitung Inge. Diese Gruppe innerhalb des Teams positioniert sich als „Wir-Gruppe“, während sich die anderen Teammitglieder um die Gruppe herum als Outgroup anordnen. Diese Konstellation wird von den Pflegenden, die zu „den Anderen“ zählen, kritisch wahrgenommen und ebenso bewertet. Die Beteiligten Pflegekräfte gelten als „Stationsfreundinnen“, haben durch die Beteiligung der Stationsleiterin dementsprechend mehr Rückhalt (im Sinne von bekommen eher Recht), verfügen über ein Plus an Informationen (vor dem Hintergrund, dass Dolly als inoffizielle Stellvertretung der Leitung benannt wird) und besitzen durch die vermehrte Betonung des „Wir“ einen größeren Leistungspool für Unterstützungsleistungen (hier v. a. emotionale Unterstützung). In diesem Kreis herrscht Wertschätzung, Anerkennung, Vertrauen, Gemeinschaftsgefühl, Unterstützung und wechselseitiger Austausch (vgl. dazu Luhmann 1995). Die Ingroup bietet somit ein Maß an persönlicher Sicherheit und sozialer Zugehörigkeit für die Mitglieder. Gleichzeitig werden andere Pflegende als Vertreter der Outgroup wahrgenommen und als unterschiedlich gesehen. Die Vorteile für die Cliquenmitglieder (subventioniert durch die Partizipation der Stationsleitung) generieren aber ein asymmetrisches Verhältnis zu den anderen Teambeteiligten, die satellitengleich um diesen Zirkel kreisen. In dieser Einrichtung gibt es noch kleinere Zusammenschlüsse von Altenpflegehelferinnen, besonders aber anscheinend durch die Kolleginnen aus Kasachstan. Nach übereinstimmenden Aussagen separiert sich dieses verbliebene Duo bestehend aus Pfl-

gekräften mit Spätaussiedlerhintergrund (oder wird separiert) und bildet eine Subgruppe innerhalb des Teams.

Nachhaltig gestört zeigt sich das gesamte Beziehungsgefüge durch den schon geschilderten interkulturellen Konflikt. Den Befragten ist zu entnehmen, dass eine Klärung der schon länger zurück liegenden konfliktären Situation nicht erzielt werden konnte. Dies bestätigt Annahmen, die generell von einer schwierigen Bewältigung derartiger Konfliktszenarien ausgehen (z. B. Honneth 1992; Weiß 2005). Alle bisher getätigten Lösungs- und Sanktionierungsmaßnahmen der Institution (u. a. Gespräche mit Vorgesetzten, Team-Supervision, Beendigung eines Arbeitsverhältnisses durch Auflösungsvertrag mit einer Konflikt-Initiatorin) werden von den Befragten als gescheitert betrachtet, was Einfluss auf nahezu alle für die Untersuchung relevanten Kategorien nimmt.

Anerkennung und Respekt

Das derzeitige Arbeitsklima wird überwiegend als negativ gewertet, wobei meist als Begründung der noch nicht restlos aufgearbeitete interkulturelle Konflikt angeführt wird. Der interethnische Umgang zeigt sich in der Folge gestört, sodass Ressentiments, Ablehnung und Intoleranz gegenüber den im Kollegium weiterhin tätigen Spätaussiedlerinnen das Beziehungsgefüge bestimmen.

Sowohl die einheimischen als auch die Pflegenden mit Migrationshintergrund weigern sich, einen anerkennenden bzw. respektvollen Austausch anzustreben. Vielmehr wird ein kontraproduktiver Umgang mit den Spätaussiedlerinnen angedeutet. Auch eine ablehnende Einstellung wird offen von einigen Pflegekräften geäußert, indem ein erhöhter krankheitsbedingter Ausfall oder eine fragliche Arbeitsleistung unterstellt wird.

Zusammenfassend lassen sich für das Team allgemein keine gravierenden negativen Vorurteile oder Attitüden festhalten, die praktischen Beziehungen im multiethnischen Team sind jedoch faktisch von suboptimaler Kommunikation, reduzierter pflegfachlicher Rationalität und kleineren Ressentiments geprägt. Die Ausnahme bildet der Umgang mit den Spätaussiedlerinnen. Der interkulturelle Konflikt kann als nicht gelöst interpretiert werden. Die Befragten benutzen in diesem Zusammenhang beispielsweise eine äußerst negative Wortwahl, wenn sie von „Kampf“, „Lügen“, „Zurückkriegen“ oder „Hass“ sprechen.

Ein wertschätzendes Verhalten ist im gesamten Team allgemein wenig ausgeprägt. Eine

Ausnahme bildet die multiethnisch zusammengesetzte Ingroup bzw. Clique, in die auch die Stationsleitung und ihre inoffizielle Stellvertretung eingebunden sind. Diese Besetzung schränkt eine gleichwertige Verteilung von Wertschätzung oder den Erhalt von Privilegien für die übrigen Pflegekräfte durch die Leitungsebene im Team ein.

Generell ist das Interesse am Gegenüber kaum ausgeprägt, auch zeigt sich das Verhalten zwischen den Pflegekräften nach deren Aussagen als wenig respektvoll, wenn viele verbale Verletzungen und Grenzüberschreitungen erwähnt werden. Die Pflegekräfte führen mangelnden Respekt und verletzende Umgangsformen an.

Kommunikation

Das in den Interviews geschilderte Kommunikationsverhalten lässt den Schluss auf erhebliche Störungen im multiethnisch besetzten Kollegium zu.

Aufgrund der Aussagen lassen sich drei sprachliche Kompetenzgruppen herauskristallisieren:

- (1) die einheimischen Kräfte aus Bayern (Inge, Hilde, Gerda);
- (2) die allochthonen Beschäftigten, die schon länger in Deutschland leben, um einen Austausch bemüht sind und über entsprechende Sprachfertigkeiten verfügen (Dolly, Jasmin, Frank);
- (3) die Pflegepersonen aus Spätaussiedlernationen, denen von allen Befragten nur ein geringer Wille zur einer verständlichen, deutschsprachigen Kommunikation sowie subkommunikative Unterhaltungen und verbesserungswürdige Deutschkenntnisse unterstellt werden.

Dieser sprachliche Kommunikations-Kompetenz-Mix bei den Pflegenden beeinträchtigt das Intergrationsverhalten innerhalb des Teams. In Abhängigkeit des interkulturellen Konfliktes werden die Kommunikationsprozesse zu den Spätaussiedlerinnen als sehr reduziert bzw. fokussiert dargestellt. Dies lässt sich einerseits aus dem konfliktiven Geschehen ableiten, das aus Sicht einiger Pflegekräfte auch nicht mehr zu beheben ist. Somit wird von einigen Teammitgliedern die Kommunikation zu den Spätaussiedlerinnen bewusst zur Segregation und Marginalisierung genutzt. Andererseits werden den russischen Kolleginnen von den Einheimischen als auch von den ausländischen Pflegekräften defizitäre Sprachkenntnisse attestiert. Hinzu addieren sich subkommunikative Prozesse auf Seiten der Pflegekräfte aus den Spätaussiedlernationen in russischer Sprache. Damit grenzen sich zum Teil auch die Spätaussiedlerinnen vorsätzlich vom Rest

des multiethnischen Teams ab, denn sie setzen sich damit auch über ein diesbezügliches Verbot der Stationsleitung sowie über Appelle und Bitten der KollegInnen hinweg. Eine gelingende Integration – u. U. in Zusammenhang mit der Aufarbeitung des Konflikts, dessen Folgen immer noch den Alltag des gesamten Teams beeinflussen – erscheint fraglich. Denn aus den Bewertungen der befragten Pflegekräfte kann abgeleitet werden, dass die Voraussetzungen für einen von Akzeptanz und Toleranz geprägten Austausch nur eingeschränkt gegeben sind. Die Aufrechterhaltung und Organisation der Arbeitsprozesse scheint derzeit die einzige Basis zu bilden.

Zusätzlich bewerten die deutschen Pflegekräfte die Kommunikationskompetenz von einigen ausländischen Pflegenden sowohl in Sprache als auch in Schrift als verbesserungswürdig. Aber auch ausländische Pflegekräfte berichten von Verständigungsschwierigkeiten mit anderen, fremdländischen Kollegen.

Umgekehrt sind auch einige der allochthonen Pflegepersonen mit sprachlichen Schwierigkeiten konfrontiert, wenn sie auf den Dialekt der Einheimischen treffen.

Insgesamt gesehen leidet das Intergrationsverhalten unter den kommunikativen Problemlagen. Zwischen den KollegInnen finden Gespräche zum Teil nur unter erschwerten Bedingungen statt, teilweise werden die Inhalte bewusst auf fachlich-notwendige Themen und Austauschprozesse wie z. B. Übergabegespräche beschränkt. Sprache wird darüber hinaus von unterschiedlichen Parteien zur Abgrenzung und Segregation benutzt. Dieses Gebaren erschwert den innerkollegialen Austausch, das Finden von Gemeinsamkeiten, das Klären strittiger Sachverhalte, eine gemeinsame Zielfindung u. v. a. m. im gesamten Team.

Daneben beeinträchtigt die ungenügende Sprachkompetenz die Annäherung und Einbeziehung aller Pflegekräfte in das Team. Die Stationsleitung bestätigt Vertrauens- und Verlässlichkeitsvorbehalte, andere einheimische Befragte führen Missverständnisse, Informationsverluste und erschwerte Arbeitsprozesse an. Letztendlich besteht die Gefahr, dass der Arbeitsalltag in Mitleidenschaft gezogen wird, wie z. T. bestätigt wird.

Dennoch gibt es auch positive Einschätzungen für den Bereich Kommunikation im multiethnischen Team. Zum einen profitieren die ausländischen Pflegekräfte von einer Verbesserung ihrer Sprachkompetenz. Zum anderen besteht durch die Multiethnizität des Pflegekollegiums die Möglichkeit, die Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund nach den Gesichtspunkten der so genannten interkulturellen Pflege zu versorgen. Dabei

wird mit einem kultur- und migrationssensiblen Handeln auf Seiten der Pflegeakteure versucht, pflegebedürftige Personen entsprechend ihren individuellen Werten, kulturellen bzw. religiösen Prägungen und Bedürfnissen zu versorgen. Da sich die Einrichtung D in einem urbanen Umfeld befindet, ist dieser Ansatz durch die gesellschaftliche Zusammensetzung von größerer Bedeutung als im ruralen Siedlungsbereich.

Kooperation und Konflikt

Die Reziprozität kooperativen Handelns erscheint im Team signifikant gestört. Eine Schiefelage resultiert zum einen nach Vermutungen der Befragten durch vorgetäuschte Ausfallzeiten von bestimmten Pflegekräften. Als Folge ist Mehrarbeit vom Rest des Teams zur Aufrechterhaltung der Dienstleistung Pflege erforderlich, was Unmut generiert. Zum anderen rücken die Befragten die Spätaussiedlerinnen in den Fokus, die weder Unterstützung vom Team einfordern noch Hilfestellungen angeboten bekommen. Die gestörte reziproke Unterstützung beeinflusst wahrnehmbar die Zusammenarbeit des ganzen Teams und über die beeinträchtigten Beziehungsstrukturen speziell auch das Integrationsverhalten zu den Spätaussiedlerinnen. Diese erhalten keine Hilfe und wollen selbst auf keine Unterstützungsleistungen zurückgreifen. Über die fehlende Unterstützung erfolgt hier eine Abgrenzung, von der hauptsächlich die russischen Pflegeakteure betroffen sind (zusätzlich auch vereinzelte Egoisten und Fachkräfte). „Das ist kein Team“ ist die Bilanz einer Pflegekraft.

Auch die Kohäsion des multiethnischen Teams weist durch die Existenz von Subgruppen Einschränkungen auf. Vor allem die Clique um die Leitung und deren Stellvertretung beeinträchtigt durch die Struktur einer Ingroup (u. a. Sympathie, Vertrautheit, Wir-Gefühl) die generelle Zusammengehörigkeit des multiethnischen Kollegiums. Daneben werden auch die russischen Pflegekräfte als eigene Subgruppe im Team in den Interviews genannt.

Vertrauen als eine Voraussetzung für kooperatives Handeln ist im Team nur rudimentär vorhanden. Alle Befragten nennen Personen im Team, denen sie misstrauen, wobei besonders ausländische KollegInnen hervorgehoben werden, die die deutsche Sprache nicht in dem Maß beherrschen, wie es für den Arbeitsalltag notwendig wäre. Darunter leiden der Austausch von persönlichen Gesprächsinhalten, die Verlässlichkeit einer ausländischen Pflegekraft und in der Folge auch die Umsetzung und Gestaltung der pflegerischen Alltagsaktivitäten. Wo auf die fach- und sachgerechte Ausführung einer dele-

gierten Aufgabe nicht vertraut werden kann, besteht möglicherweise eine Unsicherheit bzw. Ungewissheit, die eine Notwendigkeit von Nachkontrollen oder Eigeninitiativen (u. a. aus haftungs- und leistungsrechtlichen Aspekten) impliziert. Eine Ausnahme bildet auch hier die multiethnische Clique.

Die Unterstützung im Team erscheint suboptimal, sie ist an Konditionen und Restriktionen geknüpft. Erstens werden eigene Defizite und ein daraus resultierender Unterstützungsbedarf mitunter nicht eingeräumt, sodass andere Pflegekräfte aus eigenem Antrieb aktiv werden und auf den Betroffenen zugehen müssen. Zweitens herrscht bei der Umsetzung pflegfachlicher Maßnahmen unter den Fachkräften über die Vorgehensweise Uneinigkeit, was zu Verunsicherung bei den HelferInnen führt. Drittens verweigern einige KollegInnen trotz unbefriedigender Ergebnisse Unterstützung vom Team. Letztendlich werden individualisiert und selektiv den Pflegenden im Team instrumentelle und informative Hilfestellungen zu Teil – cliquenintern kann auch auf eine emotionale Unterstützung geschlossen werden.

Die Bewertung der Leistung der einzelnen Teammitglieder fällt unterschiedlich aus. Eine spezifische Unterscheidung in der Leistungsbereitschaft zwischen den einheimischen bzw. fremdländischen MitarbeiterInnen kann nicht nachgewiesen werden. Als Ursachen werden fehlendes Vertrauen und eine eingeschränkte Verlässlichkeit, die erschwerten Kooperationshandlungen und nachweisbaren Subgruppenkonstellationen genannt. Interessant erscheint auch die Auffassung, dass durch eine mangelhafte Kommunikationskompetenz bei einigen ausländischen Pflegekräften, sich andere Akteure, die die deutsche Sprache beherrschen, benachteiligt fühlen. Dies äußern auch Pflegenden mit Migrationshintergrund. Die in den Gesprächen genannten Faktoren tragen die Wahrscheinlichkeit in sich, die gesamte Leistung, die auf die optimale Versorgung der Pflegebedürftigen ausgerichtet ist, zu beeinträchtigen. Für die Integration lässt sich ableiten, dass sich die Leistungspotenziale im Team nicht unterscheiden, jedoch die individuellen Ressourcen (hier die Sprachkompetenz) Einfluss auf das Beziehungsgefüge haben.

Ein gemeinsames Ziel ist für das Team in Einrichtung D nur partiell nachweisbar. Zwar wird ein Projekt aller Pflegekräfte zur Verbesserung des Beschäftigungsangebotes für die Bewohnerschaft genannt, jedoch wird dessen Umsetzung nur von zwei Befragten als Ziel definiert. Zusätzlich wird angedeutet, dass ein gemeinsamer Zielfindungsprozess

schon stattgefunden hat, dem aufgrund der variierenden Aussagen aber die Nachhaltigkeit abgesprochen werden kann. Als Resultat bleibt die Feststellung, dass weder die Einheimischen noch die Pflegenden mit Migrationshintergrund ein einheitliches, verbindendes Ziel nennen können.

Das Fehlen einer transparenten Zielsetzung hat möglicherweise eine nachteilige Auswirkung auf das Kooperations- und Integrationsverhalten zwischen den multiethnischen Pflegeakteuren. Ein Ziel kann anspornend, sinnstiftend und integrierend sein, denn je klarer die Festlegung und je breiter der Kreis der Beteiligten, desto größer ist der gemeinsame Einsatz der Pflegekräfte. Angesichts der interkulturellen Friktionen im Team erscheint eine erneute Zielsetzung als angebracht, um möglicherweise einen neuen Integrationsprozess zu initiieren.

Der mehr als sechs Monate zurück liegende interkulturelle Konflikt zwischen den aus Kasachstan stammenden Pflegekräften und der Stationsleitung bzw. der Mehrheit des Teams wirkt trotz diverser Klärungsversuche noch in den Alltag der Befragten hinein: die Atmosphäre bei der Arbeit wird mehrheitlich als schlecht beschrieben. Dieses Klima spiegelt auch der Umgang miteinander bei Unstimmigkeiten oder Meinungsverschiedenheiten wider. Sowohl zwischen den Hauptkonfliktparteien als auch für den Rest der MitarbeiterInnen wird in derartigen Situationen von lauten und heftigen Äußerungen mit verletzendem Inhalt berichtet. Dass dieses Verhalten weder zu einer Re-integration der russischen Kräfte (durch eine endgültige Konfliktbewältigung) noch zu einer weiteren Ausprägung eines teaminternen Wir-Gefühls beiträgt, scheint nachvollziehbar.

Kollegialität und Solidarität

Der Indikator Kollegialität lässt sich explizit nur für den Ingroup-Bereich der Clique finden. Dort herrscht eine freundschaftliche und hilfsbereite gegenseitige Unterstützung, die unabhängig von der ethnischen Besetzung jedem Cliquenmitglied zu Teil wird. Nach Aussagen der Beteiligten sind dort deutsche sowie eine persische und thailändische Pflegekraft verortet.

Auch die Solidarität unter den MitarbeiterInnen zueinander hält sich im Kollegium in Grenzen, wenn Kritik von außen vereinzelt Schadenfreude auslöst und der Betroffene einer solchen Situation alleine ausgesetzt ist. Als eine Folge werden beispielsweise erkannte Fehler negiert oder vertuscht. Der Faktor Ethnizität spielt für diesen Indikator

anscheinend nur eine untergeordnete Rolle, wenn mit Ausnahme der Clique das Gefühl einer Einheit und einer Zusammengehörigkeit nach Aussagen der Befragten wenig präsent ist.

Abschließend lassen die erhaltenen Antworten den Schluss zu, dass einige der geschilderten Sachverhalte und ethnischen Probleme u. U. mit der Position der Leitung verknüpft sind.

In ihrer Verantwortung liegt der Prozess einer gemeinsamen Zielfindung des Teams, welcher über die allgemeinen Stationsleitbilder bzw. die enthaltenen Pflegekonzepte hinausgeht. Ein derartiges Ziel kann nicht explizit benannt werden. Ebenso wird berichtet, dass sie bei der Qualitätssicherung, im konkreten Fall in die Fehlerbehebung und -prophylaxe, nicht ausreichend eingebunden ist.

In ihrer Abwesenheit herrscht unter den Pflegekräften ein als harsch zu bezeichnender Umgangston, der eventuell auf ein mangelhaftes bzw. fehlendes Regelwerk und ein geringes Maß an Autorität der Führung zurückgeführt werden kann. Analog kann dies auch als Begründung für die Nichteinhaltung von Vorgaben herangezogen werden: trotz der Einschränkung der Raucherpausen und trotz dem Verbot von subkommunikativem Austausch (in Russisch) findet beides laut Aussagen noch statt. Letzteres hat wie oben dargestellt auch Einfluss auf das interkulturelle Beziehungsgefüge.

Als Cliquenmitglied läuft die Leitung Gefahr, ihre Neutralität und Objektivität als Leitung gegenüber dem gesamten Team zu unterlaufen. In einigen Fällen deuten die von der Clique ausgeschlossenen InterviewteilnehmerInnen derartige Feststellungen an.

Und die Leitung wird als die Hauptperson angeführt, wenn nach der Ursache für den interkulturellen Konflikt gefragt wird.

Die Integrationsbemühungen des Teams in Bezug auf die russischen Pflegeakteure erscheinen äußerst defensiv und zurückhaltend. Hinzu addieren sich ausländische Pflegekräfte, deren Deutschkenntnisse nicht den Vorstellungen einer Vielzahl von anderen Pflegekräften genügen und in der Folge für erschwerte Arbeitsprozesse (genannt werden beispielsweise Informations- und Zeitverluste) verantwortlich sind.

Wird die Subgruppe der Clique bei der Betrachtung außen vor gelassen, so scheint es, dass der Fokus der autochthonen bzw. allochthonen Pflegekräfte auf einem kunden- und dienstleistungsorientierten Agieren liegt. Die teaminterne Kommunikation beschränkt sich mehrheitlich auf notwendige pflege-organisatorische Inhalte (z. B. fachliche Infor-

mationen, Delegation von Aufgaben) und die Kooperationshandlungen werden eher zwangsweise ausgeführt.

Die sprachlichen Defizite und die weitere Präsenz der beiden restlichen russischen Pflegenden werden von den befragten Pflegekräften als nur schwer bis überhaupt nicht überwindbare Barrieren für weitere bzw. zukünftige integrierende Bestrebungen genannt. Es erscheint keiner mehr gewillt, die derzeitigen komplexen, teaminternen Beziehungen zu verbessern und im Dialog aufeinander zu zugehen.

Vorbemerkung

Aufgrund der gelegentlich mangelnden Datenqualität konnten einige Fragenkomplexe nur mit einer gewissen Unschärfe beantwortet werden. Die Ursachen dafür scheinen im Effekt der **Sozialen Erwünschtheit** zu liegen.

Es lassen sich zwei unterschiedliche Arten sozialer Erwünschtheit feststellen: eine kulturelle und eine situative soziale Erwünschtheit (Esser 1986: 317). Erstere hat ihre Ursache in internalisierten allgemeinen Verhaltenserwartungen (z. B. aufgrund traditioneller Geschlechterrollen), die zweite in konkreten Stimuli der Befragungssituation, wobei das Geschlecht, die Profession oder das äußerliche Erscheinungsbild der Interviewperson dabei eine Rolle spielen können.

Zusätzlich können Antwortverzerrungen im Interview aufgrund des Fragebogens (z. B. durch die Frageformulierung), der Befragten (z. B. Sprachdefizit, Meinungslosigkeit) oder der Interviewsituation (z. B. Zeitdruck) entstehen. Aber die Verzerrungen können auch mit der Person des Interviewers zusammenhängen (Reinecke 1991: 35). Trotz der Ansprüche an Interviewer, möglichst keinen Einfluss auf die Antworten des Befragten zu nehmen, können diese in persönlichen Gesprächen durch ihr Geschlecht, Alter, Statur, Kleidung, Mimik, Gestik und Blickkontakt sowie ihr Verhalten auf den Befragten und sein Antwortverhalten einwirken. Indem bewusst oder unbewusst von der Rolle des neutralen Forschers abgewichen wird und Signale ausgesendet werden, die den Befragten sozial erwünschte Antworten oder intendierte Botschaften außerhalb des vorgegebenen Fragegehalts ermöglichen, sind die angeführten Effekte in Face-to-face Interviews am wahrscheinlichsten (vgl. Schnell, Hill & Esser 1999: 330).

Darüber hinaus ist für die GesprächsteilnehmerInnen eine zustimmende Antwort mit geringeren Kosten im Sinne von Aufwand verbunden. Kosten einer Befragung können in einer Opportunitätskostenkomponente, welche die alternative Zeitverwendung kalkuliert (d. h. die Zeit, die zur Beantwortung der Interviewfragen benötigt wird, hätte auch in anderer Weise nutzbringend verwendet werden können) und einer Transaktionskostenkomponente, welche die Verständnisprobleme und Befürchtungen über die Verwendung der Daten abschätzt (die aus der ungewohnten Situation einer Befragung entstehen können), bestehen.

Anreize für eine Teilnahme beeinflussen aber die Einschätzung der Eintrittswahrscheinlichkeit der innerhalb der Interviewsituation mit bestimmten Handlungen erreichbaren Ziele. Diese Eintrittswahrscheinlichkeiten sind sehr unterschiedlich und hängen von den individuellen Alltagstheorien, von Vermutungen, der Kommunikation innerhalb der Situation und der Situationswahrnehmung der Akteure ab. Von Momenten der konkreten Situation unabhängige Reaktionen sind hier kaum zu erwarten.

Eine Zustimmungstendenz in den Antworten kann durch die Orientierung an konformen, sozialen Normen, durch die Anwesenheit dritter Personen (was in den Interviews dieser Untersuchung nicht der Fall war) oder durch Zeitdruck verursacht werden. Menschen entscheiden sich im Allgemeinen für Handlungsalternativen, deren voraussichtlicher Nutzen die im Vorfeld vermuteten Kosten überkompensiert. Die Teilnahme an einem Interview kann als Ergebnis einer solchen Kosten-Nutzen-Abwägung interpretiert werden. Eine Teilnahme der Befragten ist demzufolge wahrscheinlicher, wenn diese mit der Befriedigung bestimmter persönlicher Interessen verbunden ist (z. B. ein interessantes Thema, der Erfüllung einer Höflichkeitsnorm gegenüber Fremden, die Loyalität zu Vorgesetzten). Im vorliegenden Fall wurde beispielsweise nach Rücksprache mit der Führungsebene in den Einrichtungen den Pflegenden die Teilnahme an den Interviews als Arbeitszeit angerechnet.

Aber auch bei detailliert ausgearbeiteten Fragestellungen und Suggestiv- bzw. Kontrollfragen besteht immer die Gefahr, dass Fragen zu persönlichen Handlungs- und Denkweisen nicht ehrlich beantwortet werden. So bewirken u. a. sensible Fragen zur Einstellung gegenüber Ausländern, zu psychischer Befindlichkeit, zur Wahrnehmung von diskriminierenden Handlungen oder zur Haltung gegenüber der deutschen Residenzgesellschaft u. U. einen sozial erwünschte Antworten begünstigenden Druck. Trotz zugesicherter Anonymität spielen Antwortverweigerungen auch im Kontext von Befragten mit Zuwanderungsgeschichte eine bedeutende Rolle. Angesichts zu erwartender Sprachbarrieren bzw. von Lese- und Rechtschreibdefiziten bei der Deutschen Sprache erscheint die gewählte Befragungsmethode bei Interviews mit Personen mit Migrationshintergrund aber trotzdem am besten geeignet.

Das Dargestellte beeinflusst auch die Validität der Daten: sowohl situative Merkmale als auch individuelle Motivationen entscheiden über eine sozial erwünschte oder „wah-

re“ Antwort, wobei Situationseinflüsse am stärksten bei Personen mit schwacher persönlicher Identität, bei Personen in wechselnden sozialen Kontexten oder bei für die Befragten irrelevanten Fragestellungen wirken.

All diese Überlegungen sind grundsätzlich zu konzedieren. Allerdings wurde durch die sorgfältige Vorbereitung, die Freiwilligkeit der Teilnahme und das neutrale Verhalten des Interviewers versucht, entsprechende Verzerrungen im Antwortverhalten zu vermeiden. Betrachtet man den Grad der Offenheit der Antworten, so scheint das auch gelungen zu sein.

11. Zusammenstellung und Diskussion der Ergebnisse

Das Ziel der Untersuchung war auf die Bestimmung des Integrationsverhaltens in multiethnischen Pflegeteams der stationären Altenhilfe ausgerichtet. Aus den in vier Einrichtungen gewonnenen Daten sollte eine tendenzielle Beschaffenheit des Beziehungsgefüges unter der besonderen Berücksichtigung des Faktors Ethnizität zwischen einheimischen Pflegekräften und Pflegenden mit Migrationshintergrund herauskristallisiert werden. Im Bundesland Bayern wurden dazu insgesamt 22 Personen befragt, von denen die Hälfte eine allochthone Herkunft besaß.

Um Aussagen über das wechselseitige Verhalten und eine Bedeutung des Faktors Ethnizität zu erhalten, wurden vier Kategorien gewählt, die mit Hilfe von entsprechenden Indikatoren und den daraus resultierenden Merkmalen beschrieben werden sollten. Eine weitere Intention war je nach Ausprägung eine Typologie des sozialen, integrativen Handelns zwischen den multiethnischen Pflegekräften zu finden.

Dementsprechend wurden die einzelnen Indikatoren mit dem Faktor Ethnizität in Beziehung gesetzt, um aus den Antworten Einschätzungen von den ProbandInnen eines Teams zu erhalten.

In einer Gesamtschau der erhaltenen Daten lassen sich folgende Schlüsse und Ergebnisse aus dieser Untersuchung bezogen auf

- Ziele,
- Subkommunikation,
- Sprachkompetenz,

Subgruppen,
direkte und indirekte Beteiligung von Ethnizität an Konflikten in den Teams,
Vorurteile,
Lösungsansätze,
Typologie
und Integrationsverhalten zusammentragen.

11.1 Ziele

Ziele gelten als eine wichtige Voraussetzung für eine gelingende Kooperation in formalen Gruppen. Als Ziel wird hier ein angestrebter und definierter Endpunkt eines durch menschliche Handlungen initiierten Prozesses bezeichnet. Ziele liegen in der Zukunft und markieren die Umsetzung einer Arbeit oder einer Leistung. Das Hauptaugenmerk der Pflegenden kann zum einen auf dem/den gemeinsamen Ziel/en des Teams liegen, zum anderen ist aber auch die individuelle Absicht, die erreicht werden soll und der Zweck, für den sich mit Verve eingesetzt wird, von Bedeutung. So gibt es individuelle Erfolgsmarken, die eine Pflegekraft für sich alleine ohne die Beteiligung anderer KollegInnen erreichen kann: "Wenn man ein Lächeln bekommt, ist das viel mehr wert, als das Lob von sonst wem. Also das ist was mich bestätigt, dass ich es richtig mache. Dass ich einen Erfolg habe" (Barbara aus Einrichtung C, S. 18). Bei anderen erstrebenswerten Zielvorgaben ist die Unterstützung der MitkollegInnen erforderlich: „Wir haben ja eine tolle Arbeit miteinander gemacht im Rahmen einer Wohnbereichsbesprechung. Wir haben Ziele für uns selber genannt und für den Wohnbereich. Eins, das immer wieder vorgekommen ist, war das Miteinander, das gute Miteinander. Das soll so bleiben“ (Miriam aus Einrichtung A, S. 16).

Ein gemeinsames Ziel bildet neben Vertrauen und einem gegenseitigen Verständnis die wesentliche Voraussetzung für die Zusammenarbeit eines Teams. Umso erstaunlicher ist es, dass lediglich in einer Einrichtung (A) in einem bewussten Arbeitsprozess des ganzen Pflegekollegiums eine kollektive und von allen vertretene Zieldefinition gefunden wurde. Sandra (S. 10) dazu: "Das war eben auch in der einen Teambesprechung, wo jeder sagen hat können, was er sich für die Arbeit wünscht, was er sich für das Team wünscht und da haben wir schon darüber geredet." Im Unterschied dazu artikulieren die Befragten in Einrichtung B alle ein gemeinsames Ziel, das jedoch nie explizit vereinbart

und ausformuliert wurde. Alle sechs Vermutungen stimmen inhaltlich in bemerkenswerter Weise überein, sodass eine Motiv- und Zielgleichheit der Akteure bei den Kooperationshandlungen zu konstatieren ist. Stellvertretend gibt Dora (S. 10) die komplementäre Zielvorgabe wider: "Dass sich die BewohnerInnen hier so gut fühlen wie zu Hause. Wohlbefinden für sie, die müssen wie unsere Kinder sein." Diese übereinstimmenden Aussagen zu zielgerichteten Veränderungen in der Zukunft lassen sich in Einrichtung C nicht erheben. Hier werden Partikularziele formuliert, die kaum Schnittmengen aufweisen. Da unterschiedliche Zielinhalte, Erfolgsparameter und Adressaten der Handlungen genannt werden, besteht die Gefahr, dass erfolgreiche Kooperationspartnerschaften des multiethnischen Teams unterbunden oder erschwert werden. In Einrichtung D bestätigt die Stationsleitung zwar ein gemeinsames Vorhaben: "Ja, wir haben ein gemeinsames Ziel und zwar, dass man mit allen BewohnerInnen mehr Beschäftigung macht. [...] Das wird auch dokumentiert und arbeiten wir schon länger daran" (Inge, S. 9). Auf Nachfrage wird diese Vorgabe jedoch nur noch von einer Kollegin gleichfalls so gesehen. Alle vier anderen Befragten äußern persönliche Vermutungen oder übertragen die eigene Erfolgsvorstellung auf die anderen, d. h. ihnen ist dieses gemeinsame Unterfangen nicht transparent.

Als Ergebnis bleibt somit die Bedeutung eines **gemeinsamen Gruppenziels** festzuhalten. Wie aufgezeigt handelt es sich bei der Pflege und Betreuung von hilfebedürftigen Menschen im stationären Kontext um Teamarbeit. Diese setzt per se Kooperationshandlungen voraus. Durch die Heterogenität und Größe eines Kollegiums entstehen zahlreiche Komponenten, die den Erfolg von Kooperationspartnerschaften negativ beeinflussen können. Die Interviews verdeutlichen in diesem Zusammenhang u. a. die Relevanz von Sympathie und Antipathie, von Sprachkompetenz, Alter, Schul- und Traditionswissen oder Schichtzugehörigkeit. Alle Komponenten besitzen das Potenzial, die Zusammenarbeit eines Kollegiums quantitativ und qualitativ zum Nachteil zu gestalten. Aus diesem Grunde sollte jedes Team eines Pflegebereiches (unabhängig von der multikulturellen Zusammensetzung) für sich ein kollektives Ziel finden. Die Vermeidung konkurrierender Zielvorgaben bzw. -vorstellungen stellt eine Motivgleichheit her, die den Aufbau von Beziehungen und komplementären Handlungen, aber auch von gegenseitigem Verständnis (im Sinne von Verstehen und Akzeptieren der Verhaltensweisen der anderen KollegInnen) steuern kann. Je komplexer sich ein Team an Heterogenität (Alter, Teamzugehörigkeit, Geschlecht, Ethnizität, Qualifikation etc.) und Stellenumfang

(Pflegeteams werden tendenziell zahlenmäßig d. h. „an Köpfen“ immer umfangreicher durch die zunehmende Teilzeitbeschäftigung) zeigt, desto wichtiger ist die definierte Präsenz eines einheitlichen Zieles. Daraus folgt idealtypisch ein funktionierendes Netzwerk mit einer abgestimmten Zusammenarbeit, mit freiwilligem Einsatz, Wissensaustausch, wechselseitiger Abhängigkeit und gegenseitigem Vertrauen.

Die Definition von Zielen für ein Team sollte gemeinschaftlich unter Beteiligung aller pflegerischen Partner vorgenommen werden. Die Bestimmung des Ziels bzw. die zur Umsetzung anvisierte Leistung umfasst dabei die Zielgruppe(n), das angestrebte Globalziel, die dafür notwendigen operationalen Ziele und die entsprechenden Indikatoren zur Messung der Zielerreichung.

Im Altenhilfekontext gibt es verschiedene Akteure bzw. Zielgruppen, deren Ansprüche und Vorstellungen es zu befriedigen gilt. Im Fokus der täglichen Arbeit steht die Bewohnerschaft und daran gebunden die jeweiligen Angehörigen, Bevollmächtigten, Betreuer, Besucher etc. Hinzu addieren sich die Erwartungen an die umzusetzende Qualität von externen, aber auch internen (z. B. im Rahmen interner Audits) Prüfinstitutionen, die regelmäßig Leistungskontrollen und Begehungen in den stationären Versorgungseinrichtungen abhalten. Auch das Pflegeteam selbst kann als Zielgruppe fungieren, wenn etwaige Prozesse beispielsweise optimiert oder verändert werden sollen. Des Weiteren lassen sich noch zusätzliche Kooperationspartner (z. B. Apotheken, Ergotherapie, Kindergärten, Hospizverein) und die Ärzteschaft anführen, die ebenfalls im System Altenhilfe eine der tragenden Säulen darstellen. Letztendlich haben alle Beteiligten ihre speziellen Erwartungen an die Pflegenden eines Teams auf einer Station. Um die verschiedenen Interessen adäquat und nachhaltig bedienen zu können, sollte ein für eine Zielgruppe gefundenes Globalziel wie beispielsweise ein gutes Abschneiden bei Begehungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) mit den dazugehörigen Unterzielen operationalisiert werden. Um bei dem gefundenen Beispiel zu bleiben, gibt es für die Prüfung des MDK eine so genannte Qualitätsprüfrichtlinie (QPR), die dann in einer wettbewerbsrelevanten Pflegenote für die Einrichtung mündet. Am Inhalt des Prüfkatalogs kann sich eine Einrichtung mit ihrem hauseigenen Qualitätsmanagement orientieren. Mit Hilfe eines Qualitätszirkels können für das Pflegeheim Anstrengungen unternommen werden, um prüfrelevante Forderungen mit dem vorhandenen Sachstand abzugleichen und gegebenenfalls Überarbeitungen, Korrekturen oder Neuentwicklungen bezüglich Dokumentationsvorgaben, Pflegeprozessen oder Eingewöh-

nungsmanagement vornehmen zu können. Indikatoren für die Zielerreichung sind hier neu erstellte Formulare, vorzuhaltende Verfahrensanweisungen oder die Umsetzung bestimmter pflegerischer Standards innerhalb eines bestimmten Zeitfensters.

Für ein multiethnisches Team ist dies von Bedeutung, da übergeordnete Zielbestimmungen (superordinate goals) dazu beitragen können, intergrupale Vorbehalte oder Abneigungen zu reduzieren. Besteht zum Erreichen eines gefundenen Ziels eine wechselseitige Abhängigkeit, so beeinflusst dies das Verhalten der Teambeteiligten. Eine schlechte MDK-Pflegenote zum Beispiel kann schwerwiegende Nachteile für die weitere Existenz und betriebswirtschaftlich notwendige Auslastung der Einrichtung haben. Die Vorbereitung auf eine diesbezügliche Begehung kann nur durch gemeinsame Anstrengungen aller Pflegeakteure gewährleistet werden. Die Leistung von pflegerischen Prophylaxen nach dem aktuellen, anerkannten Stand der pflegewissenschaftlichen Erkenntnis hat von allen gleichermaßen und kontinuierlich zu erfolgen. Mit Sherif (1966) lässt sich festhalten, dass eine wechselseitige, positive Abhängigkeit, d. h. das Erreichen eines Zieles ist nur gemeinsam möglich, zu Kooperationshandlungen innerhalb eines Teams (und seiner Subgruppen) führt.

In so weit zeigt sich, dass die Festlegung gemeinsamer Ziele unter der Beteiligung aller (multinationalen) Teammitglieder ein wesentlicher Baustein sein kann, um ethnische Unterschiede bei den Akteuren zu nivellieren und das individuelle Leistungspotenzial jedes einzelnen Pflegenden über eine positive Abhängigkeit auf Kooperation hin auszurichten.

11.2 Subkommunikation

In allen vier Einrichtungen wurden subkommunikative Unterhaltungen direkt oder indirekt eingeräumt. Subkommunikation wird als ein verbaler Austausch in einer Sprache verstanden, welche die Mehrheit des Pflegekollegiums von der Decodierung des Inhalts ausschließt. Ausgehend von der multiethnischen Zusammensetzung der Teams wurde vorab vor allem ein Austausch in den jeweiligen Herkunftssprachen der allochthonen MitarbeiterInnen angenommen, was sich in den Aussagen der deutschen Pflegekräfte auch wieder findet. Die Störquelle „sprachliches Defizit“ liegt in diesem Fall hauptsächlich bei den einheimischen Pflegekräften. Zweitens zeigte sich, dass der verbale Aus-

tausch in bayerischer Mundart umgekehrt die Pflegeakteure mit Zuwanderungsgeschichte ausschloss. Die vier für die Untersuchung herangezogenen Einrichtungen waren sowohl im ruralen als auch im urbanen Umfeld angesiedelt. Bei der Verwendung von bayerischem Dialekt waren jedoch keine regionalen Unterschiede zu verzeichnen, d. h. sowohl im ländlichen Bereich als auch im städtischen Kontext wurde von den Einheimischen im Team in Mundart kommuniziert. Dieser Befund kann dazu dienen, kommunikative Unzulänglichkeiten innerhalb eines multiethnischen Kollegiums nicht nur entlang der Achse authochthon und allochthon zu bewerten.

Die Kommunikation in einer nicht-deutschen Sprache wird in allen Einrichtungen, in denen die MitarbeiterInnen derartige Gespräche konstatieren, mehrheitlich als negativ aufgefasst. Lediglich in Einrichtung C wird dies nicht thematisiert, da die beiden Pflegekräfte mit Spätaussiedlerhintergrund bevorzugt in Deutsch miteinander sprechen. Die aufgrund fehlender Kenntnisse vom Dialog ausgeschlossenen Pflegenden fühlen sich beim Inhalt übergangen, sie können beispielsweise nicht erschließen, ob über etwas gelästert oder geschimpft wird (u. a. Sandra aus Einrichtung A, S. 5) oder ob persönliche verbale Angriffe gegenüber Anwesenden stattfinden (z. B. Fiona aus Einrichtung B, S. 6). Dies generiert bei einigen Befragten aus allen Teams Ärger und Verstimmung. Andere Befragte nehmen derartige Gespräche teilnahmslos wahr. Vor allem zugewanderte Pflegekräfte äußern Verständnis, wenn sie den Teammitgliedern den Austausch in ihrer Herkunfts- bzw. Muttersprache mit Gleichgesinnten zubilligen (Einrichtung A).

Für die ausländischen Pflegeakteure haben subkommunikative Prozesse verschiedene Vorteile: „Das erklärt besser“ (Paula aus Einrichtung A, S. 6), d. h. schwierige oder emotionale Inhalte können besser transportiert werden. Ebenso resultiert eine Zeiterparnis: „Wenn etwas ganz schnell zu erledigen ist, dann sprechen wir schon eigene Sprache“ (Erika aus Einrichtung B, S. 5). Mitunter lässt sich auch eine Vertrautheit herstellen oder die Sprache fungiert als Dolmetscherinstrument: „Bei Übergabe z. B. wird alles geklärt, was wir manchmal nicht verstehen. Dann gehe ich zu meiner Schwester“ (Anita aus Kasachstan in Einrichtung B, S. 5).

In Einrichtung D wird der Austausch in russischer Sprache von den anwesenden Pflegekräften vorsätzlich dazu benutzt, die übrigen KollegInnen bei den Unterhaltungen auszugrenzen. Trotz normativer Vorgaben und kollegialer Kritik bzw. verbalem Missfallen

durch die anderen MitarbeiterInnen finden weiterhin Gespräche in Russisch statt. „Mich stört es zwar schon, aber man kann denen das hundertmal sagen, aber die reden immer wieder, auch wenn es nur drei Fetzen von diesen Wörtern sind“ (Hilde über die Gespräche in Russisch, Einrichtung D). Im Gegensatz zu anderen allochthonen Befragten, die subkommunikative Prozesse eher zurückhaltend und versteckt vollziehen (z. B. die beiden kasachischen Schwestern aus Einrichtung B), wird sich hier offen von den Spätaussiedlerinnen in deren Muttersprache ausgetauscht. Bei dieser Konstellation wird die Bedeutung des Faktors Ethnizität in Einrichtung D deutlich: die gemeinsame Abstammung und Kultur schafft eine Gruppenidentität bei den Pflegenden aus dem ehemaligen Russland und das Element Sprache wird bewusst als nach außen sichtbares Abgrenzungsinstrument benutzt. Die Stationsleitung formuliert dies wie folgt: „Ich meine, wir haben auch ausländische Mitarbeiter, die ganz gut deutsch sprechen, die sich auch bemühen. Und da gibt es die Probleme nicht. Und es gibt welche, die bemühen sich auch nicht, im Gegenteil, da bekommt man zu hören, 'lern doch du russisch, wenn du das verstehen willst'. Habe ich alles schon gehört. 'Also deutsch, warum? Lern du russisch, dass du alles verstehst'. Also ich sage das ganz offen dazu, das Problem gibt es nur mit Russen. Wir haben auch eine Asiatin, wir haben jemanden aus Polen, aus der Türkei, aus Serbien, Persien und überall her. Und da gibt es keine Probleme damit. Es gibt nur mit den Russlanddeutschen Probleme in unserem Bereich. Die bemühen sich nicht, die sprechen daheim in ihrer Sprache, untereinander auch, die wollen auch nicht“ (Inge aus Einrichtung D, S. 5). Ähnlich beurteilt ein weiteres Teammitglied die russische Kommunikation: „Es stört schon. Weil ich sage dann immer: 'Kannst du bitte deutsch sprechen, weil ich bin sonst beleidigt, weil ich habe nicht verstanden, was du gesagt hast.' Ich sage das immer gleich, weil ich komme aus Persien und fange auch nicht an, persisch zu reden ohne Grund. Wir leben hier in Deutschland und das ist ein Pflegeberuf. Aber das hält dann nicht lange an“ (Jasmin, S. 5).

Umgekehrt sorgen die autochthonen Vertreter durch die mundartliche Kommunikation für eine beeinträchtigte Teilhabe und eine Einschränkung der primären und sekundären Funktionen von institutioneller Kommunikation (vgl. Winterstein 1998). Den befragten Einheimischen in Einrichtung B ist dies bewusst, wenn sie trotz einer vollzogenen Thematisierung der Erschwernisse und angestrebter Verbesserungsmaßnahmen (d. h. ein vermehrter Austausch in Hochdeutsch) es nicht schaffen, von der Verwendung der bayerischen Sprache Abstand zu nehmen. Hier wird vielmehr von deutscher Seite die

Anpassung an die mundartlichen Gepflogenheiten der Region von den ausländischen Kolleginnen gefordert.

Bemühen sich die einheimischen Pflegekräfte um breiter verständliche Gespräche in Hochdeutsch, lassen sich Missverständnisse, Zeitverluste und eventuelle Reibungen vermeiden. Lydia aus Kasachstan attestiert ihrem Team im Heim C, „die reden fast alle hochdeutsch, so ist kein Problem für mich“ (S. 8). Und in Einrichtung A erklärt Galina: „Bei uns sprechen alle hochdeutsch, bayrisch manchmal. Aber ich verstehe nicht Bayrisch“ (S. 8).

Der Indikator Subkommunikation mit seinen beiden im Vorfeld angenommen Ausprägungen (vgl. 7.3) lässt sich in allen Teams nachweisen. Die Aussagen weisen **drei Problemdimensionen** auf:

- (1) Pflegekräfte mit Zuwanderungsgeschichte erzeugen z. T. durch offen wahrnehmbare, subkommunikative Prozesse Verärgerung bei von gestörten Kommunikationskanälen betroffenen KollegInnen.
- (2) Die Einheimischen produzieren durch eine mehrheitlich dialekt-gefärbte Sprache Missverständnisse, Nachfragen, Fehlinterpretationen und Verständigungshindernisse bei ausländischen MitarbeiterInnen.
- (3) In einem Fall wird der Austausch in einer fremden Sprache von wenigen Personen mit Zuwanderungsgeschichte zur vorsätzlichen Aus- und Abgrenzung vom übrigen Team instrumentalisiert.

Die nachgewiesenen Reibungs- und Konfliktpotenziale finden sowohl unbewusst als auch absichtlich statt. Sprache ermöglicht Verständigung und ist eine Bindekraft, die den einzelnen Pflegekräften Zugehörigkeit zu einem Team erfahren lässt. Als Konsequenz beeinflusst sie alle anderen für die Untersuchung gefundenen Kategorien. Um dieser Bedeutung gerecht zu werden, ist es für multiethnische Teams unumgänglich, sich offensiv dem Faktor Subkommunikation zuzuwenden. Denn wie dargestellt, birgt ein subkommunikativer Austausch, der für wenige vorteilhaft, aber viele andere ausklammernd ist, erhebliche Risiken für das Gruppengefüge als ganzes in sich.

11.3 Sprachkompetenz

Allgemein besteht die Annahme, dass unzulängliche Deutschfertigkeiten auf Seiten der

Personen mit Migrationshintergrund durch die resultierenden Sprachbarrieren den wechselseitigen kollegialen Austausch beeinträchtigen. Ein Mangel an Verständigung produziert einen Mangel an Verstehen, als Folge ergeben sich Missverständnisse, Misstrauen, Fehlhandlungen oder Korrekturmaßnahmen im Austausch mit KollegInnen, Angehörigen, Ärzten und BewohnerInnen, sodass u. U. die stationsinterne Arbeitsfähigkeit erheblich beeinträchtigt ist.

In drei Teams wird die Kommunikationskompetenz der vorhandenen ausländischen Pflegeakteure als eingeschränkt bzw. gering betrachtet. Eine Ausnahme findet sich in Einrichtung C: die beiden aus Kasachstan stammenden Pflegekräfte zeigen keinerlei sprachliche Defizite. Lydia (41) beschreibt ausführlich ihren Ehrgeiz, sich die deutsche Sprache anzueignen, auch um beruflich den schriftlichen Anforderungen der Dokumentation und Administration gerecht werden zu können. „Anfangs war ich wirklich schlecht [...]. Wenn ich etwas nicht verstehe, nehme ich Wörterbuch, schaue hinein und weiß es dann“ (S. 8). Die 19jährige Auszubildende Ilona spricht generell nur deutsch, sowohl zuhause als auch im Kreis ihrer Freundinnen.

In den anderen Einrichtungen werden die vorhandenen Kommunikationsfähigkeiten z. T. erheblich kritisiert. „Das ist halt Mist, wenn ich das lese. Wenn ich so etwas lese, dann weiß ich nicht, was los ist. Wenn ich das nicht lese, ist es das Gleiche. Dann muss ich mir halt irgendwie etwas Zusammenreimen. Manchmal bekomme ich auch einen Lachkrampf, wenn ich das lese. Da ist alles so verdreht, ich denke, dass in keinem anderen Land Ausländer sich so schlecht mitteilen können und vom Schriftlichen her so einen verantwortungsvollen Job bekommen. Da ist man dann halt irgendetwas, aber nichts, wo man Verantwortung trägt“ (Inge als Stationsleitung der Einrichtung D, S. 6). Hilde aus dem gleichen Team spricht von „Verständigungsschwierigkeiten, weil die ausländischen Mitarbeiter – die wir da oben haben, da sind das alle – das Deutsch halt nicht so verstehen. Die Altenpflegerinnen [...] die sind ja aus Kasachstan, wenn ich das so sagen darf. Und ich denke ganz persönlich, dass das [Problem der Sprache, d. A.] die ganze Station vergiftet“ (S. 5). Daneben ergänzt sie für die Beziehung Bewohner-ausländische Pflegekraft: „Wir haben da vor einiger Zeit etwas gehabt, mit einer ausländischen Altenpflegerin. Sie war Russin, ein junges Mädchen. Ich muss immer wieder sagen, sie hatte fachlich schon etwas drauf, sie war auch fleißig und hat auch keine Unterschiede gemacht zwischen Helferin und Altenpflegerin. Die hat da genauso zugefasst,

die hat auch mal das Geschirr eingesammelt und Wäsche gemacht. Aber gegenüber den Heimbewohnern hat sie Hämmer abgelassen. Die Verständigungsschwierigkeiten sind es“ (S. 2).

Diese Einschätzungen stimmen bedenklich, da es sich bei einer pflegerischen Tätigkeit um einen verantwortungsvollen Prozess zwischen Menschen handelt, bei dem die Kommunikation eine der Schlüsselkompetenzen darstellt. Um dem Pflegedürftigen in seiner Ganzheitlichkeit entsprechen zu können, ist nicht nur das Augenmerk auf die körperliche Verfassung bzw. den wahrnehmbaren Gesundheitszustand zu richten. Auch das Eingehen auf psychische Befindlichkeiten, auf biografische Lebensinhalte, auf individuelle Wünsche und Vorlieben ist von Bedeutung. Bei all diesen Leistungen von Seiten der Pflegekräfte ist der Adressat 'Bewohner' unmittelbar zu beteiligen – und diese qualitative und quantitative Beteiligung unter Beachtung des aktuellen pflegewissenschaftlichen Erkenntnisstandes fällt in die Verantwortlichkeit jedes einzelnen Pflegeakteurs.

Die von den befragten Einheimischen in diesem Kontext vorgenommene Differenzierung basiert auf dem **wahrnehmbaren Willen** bei den KollegInnen mit Zuwanderungsgeschichte, ob sich einerseits aktiv um den Spracherwerb bemüht oder andererseits das defizitäre Sprachniveau (gleichgültig) akzeptiert wird. „Wir haben auch ausländische Mitarbeiter, die ganz gut deutsch sprechen, die sich auch bemühen. Und da gibt es die Probleme nicht“ (Inge, S. 5). Einige InterviewpartnerInnen mit Zuwanderungsgeschichte und schon zeitlich längeren Aufenthalten in Deutschland bestätigen diese Differenzierung, wenn sie wenig Überzeugung und eigenes Engagement äußern, die persönliche Sprachkompetenz zu verbessern. So äußert die (nach Einschätzung des Interviewers) mit nur geringen deutschen Sprachkenntnissen ausgestattete Galina (Einrichtung A, S. 17), dass sie zuhause nur Russisch spricht. Dora aus Einrichtung B, die seit zwölf Jahren in Deutschland lebt, gibt zu: „Ich nehme mir immer vor, jetzt musst du deutsch lernen. Aber immer gibt es die Grammatikregeln, da musst du das Wort schon von Anfang an richtig lernen mit der, die, das. Und das ist schwer für mich. Oft mache ich ohne der, die, das“ (S. 5).

Die fehlende Bereitschaft zur Verbesserung der deutschen Sprachkompetenz erschwert eine gelingende Integration in ein multiethnisches Team. Auf einer **individuellen Ebe-**

ne bleibt die ausländische Pflegekraft durch das Verständigungsdefizit mit all ihren Erfahrungen, Interessen, Gefühlen, Ansichten und Bedürfnissen stets im Hintergrund des Teamgeschehens, d. h. aus fachlicher Sicht gehen Informationen und Ressourcen verloren. Somit entzieht sich die betroffene MitarbeiterIn der Grundlage für eine berufliche als auch für eine persönliche Integration in ein multikulturelles Team.

Auf der **Teamebene** besteht das Risiko einer akzeptierten Diskriminierung, denn im Zuge einer Organisationsentwicklung leisten die kommunikationsgehandicapten Personen eher Tätigkeiten, die entlang einer hierarchischen Anordnung überwiegend nicht von sprachkompetenten Fachkräften (allochthon und autochthon) erbracht werden. Als Beispiele sind hier das Reinigen von Nachtkästchen, das Verteilen von Bewohnerwäsche, die Durchführung von Lagerungsmaßnahmen oder das Eingeben von Essen denkbar.

Zusätzlich bestätigen viele der Befragten Missverständnisse, Informationsverluste, Zeitverluste, überflüssige Arbeitsschritte oder Irritationen bei externen Personen über die AnsprechpartnerInnen im Team. Derartige Prozesse haben das Potenzial, den schon arbeitsreichen und stressanfälligen Arbeitsalltag mit all seinen Herausforderungen noch weiter zu verkomplizieren. Angesichts der sich wandelnden Rahmenbedingungen in der Altenhilfe (u. a. abnehmende Verweildauer der Bewohnerschaft, hoher Anteil von Menschen mit dementiellen Veränderungen) erscheint es nachvollziehbar, wenn auf Seiten der Einheimischen oder von sprachkompetenten ausländischen KollegInnen die Bereitschaft zu einer gelingenden Integration abnimmt. Und wiederum Hoffmann-Nowotny (1987) hat verdeutlicht, wie existentiell wichtig die Integrationsbereitschaft des aufnehmenden Landes im Sinne der Teammehrheit an einer gelingenden Integration ist. Nur über entsprechende Integrationsleistungen lässt sich eine Teilhabe an der Kultur der Mehrheitsgesellschaft herstellen.

Ohne die Anpassungsleistung Sprachkompetenz wird sich die institutionelle Verständigung und die wechselseitige teaminterne Kooperation stets belastet zeigen. Dann besteht die Gefahr, dass die Diversität eines Pflegekollegiums mit ihren Chancen zu einer kulturkompetenten Pflege (angesichts der mittelfristig wohl ansteigenden Bewohnerzahl mit Migrationshintergrund) an der fehlenden Professionalität scheitert.

Wie die Bemühungen um eine störungsarme Kommunikation zu gestalten sind, ist in

einigen der befragten Teams zu sehen. Zum einen zeigen einheimische Pflegekräfte (Team A, B) ein aktives Bemühen, wenn sie bereitwillig Nachfragen anstellen, in schriftlichen Dokumenten nachlesen oder die Verwendung der hochdeutschen Sprache versuchen. Zum anderen dienen stationsinterne Vorgaben zur Unterlassung von subkommunikativen Prozessen der Disziplinierung, was kollegial dann auch eingefordert wird (Team A).

Umgekehrt zeigen sich viele der allochthonen Beschäftigten gegenüber der dialektgefärbten Sprache von deutschen MitarbeiterInnen (bzw. der Bewohnerschaft) aufgeschlossen und tolerant (Team A, C). Neben dieser Anpassungsleistung optimieren auch bereitwillig geleistete Wiederholungen oder Neuformulierungen von unverständenen Aussagen die kollegiale Verständigung (Team B).

Unabhängig von teamspezifischen Prozessen ist die Kommunikationskompetenz das wichtigste Instrument bei der Versorgung der pflegebedürftigen Menschen in der Altenhilfe. Der bewohnerzentrierte Fokus, der mit seiner konzeptionellen Ausrichtung zunehmend auf ein stationäres Dasein abzielt, das sich an den Kriterien des bisherigen Lebens orientiert (z. B. Alltagsgestaltung, Normalität, Privatheit), kann ein möglichst hohes Maß an Zufriedenheit und Lebensqualität nur über Sprache bewerkstelligen. Die heutige zu betreuende Klientel weist überwiegend Einschränkungen in der eigenen Alltagskompetenz auf. Somit sind die Betroffenen bei nahezu allen Aktivitäten des Alltags zu begleiten und auch anzuleiten. All diese Prozesse lassen sich nur über eine gemeinsame, breit verständliche Sprache initiieren.

Ethnizität zeigt sich in diesem Kontext von Relevanz, da über eine fehlende Sprachkompetenz das Beziehungsgeflecht zwischen den beteiligten multikulturellen Gruppen beeinträchtigt wird. Damit kann sich u. U. innerhalb eines multiethnischen Teams die Überzeugung von sprachlich bedingten, kulturellen Unterschieden manifestieren und als Gruppen konstituierender und sie gegeneinander abschließender Prozess entwickeln. Das gilt für das Sprachmerkmal Nicht-Deutsch wie Bayrisch.

11.4 Subgruppen

Gesellschaften oder Organisationen umfassen oft kleinere Gruppen, die wiederum aus noch kleineren Gruppen bestehen können. Bei allen vier Einrichtungen fanden sich der-

artige Untergruppen im jeweiligen Team eines Wohn- oder Pflegebereiches. Der personale Umfang, die Zugehörigkeitskriterien, die Zusammensetzung sowie die Abgrenzung nach außen und der Umgang des übrigen Kollegiums mit einer derartigen Konstellation variieren dabei.

In **Einrichtung A** bilden die Alteingesessenen über das soziologische Alter (vgl. Elias / Scotson 1990) eine Subgruppe, ebenso gibt es sympathiebedingte Zusammenschlüsse ohne bestimmte Zugehörigkeitsmerkmale (Sandra, S. 9). In **Einrichtung B** schließen sich die jungen sowie die älteren Pflegekräfte jeweils zu einer Untergruppe zusammen. Als organisations-bedingter Sonderfall werden im **Heim C** zwei feste Schichtbesetzungen institutionell vorgegeben, so dass es sich hier im weitesten Sinne auch um eine Zwangsgruppenkonstellation handelt. Denn ein Wechsel von der A- in die B-Schicht und umgekehrt ist nur unter besonderen Bedingungen gegeben. Beide Schichten bilden aber das Team der Station und haben entsprechende Schnittstellen in den gemeinsamen Diensträumen oder bei Übergaben und Pausen. Im **Haus D** werden von den Befragten zwei Subgruppen angeführt: zum einen bilden die drei Spätaussiedlerinnen, „die Wolgadeutschen“ (Frank, S. 16) eine feste Gruppe, zum anderen existiert eine Clique der „Stationsfreundinnen“ (Frank, S. 13), die sich um die Stationsleitung und deren Stellvertretung schart.

Bei der Wahrnehmung von Subgruppen sowie dem Verhalten zu diesen Gruppen sind Unterschiede dahingehend zu verzeichnen, dass in Einrichtung A trotz der Subgruppen der Zusammenhalt des ganzen Teams betont und ein guter Umgang untereinander attestiert wird. Im Heim B führen die beiden nach dem Alter ausgerichteten Bündelungen der Pflegekräfte kaum zu Beeinträchtigungen der Teamprozesse bzw. der -wahrnehmung („normales, gutes Team“). Intergenerative Friktionen ergeben sich eher bei Kompetenz- und Wissensfragen. Erhebliche Störungen in der Teamstruktur zeigen sich im Kontext Subgruppen in der Einrichtung D. Die Clique der Stationsfreundinnen weist als Ingroup ein hohes Maß an interner Kommunikationsverdichtungen auf, was sich in Sympathie, Vertrautheit, gemeinsamen privaten Interessen und Unternehmungen auch außerhalb der beruflichen Tätigkeit sowie in einem freundschaftlichen Netzwerk und mitunter kollegialen Vergünstigungen durch die Stationsleitung äußert. Zusammengehörigkeit, Kooperation und Emotionen bedingen ein Wir-Gefühl in der Subgruppe. Die Zusammensetzung der Ingroup ist multiethnisch.

Ähnlich verhält es sich mit den Pflegekräften aus dem ehemaligen Russland, die sich durch ein starkes Gefühl der Zusammengehörigkeit und Loyalität vom übrigen Team bzw. den *Anderen* abgrenzen. Gemeinsam haben sie den Schritt mit der anwaltlich geäußerten Kritik an den KollegInnen sowie der Leitung gewagt, was möglicherweise die intensive Bindung zwischen den Spätaussiedlerinnen andeutet. „Die haben zusammengehalten und sind nach vorne. Die haben gesagt: `die machen wir jetzt alle fertig, von den Deutschen lassen wir uns gar nichts sagen. Wir haben auch seit Jahren Erfahrung´. Jetzt ist herausgekommen, dass alles falsch war, dass sie mit Lügen nach vorne sind“ (Jasmin aus Heim D, S. 7). Gleichzeitig äußern die in diesem Team befragten Pflegekräfte, dass diese Gruppe kaum erkennen lässt, ein Bestandteil des gesamten Kollegiums zu werden, dem Anerkennung und Akzeptanz entgegengebracht wird. Als Beispiel lässt sich hier der Gebrauch von (russischer) Subkommunikation und die unterstellte geringe Bereitschaft zur Verbesserung der deutschen Sprachkompetenz anführen. Trotz offiziellem Verbot erfolgen Unterhaltungen in Russisch (z. B. Inge, S. 5), auf diesbezügliche Hinweise wird unkooperativ geantwortet (Inge, S. 5) und die Bereitschaft zu einem verständlichen Austausch in Deutsch wird negiert: „Die Russen verstehen auch immer verschiedenes. `Gehst du da oder machst Anweisung´, dann verstehen die die Anweisungen nicht, machen etwas anderes, als das was gesagt. Manche verstehen nicht alles. Und sie probieren das dann zu machen, aber das sind die Probleme mit der Sprache“ (Frank aus Haus D über die „Wolgadeutschen“, S. 11).

Hinsichtlich der Frage nach der Ausprägung eines „Wir-Gefühls“ in multiethnischen Teams lässt sich aus den untersuchten Einrichtungen ableiten, dass das Vorhandensein von Subgruppen-Konstellationen anscheinend kein generelles Kriterium ist, welches partnerschaftliche Beziehungen in einem Team verhindert. Entscheidend ist hierbei jedoch die Abgrenzungstendenz der Subgruppe vom restlichen Team. Werden über das Netzwerk der Subgruppe hinaus keine Bindungen, (Austausch-)Prozesse und (freiwillige) Kooperationshandlungen zu den übrigen KollegInnen initiiert, so zeigt sich die Entwicklung eines Gefühls der Zusammengehörigkeit deutlich erschwert (siehe die ethnisch homogene Spätaussiedlergruppe in Einrichtung D). Bei ethnisch heterogen besetzten Subgruppen (in Einrichtung A die Alteingesessenen, in Einrichtung B die Jungen, in Einrichtung D die „Stationsliebhaber“) deutet sich eher keine Abschottung zum restlichen Kollegium an. Dies ist tendenziell entscheidend für die Wahrnehmung und die Toleranz der Subgruppe durch die Anderen: um den übergreifenden Anforderungen der

Altenhilfe gerecht werden zu können, ist wie dargestellt Teamarbeit unumgänglich. Wird dieser wechselseitige, kontinuierliche Prozess mit permanenten Kooperations- und Kommunikationshandlungen zur Zufriedenheit aller Pflegenden im Rahmen eines „Wir“ und zum Wohle der zu versorgenden Bewohnerschaft gewährleistet, so ist die Existenz von Subgruppen kein Nachteil für die Zusammensetzung, die Struktur und die Funktion eines multiethnischen Pflorgeteams.

11.5 Die direkte und indirekte Beteiligung von Ethnizität an Konflikten in den Teams

Die Aussagen aller 22 ProbandInnen deuten darauf hin, dass bisher in keiner der besuchten Institutionen die Thematik „multikulturelle Pflorgeteams“ Inhalt von konzeptionellen Überlegungen oder bei Maßnahmen der Personalentwicklung gewesen ist. Die Vernachlässigung der Multikulturalität bei den Pflegenden und den eventuellen Folgen bei der Zusammenarbeit, für die Pflegequalität oder die Bündelung von u. U. divergierenden Verhaltensmustern erscheint dabei wenig nachvollziehbar, da zumindest in Einrichtung A andeutungsweise zu entnehmen ist, dass die einheimischen MitarbeiterInnen bezogen auf die Gesamtanzahl der Teammitglieder in der Vergangenheit z. T. in einer numerischen Minderheit waren. Möglicherweise spielen hier Widerstände bei den betroffenen deutschen MitarbeiterInnen oder ein fehlendes Bewusstsein, auch auf der Leitungs- und Führungsebene, eine Rolle. Das Thema Migration bzw. Pflegende mit Zuwanderungsgeschichte wird wohl häufig auch erst entdeckt, wenn es zu deutlichen Konflikten oder Spannungen zwischen den MitarbeiterInnen oder mit BewohnerInnen bzw. deren Angehörigen kommt.

Als Beleg könnte auch das Ergebnis der Untersuchung aus **Einrichtung A** dienen, in der zwar zahlreiche Konflikte innerhalb der Kollegenschaft nachweisbar sind, der direkte kausale Bezug zu interethnisch-begründeten Differenzen jedoch fehlt. Bei dem skizzierten Konflikt mit multikultureller Beteiligung standen (nach Darstellung der Befragten) nicht Herkunft, kulturelle Unterschiede oder ethnische Ablehnung als konfliktauslösender Faktor im Mittelpunkt. Vielmehr konnte geklärt werden, dass Pflegende mit unterschiedlicher Zuwanderungsgeschichte beteiligt waren und die Auseinandersetzungen vorwiegend die Thematik Legitimationsmacht versus Expertenmacht behandelten. Der Faktor Ethnizität weist lediglich eine indirekte Beteiligung auf. Denn aufgrund der ethnischen Herkunft einer der beteiligten Konfliktparteien wird die bisherige pflegerische Berufsbiografie nach deutschem Recht eine umfängliche Anerkennung versagt.

Somit lässt sich daraus schließen, dass es sich nicht um eine Abneigung zwischen Kulturen handelt, sondern um eine subjektiv empfundene Degradierung von einer Fachkraft zur Helferin woraus eine mangelnde Akzeptanz mit Friktionspotenzial resultiert. Insofern zeigt sich hier die Anerkennungspraxis ausländischer Berufsabschlüsse im Bereich Pflege als fragwürdig. Regulär erworbenen Ausbildungen (im vorliegenden Fall aus dem östlichen Europa) wird eine qualitative Gleichwertigkeit versagt, was sich im Sinne von Hoffmann-Nowotny (1973) als Bestandteil der Unterschichtung einordnen lässt. Mit dieser Abwertung bleibt den betroffenen Personen mit Migrationshintergrund eine höherwertige Beteiligung am deutschen Pflegemarkt versagt (außer es werden z. T. aufwändige Nachqualifizierungsmaßnahmen unternommen). Im Zuge des Bologna-Prozesses, der auf europäischer Ebene durch ein einheitliches Hochschulsystem die Mobilität und Beschäftigung erleichtern soll, könnte mittelfristig auch die Beschäftigungspolitik für den Altenhilfe novelliert werden: mit der Abwendung von formalen, landesspezifischen nationalen Berufsabschlüssen hin zu verständlichen und vergleichbaren Abschlüssen, deren Curricula auf den Erwerb beruflich relevanter Kompetenzen ausgerichtet sind, könnte die derzeitige bürokratische und mitunter diskriminierende Praxis und die daraus folgenden Probleme eventuell beseitigt werden.

Anders zeigt sich die Situation in **Einrichtung D**. Die ethnische Herkunft der Mitarbeiterinnen aus so genannten SpätaussiedlerNationen steht im Mittelpunkt der konfliktären Prozesse. Diesen Kolleginnen wird eine Gruppenidentität unterstellt, die sich aus dem Glauben an die gemeinsame Abstammung und die Kultur speist. Wie dargestellt wird die russische Sprache von den involvierten Pflegekräften vorsätzlich als kulturelles Element zur Abgrenzung vom restlichen Team gebraucht. Die detaillierten Hintergründe können mangels ausreichenden Datenmaterials nicht eruiert werden, es deuten sich jedoch diskriminierende Handlungen von Seiten der deutschen Pflegekräfte an. In wie weit diese ursächlich waren oder erst als Reaktion auf die mitunter rigide Ablehnung von Leitung bzw. Team und die erwähnte Separation der Spätaussiedlerinnen erfolgten, lässt sich chronologisch nicht endgültig klären. Festzuhalten bleibt die Interpretation eines nachhaltigen Scheiterns der integrativen Leistung aller Beteiligten. Die geschilderte Situation weist einen hohen Grad an Komplexität auf, was zu der Vermutung führt, dass eine Lösung im Sinne aller kaum möglich erscheint. Die angegriffene Stationsleitung sieht nach ihren Aussagen keine Ansätze in ihrem Verhalten gegenüber den Spätaussiedlerinnen, die deren offensiv geäußerte Kritik rechtfertigen würde. Gleichzeitig soli-

darisiert sich ein Teil des Teams mit der Leitung, vor allem diejenigen Personen, die auch im Rahmen der Clique eine tiefer gehende Beziehung mit der Leitung pflegen. Daneben grenzen sich die aus Russland stammenden Kräfte über die Verweigerung einer gemeinsamen Kommunikationsbasis ab. Als Folge leitet die Mehrheit des Teams einen Prozess der Marginalisierung ein, dem sich auch Revanche- und Vergeltungswünsche anschließen. Letztendlich haben auch Initiativen über externe Personen in Supervisionsitzungen zu keiner Verbesserung der angespannten Lage geführt: „In diesem Fall weiß ich nicht, ob eine Supervision dazu da ist, wenn jemand einen anderen anzeigt, das öffentlich zu machen, breitzutreten. Es ist schon wichtig, dass dazu etwas gesagt wird, aber sich davon eine Lösung zu erhoffen, kann ich nicht nachvollziehen“ (Gerda, S. 12). Ähnlich: „Das ist irgendwo da und das ist nicht geklärt und wir haben Supervision gehabt und es ist nicht geklärt. Irgendetwas ist da“ (Dolly, S. 9). Letztendlich wird von einigen Befragten offen der Wunsch geäußert, bestimmte am Konflikt beteiligte Pflegekräfte (aus Kasachstan, Schlussfolgerung des Autors) aus dem Team zu entfernen. So würde sich nach Meinung der Stationsleitung das Arbeitsklima erheblich verbessern, „wenn ich zwei Mitarbeiter entlassen könnte und dafür Neue bekommen würde“ (Inge, S. 10). Auch Dolly wünscht sich analog, „dass die eine weggeht, dann kann ich mir vorstellen, dass... jeder aufatmen kann. Das ist wirklich so arg schlimm“ (S. 14).

Somit bleibt der Schluss, dass weder die Mehrheit des Teams noch die Subgruppe der Spätaussiedlerinnen bereit ist, die Voraussetzungen bzw. die Anforderungen an eine gelingende Integration zu erbringen. Abschließend könnte eine Interpretation der Situation in Einrichtung D lauten: das multiethnische Team weist mit rund 45 Prozent einen hohen Grad an Pflegekräften mit Migrationshintergrund auf. Nahezu die Hälfte dieser Menschen mit Zuwanderungsgeschichte solidarisiert sich zu einer Subgruppe bzw. Subkultur, grenzt sich auf einer sprachlichen Ebene ab und äußert über einen außerinstitutionellen Weg Kritik an (deutscher bzw. thailändischer) Leitung und einheimischen Teammitgliedern aufgrund einer wahrgenommenen Benachteiligung. „Es waren drei Schwestern aus dem Osten, die haben sich über uns beschwert, über die eigenen Arbeitskolleginnen. Die haben zusammengehalten und sich über uns bei unserer PDL mit einem Brief von einem Rechtsanwalt beschwert. Und von diesem Tag ab gab es Kampf. Zwischen den Russen und den Deutschen“ (Jasmin, S. 7). Die Äußerung von der aus Persien stammenden Jasmin verdeutlicht den Solidarisierungsprozess im Team. Sie als

zugewanderte Kraft ist nicht direkt von den Vorwürfen betroffen, als Mitglied in der Clique der „Stationsfreundinnen“ stellt sie sich aber auf die Seite der Angegriffenen. Analog verhält es sich mit der aus Thailand stammenden stellvertretenden Stationsleiterin Dolly: „Zwei Gruppen, aus dem Osten ist eine Gruppe und dann eine deutsche. Ich weiß es nicht, aber ich gehöre zur der deutschen, automatisch“ (S. 11). D. h. durch das Vorgehen der Spätaussiedlerinnen vollzieht sich ein multikultureller Zusammenschluss von Kräften des restlichen Teams. Daraus lässt sich ableiten, dass bei einer vorsätzlichen Abspaltung einer ethnisch homogenen Subgruppe innerhalb eines multiethnischen Teams eine gelingende Integration äußerst erschwert und beeinträchtigt wird.

Unabhängig von ethnisch-gelagerten Ergebnissen beinhalten die Aussagen der InterviewteilnehmerInnen für alle vier Teams übereinstimmend Hinweise auf die Existenz von Gerüchten bzw. von informalen Gesprächen über Personen, die persönlich an dem Austausch gar nicht Beteiligung finden. Und „das Gerede hintenrum“ (Christian aus Haus B, S. 4), „die Lästerei“ (Ilona aus Heim C, S. 5) und „Mobbing“ (Andreas aus dem Team D, S. 8) führen tendenziell zu Verärgerung, Rangeleien und Misstrauen. „Es gibt Kollegen, die reden immer hinter einem her“ (Jasmin aus Einrichtung D, S. 3) ohne das die betroffene Pflegekraft in das Gespräch involviert ist. „A rumor [...] is a specific (or topical) proposition for belief, passed along from person to person, usually by word of mouth, without secure standards of evidence being present“ (Allport / Postman 1947: ix). Dieses soziale Phänomen besitzt das Potenzial, bei unausgesprochenen Konflikten die Atmosphäre auf einer Station negativ zu beeinträchtigen.

Aus diesem Grund erscheint es ratsam, eine teaminterne Gesprächskultur zu diskutieren, die auch den Umgang mit Gerüchten und Lästereien über nicht anwesende Dritte (aus den Reihen des Teams) behandelt. Auf die Bedeutung von Werten wie Ehrlichkeit und Authentizität oder die Einhaltung von Tugenden der Aufklärung und der protestantisch-calvinistischen Moral wie z. B. Aufrichtigkeit könnte hierbei verwiesen werden. Ein kollegialer, kommunikativer Umgang in Bezug auf den Austausch von informellen Inhalten sollte transparent für alle anderen bzw. betroffenen MitarbeiterInnen sein, d. h. ein direkter Weg mit einem offenen Wort bildet den optimalen Weg der Informationsweitergabe. Unverifizierte Vermutungen, Getratsche und versteckte verbale Herabwürdigungen können u. U. die Teamstruktur und somit die Kohäsion, die Kooperation und letztendlich auch die Teamleistung negativ beeinflussen. Unabhängig von der möglicherweise folgenreichen Offenbarung der Gesprächsinhalte gegenüber dem Betroffenen

im Nachklang ist es vorstellbar, dass Gerüchte dazu geeignet sind, Diskriminierung, Separierung oder Marginalisierung (unabhängig von der ethnischen Herkunft) zu fördern und Solidarhandlungen, Ehrlichkeit und die Kommunikations-bereitschaft im gesamten Team zu erschweren.

11.6 Vorurteile

Unter der Annahme, dass vorurteilsbehaftetes Denken im Gespräch auch geäußert wird, lässt sich die Existenz von Vorurteilen nicht für alle vier befragten Einrichtungen nachweisen.

Die Verwendung von Stereotypen und Vorurteilen lässt sich abgrenzen. Stereotype sind Denkprozesse, d. h. subjektive Überzeugungen, Meinungen, Wahrnehmungen, Vorstellungen etc., die der effektiven Informationsverarbeitung in einer komplexen Umwelt dienen. Sie stellen kognitive Prozesse der Kategorisierung von Gruppen und der Zuschreibung von Eigenschaften dar, wobei die Bewertung positiv oder negativ sein kann. Ein Stereotyp wäre hier z. B.: "Alle Deutschen sind fleißig".

Vorurteile hingegen beziehen sich auf affektive Prozesse d. h. Gefühle und Bewertungen über Mögen / Nichtmögen oder Wohlbefinden / Unwohlsein werden geäußert. Meist haben diese Aussagen negative Gefühle oder Abwertungen von anderen Gruppen zum Inhalt. Vorurteile basieren demnach auf stereotypen Urteilen, sie unterscheiden sich von Stereotypen aber durch ihre gefühlsmäßige Verankerung und ihren zumeist negativen Charakter, z. B.: "Ich mag keine Ausländer, weil ..."

In diesem Kontext können die Aussagen von Barbara in **Einrichtung C** auf die Frage F3 als das Äußern von Unwohlsein und Nichtmögen interpretiert werden.

„Denken Sie, dass zu wenige deutsche Pflegekräfte bei Ihnen arbeiten?

...zu wenig? Also mir fällt es halt in letzter Zeit auf, dass die Ausländer wahnsinnig im Kommen sind.

Woran könnte das liegen?

Ich weiß es nicht, sind die billiger oder...ich weiß es nicht.

Ist das hier dann im Haus oder bei Ihnen auf Station?

Nein, hier im Haus. Es sind einige eingestellt worden und es sind nur Ausländer.“

Obleich sie in ihren Aussagen für ihre eigene Station den Fleiß, die Ausbildungsqualität und das Leistungsniveau der allochthonen Kolleginnen betont und auch die hetero-

gene Mischung im eigenen Team als unproblematisch einschätzt, sieht sie auf einer übergeordneten Ebene durchaus die Gefahr, dass die ausländischen Pflegekräfte den Einheimischen Arbeitsplätze weg nehmen (S. 14). In ähnlicher Weise äußert sich ihre deutsche Kollegin Kathrin, die „auf das ganze Haus gesehen“ (S. 10) auch zu wenige deutsche Pflegekräfte angestellt sieht. Aber auch sie hebt den Fleiß und die Leistungsbereitschaft hervor, fühlt sich durch ihre ausländischen Kolleginnen nicht gestört und sieht auch keine Nachteile für sich. Nur im Austausch mit der Bewohnerschaft sieht sie durch die Kommunikation in Mundart Verständigungsprobleme in einheimisch-ausländischen Pflegesituationen: „Weil die alten Leute muss man sagen, das sind meistens Urbayern. Die verstehen sie nicht“ (S. 10). Dennoch führt auch sie Bedenken bei der Arbeitsplatzvergabe an Pflegekräfte mit Zuwanderungsgeschichte an: „Irgendwo ja. Aber andererseits denke ich wieder, die arbeiten hier und zahlen die gleichen Steuern. Also es ist ein Pro und Contra. Sicherlich, so wenig Arbeit wie wir zurzeit haben, ist es schon so, dass man erst schauen sollte, dass die Deutschen Arbeit haben. Aber sie zahlen ja Steuern, genau so wie wir, also sehe ich da kein Problem“ (Kathrin, S. 10).

Umgekehrt machen die allochthonen Beschäftigten keinerlei vorurteilsbehaftete Äußerungen. Beispielsweise beschreibt Lydia (41, aus Kasachstan) das Verhältnis zu den Kolleginnen so: „Ich nehme sie ganz normal so wahr, wie sie sind. Hier ist ihre Heimat. Und wir treffen uns auch so. Obwohl nicht so oft, das ist ganz normal. Ich war zusammen mit meiner [einheimischen, d. A.] Stationsleitung im Urlaub letztes Jahr. Ja, so oft treffen wir uns auch nicht, aber als ich im letzten Jahr Geburtstag gehabt habe, habe ich alle eingeladen. Da habe ich keine Hemmungen“ (S. 12).

Die Vorurteilsforschung zeigt, dass je enger die Kontaktrate (qualitativ und quantitativ) innerhalb eines multiethnischen Pflegeteams und je ausgeprägter das Wissen voneinander ist, desto eher verblassen Vorurteile und lösen sich auf (vgl. Lin 1999; Stroebe 1988).

Aus diesem Grund sind organisationsspezifische Überlegungen wie in Einrichtung C mit personell fest definierten Besetzungen und kaum gegebenen Wechselmöglichkeiten zwischen den Schichtmitgliedern aus integrationsfördernden Überlegungen als eher kontraproduktiv einzustufen. Gleichzeitig ist für die Station C zu konstatieren, dass nur drei von 13 Pflegekräften einen Migrationshintergrund aufweisen.

In **Einrichtung A** lassen sich keine Vorurteile nachweisen, vielmehr handelt es sich bei einigen Aussagen um die Bestätigung von Stereotypen. Mit Stereotypen lassen sich soziale Sachverhalte kategorisieren, die von vielen Personen geteilt werden. Über Stereotype lassen sich soziale Kausalitäten herstellen, zur Herstellung, Bewahrung und Interpretation von Gruppenideologien (Tajfel 1982). Im Unterschied zu Vorurteilen lassen sich positive Differenzierungen zwischen der eigenen und anderen sozialen Gruppen bewahren. Dazu die einheimische Stationsleiterin Miriam: „Es ist so, dass man bestimmte, ich sage jetzt mal, landestypische Charaktereigenschaften herauskennt. Man kennt jetzt z. B. einen typisch Deutschen heraus, der eher teilweise übergenau bei gewissen Sachen arbeitet. Oder die typisch russische Mentalität, die arbeiten, die klotzen ran. Und z. B. türkische, wir haben einen türkischen Mitarbeiter, das Typische bei ihm ist, wie in der Fernsehwerbung. Kennst Du die, wo der Türke so eine alte Omi im Rollstuhl schiebt und Karussell fährt? So ist der. Der ist immer so der Omatyp. Vielleicht immer etwas flirten mit den Damen...“ (S. 3).

Ähnliches bestätigt auch der aus der Türkei stammende Mehmet (S. 3):

„Ich bin so ein Mensch, wenn ich im Dienst bin, bin ich sehr, wie soll ich es denn sagen,...ordentlich. Ich achte sehr auf Sauberkeit. Dann...die Behandlungspflege muss bei mir alles pikobello laufen, da muss keine Sache vergessen werden und ... aber ich kann auch aus meiner Herkunft etwas locker sein, nicht so streng, wie deutsche Mentalität. Verstehst du? Deine zum Beispiel zwischen, ja, ausländischer Mensch und deutscher Mentalität. Man sagt, die Deutschen sind sehr ordentliche Menschen und sie wollen genau so, wie es sein muss. Ich sehe aber manche Dinge etwas locker. Das ist abweichend von dem Grad wie hier.

Also die Deutschen sind eher sachlich, nüchtern...?

Genau. Genau das. Da bin ich zum Beispiel anders als wie, ja, deutsche Pflegeperson.

Und andere Nationalitäten ?

Auch.

Gibt es da Unterschiede, fällt da etwas auf?

Das ist nicht so ganz also zum Beispiel russische Mitarbeiterinnen, wir haben auch viele, die sind auch ziemlich locker, aber was ich noch sagen will, die russischen Mitarbeiter, allgemein die ausländischen Pflegehilfskräfte die arbeiten eher fleißiger, als die deutschen Mitarbeiter. Das ist auch meine Meinung. Ja.

Okay.

Weil die deutschen Frauen, die hier als Pflegekraft arbeiten, die versuchen sich ein bisschen zu schleichen von der Arbeit. Aber ausländische, die geben alles.“

Und die aus Sachsen stammende Tanja ergänzt: „Die Bayern sind `komm ich heute nicht, komm ich morgen´ und wir Sachsen sind schnell, wir müssen viel arbeiten, das ist einfach noch mit der DDR verbunden. Dann würde ich so sagen, Türkei-Deutsch ist noch so typisch Die sind auch so... die arbeiten schnell, schaffen viel am Stück, aber dann in Ruhe Pause machen. Sich ausruhen, die genießen dann, wenn sie fertig sind,

pünktlich fertig sind“ (S. 3).

Für Haus A lassen sich demnach nur subjektive Wahrnehmungen und Meinungen in Form von Stereotypen festhalten. Negativ besetzte Gefühlsäußerungen fehlen gänzlich, sowohl von autochthoner als auch von allochthoner Seite.

Die sechs Befragten im **Team B** artikulieren übereinstimmend weder teambezogene Vorurteile noch Stereotype. Sowohl die aus dem östlichen Europa stammenden Kräfte (Anita, Erika, Dora) verneinen stereotype Wahrnehmungen oder Vorurteilsdenken bezüglich der einheimischen KollegInnen, als auch umgekehrt die deutschen InterviewpartnerInnen. Lediglich die 61jährige Beate räumt ein, dass den einheimischen Pflegenden Arbeitsplätze durch Ausländer streitig gemacht werden könnten, jedoch wiederum nicht für ihr eigenes Team, denn „wir haben ja eh bloß drei andere“ (S. 7). In diesem Zusammenhang ist jedoch auch eine Erfahrung aus ihrer Berufsbiografie anzuführen, die sie nach ihren Aussagen getroffen hat und die geäußerte Haltung begünstigt: „Früher als ich noch Schneiderin war und ich habe gemerkt, dass die ganze Firma in die Tschechi geht, das war schon irgendwie hart. Die Deutschen sind alle arbeitslos geworden und da drüben haben die ein Geschäft aufgebaut und die Tschechen haben Arbeit gehabt. Das war schon kein so gutes Gefühl. Weil ich meine, wo bekommst du auch eine Arbeit“ (S. 8). Da sie nun seit zehn Jahren als Altenpflegerin tätig ist, kann auf eine (erfolgreiche) Umschulungsmaßnahme geschlossen werden, die möglicherweise mit Aufwand, Energie und Anstrengungen verbunden war. Ansonsten bestätigt sie ihren Kolleginnen mit Migrationshintergrund aber Pflichtgefühl, Hilfs- und Leistungsbereitschaft und fühlt sich durch die Multikulturalität nicht gestört.

Das größte Reibungsfeld in **Einrichtung B** resultiert wie dargestellt aus dem Faktor Sprache.

Das **Team D** hingegen werden Stereotype und Vorurteile respektive Meinungen mit negativem Charakter in den Aussagen der InterviewpartnerInnen angedeutet.

Einen ersten Adressatenkreis bilden die einheimischen Pflegeakteure. So erzählt die aus Thailand stammende Dolly, dass sie als Fachkraft mit der Aufgabe als Schichtleitung nicht von allen einheimischen KollegInnen akzeptiert wird. „Es ist schon Neid bei uns im Team. Ich meine, ich bin auch keine gebürtige Deutsche. Aber gut, als Examierte habe ich die Aufgabe als Schichtleitung mein Team da zu führen. Ich meine zu delegie-

ren usw. Es kam ab und zu so, dass es manchen von den Einheimischen nicht gepasst hat“ (S. 3). Gleichzeitig sieht sie auf Seite der Einheimischen ein Defizit an „Gelassenheit, Wärme und Geduld“ und unterstellt manchen deutschen KollegInnen, „die sind da, um Geld zu verdienen. Nach acht Stunden gehen die wieder nach Hause, dann... hmh. Die machen das nicht leidenschaftlich. Wir sind halt anders. Wir haben andere Einstellung zur Arbeit wie die Deutschen“ (S. 10). Auch Frank aus Polen äußert sich dahingehend ähnlich: „Wärme, Herzlichkeit, Menschlichkeit, so sagt man doch? Das fehlt. Und die [Ausländer bzw. Slawen, d. A.] bringen denen die Herzlichkeit, die Wärme, wie gesagt, mehr als die hier. Ich sage Richtung Osten, Slawen. Die Slawen sind andere Nationen wie die Deutschen, die Deutschen sind eine harte Nation. Aber das ist was ich denke, die sind eine andere Nation, hier ist eine harte Nation“ (S. 14). Überraschenderweise schätzt Dolly aber auch als einzige Probandin die personelle Zusammensetzung des Teams so ein, dass zu wenige deutsche Pflegekräfte auf der Station arbeiten (S. 10). Diesbezüglich könnte interpretiert werden, dass sie mit der ethnischen Heterogenität und den Qualitäten der ausländischen Teammitglieder nicht zufrieden ist. An anderer Stelle bezieht sie sich in diesem Kontext explizit auf die Spätaussiedlerinnen: „Wenn einige eine Gruppe bilden und Hass aufbauen, dann ist das nicht schön“ (S. 11). Frank geht auch gerne zur Arbeit, „wenn einige Deutsche da sind. Das ist automatisch so, dann ich habe keine Probleme, weil die kein Mobbing machen. Sind die anderen nicht da, dann weiß ich, heute haben wir gutes Team“ (S. 1).

Gegenüber dem Adressatenkreis von KollegInnen mit Zuwanderungsgeschichte äußert keine der einheimischen Pflegenden explizite Vorbehalte. Lediglich Hilde (41 Jahre) sieht sich auf einer berufspolitischen Ebene benachteiligt: „Die ausländischen Fachkräfte werden gefördert, dass sie von der Arbeitslosenstatistik raus sind und uns Deutsche – ich muss sagen, ich habe mich da auch schon erkundigt – wir bekommen nichts, weil ich verheiratet bin. Aber Ausländer werden halt in die Schule geschickt, damit sie weg sind von der Arbeitslosigkeit. Und die werden halt unterstützt, ob sie gescheit Deutsch können oder nicht. Hauptsache weg sind sie“ (S. 7). Sie ist gelernte Damenschneiderin und musste vor rund 13 Jahren zur Altenpflegehelferin umschulen.

Anders verhält es sich mit der Zielgruppe Spätaussiedlerinnen. Jasmin aus Persien beurteilt diese Kolleginnen negativ (S. 2):

„Sagt die Herkunft etwas über die Arbeitsweise aus?“

Bei mir nicht. Es wird immer gesagt, dass die Leute aus der Richtung Russland alle gut sind und fleißig: Die stellen wir ein, die sind super! Und genau diejenigen sind dann ständig krank.

Also bei Ihnen hier?

Ja, bei uns. Die bleiben hier, bis sie sich festgehakt haben und dann haben die unbefristeten Vertrag und genau diejenigen sind dann ständig krank.“

Vor allem der sprachliche Kontext gibt Anlass zu Vorbehalten gegenüber den Pflegenden aus dem Osten Europas, wobei der aus Polen stammende Frank meist ausgenommen wird.

Die 43-jährige Gerda ist erst seit wenigen Monaten in diesem Team verortet und meint (S. 8): „Also wie ich das so gesehen habe, ist das eine große Prozentzahl Ausländer, Spätaussiedler. Da sind schon viele beschäftigt. Ich finde es eigentlich nicht verkehrt, aber mit den Leuten, die man hat, sollte man sich darum kümmern, dass man sich mit denen schon verständigen kann. Das ist schon wichtig. Es sollte sich die Waage halten. Ich fände es z. B. nicht gut, wenn es auf einer Station lauter Weißrussen gibt. Das wäre für die Bewohner auch nicht gut.“ Inge als Stationsleitung argumentiert in eine ähnliche Richtung, wenn sie sagt (S. 5): „Es gibt nur mit den Russlanddeutschen Probleme in unserem Bereich. Die bemühen sich nicht, die sprechen daheim in ihrer Sprache, untereinander auch, die wollen auch nicht. Und wenn man etwas sagt, dann sind sie beleidigt. Die [sind, d. A.] alle so.“

Das vorurteilsbehaftete Denken in der Einrichtung D kann nicht losgelöst von den konfliktären Prozessen, die im Vorfeld gelaufen sind, betrachtet werden. Vielmehr sind diese Äußerungen im Verhalten der Spätaussiedlerinnen begründet. Die negativen Meinungen zu diesen Kolleginnen resultieren aus den sprachlichen Defiziten, aus der Subgruppenkonstellation, aus dem Beschwerdeverhalten und den Mobbing-Vorwürfen an Leitung bzw. Team. Die in diesem Zusammenhang verwendeten Begrifflichkeiten wie „Kampf zwischen den Russen und den Deutschen“ (Jasmin, S. 7), „Hass“ (Dolly, S. 11), „der Mob macht alles kaputt. Alles. Die Leute, das Klima. Das Mobbing auf Station“ (Frank, S. 8), „Lügen“ (Jasmin, S. 7) oder „Chaos“ (Frank, S. 13) deuten an, wie gestört das Teamgefüge sich derzeit präsentiert.

Anhand der geäußerten Beschreibungen der teaminternen Situation scheint auch ein

Abbau von Vorurteilen wenig geeignet, die angespannte Lage zu normalisieren. „Momentan kann man nicht integrieren. Das kann man nicht“ (Jasmin, S. 7). Vielmehr wird ein Weggang der kasachischen Kollegin gewünscht: „Wenn sie geht weg, alles wird wieder in Ordnung“ (Dolly, S. 13).

Zur Erklärung der dargestellten Situation in Haus D lassen sich Konflikt- bzw. gruppentheoretische Ansätze heranziehen. Die Interessenskonflikte und Konkurrenzsituationen zwischen den beiden Gruppen (deutsche Pflegende ergänzt mit ausländischen KollegInnen sowie die Gruppe der „Wolgadeutschen“) verursachen nach dem konflikttheoretischen Ansatz z. T. Feindseligkeit und Vorurteilsdenken. Sherif (1966) hat in seinen Versuchen verdeutlicht, wie über Wettbewerbs- und Konfliktsituationen die jeweilige Gruppenidentität der gegenüber postierten Gruppen zunimmt. Letztendlich ergaben sich bei beiden Gruppen negative Meinungen über die jeweils andere Gruppe. Diese sozialen Vorurteile spielen demnach auch auf einer ethnischen Dimension von Mehr- und Minderheiten eine erhebliche Rolle. Die vorgefassten und durch neue Informationen bzw. Erfahrungen nur schwer zu korrigierenden Urteile über Personen sind meistens emotional besetzt und enthalten wie dargestellt positive Bewertungen der eigenen Gruppe und negative Einschätzungen der Fremdgruppe. Wie auch an der Äußerung von Inge („Die sind alle so“, S. 5) abzulesen ist, werden Vorurteile häufig auf alle Mitglieder der fremden Gruppe übertragen (Generalisierung).

Basierend auf Festingers konflikttheoretischem Ansatz der sozialen Vergleichsprozesse (1954) wurde mit der Theorie der sozialen Identität gezeigt, dass allein eine (willkürliche) Einteilung von Personen in entsprechende Gruppen ausreicht, um in der Folge Differenzen zwischen den Gruppen und eine Favorisierung der Eigengruppe gegenüber der Fremdgruppe herzustellen. D. h. schon über eine Einteilung / Kategorisierung in eine In- bzw. Outgroup vollzieht sich eine Ablehnung der Fremdgruppe – Interessenskonflikte um physische oder materielle Ressourcen wie Geld oder Arbeit stellen keine notwendigen Voraussetzungen dar. Denn im Zuge von Identitätsbildungsprozessen zielt jeder Mensch auf ein positives Selbstbild ab, also eine positive soziale Identität, was sich über die Bewertung der eigenen Gruppenmitgliedschaft im Vergleich zur anderen Gruppe erzielen lässt: die eigene soziale Identität ist umso positiver, je positiver sich die eigene Gruppe von Vergleichsgruppen abhebt. Eine Person erreicht dies, indem sie die Eigengruppe über die Abwertung der Fremdgruppe aufwertet: Das positive Bild der Ei-

engruppe ergibt sich also durch die positive Unterscheidung zwischen Eigen- und Fremdgruppe, es resultiert eine Überlegenheit (Distinktheit).

Allgemein können bestehende Vorurteile jedoch angegangen werden. "Vorurteile [...] können verringert werden, wenn sich bei gleichem Status zwischen Mitgliedern von Mehrheit und Minderheit Kontakte bei der Verfolgung eines gemeinsamen Zieles entwickeln. Die positive Wirkung ist sehr viel größer, wenn der Kontakt durch öffentliche Einrichtungen unterstützt wird [...]. Weiterhin müssen diese Kontakte von einer Art sein, die bei den Mitgliedern der beiden Gruppen die Wahrnehmung gemeinsamer Interessen und gemeinsamer Menschlichkeit herbeiführt" (Allport 1971: 285ff). Auch hier rekuriert der Ansatz auf die Thematik gemeinsamer Zielfindung.

In Anlehnung an Allport (1971) lassen sich folgende Bedingungen für erfolgreiche soziale Kontakte anführen:

(1) Gleicher oder ähnlicher Status

Um Kontakte zwischen Mehr- und Minderheiten auf gleicher Ebene und ein Miteinander zu ermöglichen, sollten große Statusunterschiede z. B. hinsichtlich der formalen Bildung vermieden werden.

(2) Engere bzw. intensivere Kontakte

Da es bei oberflächlichen oder nur gelegentlichen Kontakten allenfalls zu kurzfristigen positiven Effekten im konkreten Kontext, aber nicht zu einer Generalisierung der Erfahrung kommt, sollten Kontakte möglichst dauerhafter angelegt sein und im Idealfall persönliche Freundschaften ermöglichen.

(3) Gemeinsame Interessen und kooperative Ziele

Kontakte sollten nicht unter Konkurrenz- bzw. Wettbewerbsbedingungen stattfinden. Sie sollten vielmehr eine kooperative Zusammenarbeit bei der Verfolgung gemeinsamer Ziele ermöglichen.

(4) Freiwilligkeit

Die Teilnahme an Kontakten sollte freiwillig sein, um eine grundsätzliche Bereitschaft zum Miteinander herzustellen und Abwehrreaktionen zu vermeiden.

(5) Ein positives öffentliches Klima

Ein positives Bekenntnis zur Multikulturalität bzw. zur Vielfalt von Lebenswei-

sen und Lebensstilen in Politik, Medien und Wirtschaft gilt angesichts der Bedeutung des sozialen Kontextes und sozialer Normen als förderlich.

Werden diese Ansätze auf den Bereich stationäre Altenhilfe transformiert, so ergeben sich verschiedene Handlungsspielräume. Die Statusunterschiede in einem Pflegekollegium umfassen wenige Ebenen. Neben den Fachkräften gibt es die Gruppe der HelferInnen bzw. der ungelernten Pflegenden, die den festen Bestand eines Kollegiums bilden (unter der Vernachlässigung von Zivildienstleistenden, Auszubildenden, PraktikantInnen, AbsolventInnen des freiwilligen sozialen Jahres). Durch ordnungs- und leistungsrechtliche Vorgaben wird sich bei der Verteilung der Personalstellen meist eine relative Ausgewogenheit einstellen. Dies bedeutet, dass von nicht allzu großen Statusunterschieden innerhalb eines Teams auszugehen ist. Es bestehen jedoch verschiedene Begleitphänomene, die eine Kontaktintensivierung losgelöst von ethnischen Hintergründen erschweren können. Neben intergenerativen Dissonanzen können auch die neuen und in der Umsetzung befindlichen konzeptionellen Versorgungsansätze ein Risiko zu vermehrten Aushandlungsprozessen in sich bergen. Unter dem Stichwort Hausgemeinschaftsprinzip lässt sich der Wandel vom Pflegefokus hin zur Betreuung und Alltagsversorgung in den Pflegeheimen subsumieren. D. h. nicht mehr die pflegerische Arbeit steht im Mittelpunkt der Existenzsicherung, vielmehr orientiert sich die Tätigkeit der Pflegenden an einer gelungenen Gestaltung des „normalen“ Alltags für die Pflegebedürftigen. Dieses Versorgungsangebot benötigt neue, von der Pflege losgelöste Kompetenzen und Qualifikationen, welche in Präsenzkraften oder Alltagsbegleitern zusammengefasst werden (vgl. dazu Liga der freien Wohlfahrtspflege Baden-Württemberg 2009a). Somit zeigt sich zukünftig neben der Pflege auch der Bereich Hauswirtschaft und soziale Betreuung für Sicherheit, Zufriedenheit und Lebensqualität in einer Einrichtung verantwortlich, was u. U. zu einer Verschiebung von Status, Weisungsbefugnis und Macht beitragen kann. Hier ist von Einrichtungsseite mit klaren Tätigkeitsprofilen, Stellenbeschreibungen und Aufgabenverantwortlichkeiten gegen zu steuern.

Eine Intensivierung von Kontakten zeigt sich in der Umsetzung durch die Pflegeheimträger eher schwierig. Nichtsdestotrotz hat die Leitungsebene verschiedene Optionen, kontaktfördernde Rahmenbedingungen zu schaffen. Denkbar sind finanzielle Unterstützungsleistungen u. a. für gemeinsame, kollegiale Treffen außerhalb des Einrichtungsmilieus z. B. in einem Restaurant. Oder im Zuge eines Projektes erhält das Team einer Station ein Budget zur Verfügung. Als Beispiele lassen sich die gemeinsame Gestaltung bzw. Dekoration von Räumlichkeiten oder Fluren, die Organisation eines Tages der of-

fenen Tür oder verschiedene gemeinwesenorientierte Projekte (Basar, Vorträge, Lesungen, Besuche durch Vereine oder Schulklassen) anführen. Zusätzlich bieten sich Möglichkeiten wie betriebliche Gesundheitsförderung (z. B. über die Kooperation mit Fitnessstudios oder vergünstigten Vereins-mitgliedschaften), Feste für und mit dem Personal oder gemeinschaftlichen In-House-Schulungen an.

In wie weit sich derartige Überlegungen dem Postulat der Freiwilligkeit unterstellen, bleibt zu hinterfragen, wenngleich es im Sinne der Einrichtungsverantwortlichen ist, positive Verstärker zu setzen (z. B. persönliches Engagement bei einem Projekt als Arbeitszeit), um gemeinschaftliche Kontakte zu fördern.

Ein Bekenntnis von der Trägerseite einer Einrichtung zu Multikulturalität kann im Leitbild verankert werden. Weitere Initiativen für ein positives Klima innerhalb einer Einrichtung werden für diesen Kontext nachfolgend unter 11.7 ausgeführt.

11.7 Weitere Lösungsansätze

Interkulturelle Kompetenz und Sprachkompetenz

„Interkulturelle Kompetenz beschreibt die Kompetenz, auf Grundlage bestimmter Haltungen und Einstellungen sowie besonderer Handlungs- und Reflexionsfähigkeiten in interkulturellen Situationen effektiv und angemessen zu interagieren“ (Bertelsmann Stiftung 2006: 5). Dass eine derartige Kompetenz noch nicht in den Strukturen und Lehrinhalten der Altenhilfe verortet ist, zeigt das Fehlen dieser Thematik bei den Fragen nach Profession und Professionalisierung (vgl. 4.3).

In Anlehnung an Deardorff (2006: 19) lassen sich vier Dimensionen der Interkulturellen Kompetenz bestimmen:

(1) Motivation im Sinne von Haltungen und Einstellungen

Respekt vor anderen Kulturen, Offenheit, Unvoreingenommenheit gegenüber anderen, Neugier, Ambiguitätstoleranz;

(2) Handlungen

Umfassendes Kulturverständnis und -wissen, kulturspezifische Informationen, durch Zuhören, Beobachten, Analysieren, Bewerten, Zuordnen;

(3) Interne Reflexion

Perspektivwechsel, Anpassungsfähigkeit und Flexibilität an andere Kommunikationsstile und Verhaltensweisen, Empathie;

(4) Externe Interaktion

auf Basis der drei vorgenannten Dimensionen sind effektive und angemessene Kommunikationsprozesse und Verhaltensweisen möglich.

Die Herausforderungen dieses Modells an ein Individuum – um einen konstruktiven Umgang mit der kulturellen Vielfalt der heutigen Gesellschaft zu erreichen – umfassen demzufolge überwiegend das Identitätskonzept sowie komplexe kognitive und kommunikative Prozesse. Dieses notwendige Bewusstsein und das anspruchsvolle Fähigkeitsrepertoire scheint sich auf das kulturell zunehmend heterogene berufliche Umfeld Altenhilfe nur schwer transferieren zu lassen. Denn im Fokus dieses Versorgungsbereiches stehen meist immer noch andere Kriterien: als Beispiele lassen sich wiederum die erschwerten Arbeitsbedingungen anführen (vgl. 4.4). Ebenso ordnungs- und leistungsrechtliche Neuerungen, die zu erhöhten Prüfintervallen führen, deren Resultate im Zuge des Transparenz- und Qualitätsgedankens mittlerweile in veröffentlichte Schulnoten münden. Eine ungünstige Zensur kann für eine im Wettbewerb stehende Einrichtung weitreichende betriebswirtschaftliche Folgen haben. Demzufolge verwenden viele Träger Zeit und Energie auf eine bestmögliche Vorbereitung auf solche Begehungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (u. a. Liga der freien Wohlfahrtspflege Baden-Württemberg 2009). Zusätzlich lässt sich immer noch eine mitunter hohe Fluktuationsrate im Personal (z. B. Hasselhorn et al. 2005) sowie ein zunehmender „Brain Drain“ von Pflegefachkräften in pflegerische Alternativarbeitsbereiche oder durch Akademisierung verzeichnen (Buchinger 2009).

Als Folge dieser skizzierten stationären Gegenwart erscheint es nachvollziehbar, wenn eine offensive und umfängliche Auseinandersetzung in multiethnischen Pflegekollegien mit dem Faktor Interkulturelle Kompetenz noch nicht oder nur rudimentär stattgefunden hat. Hinzu addieren sich

- eine häufig verändernde Teamstruktur, bedingt durch befristete Arbeitsverhältnisse und Teilzeitbeschäftigung¹⁷.

¹⁷ Die stationäre Altenhilfe hat sich innerhalb weniger Jahre zu einem Teilzeitarbeitsbereich entwickelt (vgl. Statistisches Bundesamt 2008a: 8). 57% der Beschäftigten waren im Jahre 2007 Teilzeitkräfte. Ein Grund ist in der durch das SGB XI vorgegebenen Personalquote zu sehen, die aus betriebswirtschaftlichen Gründen an die Belegung der Pflegeplätze gekoppelt ist. Schwankt durch den aktuellen Verdrängungswettbewerb im Pflegeheimbereich die Belegung eines Pflegeheimes, so ist auch der Personaleinsatz flexibler zu gestalten, was mit Teilzeitarbeitskräften am effektivsten ermöglicht wird.

- unterschiedliche Interpretationen des Begriffes Pflege-Mix: nahezu alle Personalkonzepte in der Altenhilfe subsumieren mittlerweile verschiedene Professionen, Kompetenzen und Qualifikationsstufen, um die Versorgung bestmöglich an die Bedürfnisse der Bewohnerschaft anzupassen. Neben examinierten Fachkräften werden aber auch niederschwellig-ausgebildete, bürgerschaftlich-engagierte und ehrenamtlich-tätige Personen in den Alltag eingebunden, um einen möglichst hohen Grad an Lebens- und Ergebnisqualität bei den Pflegebedürftigen zu erzielen.
- sich verändernde konzeptionelle Ansätze: aktuelle Entwicklungen drängen den pflegerischen Schwerpunkt bei der stationären Versorgung zunehmend in den Hintergrund, um den Fokus auf Alltagsgestaltung, Betreuung und Aktivierung zu legen. Als Folge gelangen immer mehr pflegefremde und mitunter weniger qualifizierte Personen in die Einrichtungen. Als Beispiel lässt sich hier ein Modellprojekt der Robert-Bosch-Stiftung (2008) anführen, welches jungen Menschen ohne oder mit äußerst schlechtem Schulabschluss, Langzeitarbeitslose sowie Betroffenen mit psychischen Behinderungen als geschulte AlltagsassistentInnen den Zugang zu diesem Berufsfeld eröffnen will.

Auch diese personalpolitischen Rahmenbedingungen erschweren u. U. notwendige Initiativen und Transferleistungen der Organisation, um eine interkulturelle Kompetenz bei allen MitarbeiterInnen adäquat zu entwickeln. Ansätze wie der institutionell geförderte Erwerb deutscher Sprachkompetenz (d. h. innerhalb der Arbeitszeit, Finanzierung externer Unterrichtskosten) könnte sich angesichts der sich mittlerweile veränderten wirtschaftlichen Situation für viele Einrichtungen ebenso schwierig gestalten¹⁸.

In Bezug auf Pflegepersonen mit Zuwanderungsgeschichte mit ihrem mehr oder weniger intensiv ausgeprägten Potenzial zur Mehrsprachigkeit sollte schon im Ein- und Vorstellungsgespräch die Fähigkeit zur Verständigung mit der zu versorgenden Zielgruppe (derzeit immer noch überwiegend deutschsprachig, z. T. mit explizit geforderter Dialektfärbung) eruiert und in den Entscheidungsprozess mit eingebunden werden. Wie dargestellt, bergen defizitäre Sprachkenntnisse ein erhebliches Friktions- und Konfliktpotenzial in sich. In wie weit sich derartige Überlegungen und Selektionsprozesse ange-

¹⁸ Die durchschnittliche Auslastung bzw. Belegung der stationären Altenhilfeeinrichtungen lag im Jahre 2007 bundesweit bei 88,8% (RWI 2009: 7). Betriebswirtschaftlich notwendig gilt eine durchschnittliche Auslastung von 96,5%.

sichts eines sich abzeichnenden Fachkraftmangels – wie derzeit schon in einigen Großstädten und Ballungsgebieten zu konstatieren ist (vgl. Ver.di 2009) – jedoch in der Praxis bei der Stellenbesetzung umsetzen lassen, ist nicht abzusehen. Im Zweifelsfalle ist einem Pflegeträger mehr daran gelegen, ordnungs- und leistungsrechtliche Vorgaben hinsichtlich der prozentualen und qualitativen Zusammensetzung des vorzuhaltenden Personals zu erfüllen, um die wirtschaftliche Existenz zu gewährleisten. Denn werden die in den landesspezifischen Rahmenverträgen vertraglich fixierten Leistungen und Anforderungen nicht in Qualität und Quantität von den Leistungserbringern respektive Einrichtungen erbracht, bleibt es den Leistungsträgern d. h. den Pflegekassen vorbehalten, Vergütungen rückzufordern oder Versorgungsverträge zu kündigen. Bei von der Heimaufsicht festgestellten Mängeln in der Bereitstellung von Personal drohen gleichermaßen Stellungnahmen und Nachbesserungen. Beide defizitfokussierten Befunde sorgen darüber hinaus u. U. für Negativwahrnehmungen und Imageprobleme in der Aussenendarstellung.

Bei **subkommunikativen Prozessen** sind zwei Ebenen zu unterscheiden: eine kollegiale und eine bewohnerorientierte Ebene. Zwischen „gleich-lingualen“ Pflegekräften mit einem Kommunikationspotenzial außerhalb der Verkehrssprache Deutsch können Unterhaltungen situationsbedingt notwendig sein. Wie aus den Interviews ersichtlich, stellt eine allochthon-geführte Unterhaltung mitunter eine Erhöhung der Produktivität dar. Im Zuge der interkulturellen Kompetenz sollten aber von den KommunikationspartnerInnen entsprechende Regelungen beachtet werden: die subkommunikativen Prozesse sollten angekündigt und transparent gemacht werden. Dies generiert Verständnis und unterbindet m. E. Missinterpretationen bei anderen Teammitgliedern.

Es liegt wiederum an der vorgesetzten verantwortlichen Stelle, die zu beachtenden Konditionen zu gestalten, nachvollziehbar zu vereinbaren und deren Einhaltung zu gewährleisten.

Auf der bewohnerorientierten Ebene mit dem Dialog zur versorgenden Bewohnerschaft bilden zielgruppenspezifische Gespräche in der Muttersprache z. T. die einzige Möglichkeit, die Bedürfnisse und Bedarfe eines Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund zu erfragen. Als (ein dem Autor bekanntes) reales Beispiel aus der Praxis kann hier ein aus der Türkei stammender, dementiell erkrankter Bewohner angeführt werden, der trotz jahrzehntelangem Aufenthalt in Deutschland die Landessprache in keiner Weise beherrscht. Um einen Zugang zu erhalten, wurde von der Einrichtung eine türkische

Betreuungskraft eingestellt, welche zum einen bilateral mit dem Bewohner in Beziehung treten, zum anderen grundlegende, türkische Wortschatzkenntnisse den autothonen Teammitgliedern vermitteln konnte.

In diesem sprachlichen Kontext ist auch von Bedeutung, den zugewanderten Pflegenden die Wichtigkeit der **deutschen Kommunikationskompetenz** zu vermitteln. Um es mit den Worten der Stationsleitung aus Einrichtung A zu formulieren: „Das ist der Lebensraum unserer Bewohner, es ist nur unser Arbeitsraum“ (Miriam, S. 9). Das Dasein in einer stationären Einrichtung ist meist die letzte Phase des Lebensweges der Pflegebedürftigen. Mit dem Heimeinzug wechselt die Verantwortung für einen pflegebedürftigen Menschen von den Angehörigen auf die Einrichtung über: nun liegt es an den Pflegekräften und ihrem Wirken, Risiken zu minimieren, Sicherheit zu vermitteln, Betreuung und Pflege zu organisieren oder aktiv zu erbringen. Der Schritt in eine Pflegeeinrichtung setzt die Betroffenen einer Vielzahl von gravierenden Einschnitten aus: auf materieller Ebene gehen die eigene Wohnung, Möbel, Besitz oder Haustiere verloren; auf sozial-persönlicher Ebene werden Nachbarn, Bekannte, Infrastruktur (Bäcker, Bank etc.), eine vertraute Umgebung und die Alltagsroutine zurückgelassen. Hinzu können sich ein schlechtes Gewissen, emotionale Schief lagen und nagende Selbstzweifel bei den Angehörigen addieren. Alle diese Veränderungen, die Ängste, die Trauer, die Verluste etc. sollen dann durch die Pflegepersonen in der Einrichtung kompensiert werden. Und um die pflegerische Versorgung zu gestalten und Lebensqualität in der Einrichtung bestmöglich gewährleisten zu können, wird die Eingewöhnungsphase mit Gesprächen ausgewertet, biografische Daten erhoben und individuelle Bedarfe und Bedürfnisse abgefragt.

Die stationäre Versorgung ist ohne Kommunikation nicht leistbar, nicht existent. Kommunikation ohne Sprache ist nicht möglich. Ohne Begriffe gibt es keine Sprache und ohne Definitionen oder gemeinsame Übereinkünfte gibt es keine Begriffe. Um über bestimmte Begrifflichkeiten und den daraus resultierenden Handlungsprozessen übereinkommen zu können, wird eine Basiskompetenz in der Grundsprache Deutsch benötigt. In einem multiethnischen Pflgeteam muss allen Mitgliedern klar und transparent sein, was unter „Grundpflege“, „Begleitung zum WC“, „Wechsel von einem BTM-Pflaster“, „Umlagerung nach der 5-Kissen-Methode“, der „BMI-Berechnung“, dem „Stadt-Land-Fluss-Spiel“, der „Lieblingsfernsehsendung von Frau Müller“, der „Risikoerhebung des Ernährungszustandes nach dem Expertenstandard“ u. v. a. m. zu verstehen ist und wel-

che spezifischen Maßnahmen sich daraus für die Akteure ergeben. Hier kann nicht von einem Qualitätskriterium gesprochen werden, die Sprachkompetenz ist eine implizite Voraussetzung für einen Umgang mit Menschen. Noch vielmehr, wenn es sich um Personen mit Einschränkungen bei der Alltagsgestaltung durch dementielle Veränderungen handelt, die umfangreiche Unterstützung durch verbale Anleitung bei nahezu allen Lebensaktivitäten benötigen. Denn die Symptomatik ermöglicht den Betroffenen z. T. physisch noch die Ausführung vieler Handlungen, die kognitiven Voraussetzungen um logische Abläufe zu initiieren sind jedoch nicht mehr vorhanden. Durch das sich zunehmend verlangsamende Denkvermögen lässt die Fähigkeit zur Abstraktion und Planung nach. Die dementiell Erkrankten wissen beispielsweise nicht mehr die Handhabung von Gegenständen (Apraxie): eine Zahnbürste in der Hand wird wahrgenommen, der Gebrauch erschließt sich trotz vorhandener körperlicher Kraft und Motorik aber nicht. Mit Hilfe von professionellen Instruktionen lassen sich aber Ressourcen und die Selbstständigkeit trotz Erkrankung länger erhalten. Daneben erfährt der Demenzerkrankte, dass er trotz Defizit und Alter immer noch zu gelungenen Handlungen fähig ist, er hat Erfolg. Wie wichtig in diesem Kontext der Faktor Selbstständigkeit ist, zeigt die Diskussion um die zukünftige Formulierung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, bei dem die Einstufung eines Pflegebedürftigen in dann fünf Pflegestufen über die noch vorhandene Selbstständigkeit vorgenommen wird (Wingenfeld et al. 2007, 2008).

Von daher sind die allochthonen Pflegekräften zu überzeugen, dass deren Sprachkompetenz neben den kollegialen vor allem die bewohnerzentrierten Prozesse dominiert. Die sich gewandelte Pflegelandschaft, in der mittlerweile der Verdrängungswettbewerb Einzug gehalten hat, stellt die BewohnerInnen bzw. die Kunden in den Mittelpunkt. Missverstandene Kunden oder deren Bevollmächtigte (Angehörige, Betreuer) produzieren Unmut und können in der Konsequenz auch einen Einrichtungswechsel vornehmen. Damit kann auch die wirtschaftliche Existenz einer Pflegeeinrichtung nachhaltig in Schieflage geraten (Stichwort Imageproblem). Dementsprechend sind fehlende Anstrengungen zur Behebung von kommunikativen Defiziten nicht tolerabel. Dies auch vor dem Hintergrund, dass rund 45% der Ausländer immer noch in der eigenen Familie ausschließlich in ihrer Herkunftsland- bzw. Muttersprache reden (Haug 2008: 5).

Die Kommunikationsfähigkeit in der Grund- und Verkehrssprache Deutsch sollte nicht nur ein Einstellungs- sondern auch ein Weiterbeschäftigungskriterium darstellen. Den personalpolitischen Überlegungen sollten dementsprechend nicht nur statistische An-

forderungen des Ordnungs- und Leistungsrechts zugrunde liegen, sondern auch die nachhaltige Gestaltung des Betriebsklimas sowie vor allem das Wohl der zu versorgenden Bewohnerschaft. Es empfiehlt sich auch auf Grundlage der Untersuchungsergebnisse, vorliegende Einstellungskriterien der Einrichtung vor allem auf die Sprachkompetenz von potenziellen BewerberInnen hin zu überprüfen. Aus den Interviews waren Zeitverluste, Missverständnisse und Konflikte abzuleiten. Diese nachteiligen Feststellungen wurden jedoch nur auf die Teamebene bezogen. Etwaige Schwierigkeiten und Problem im Austausch zur Bewohnerschaft waren nicht Thema dieser Untersuchung, wenngleich sich derartige Situationen wohl u. U. auch übertragen ließen.

In diesem Zusammenhang wird auf ein Telefonat mit einer Pflegedienstleitung aus einer Einrichtung in Passau verwiesen, die bei der Rekrutierung der Befragungsgruppe von mehreren Arbeitsverhältnissen tschechischer Pflegekräfte in ihrer Institution berichtete. Nach zahlreichen und teilweise massiven Beschwerden der Bewohnerschaft, die hauptsächlich auf den sprachlichen Unzulänglichkeiten der Pflegenden beruhten, wurde von derartigen Stellenbesetzungen mit Kräften aus diesem Land wieder Abstand genommen. Eine multiethnische Teambesetzung, die für die Untersuchung als Voraussetzung galt, war somit nicht mehr vorhanden.

Somit erscheint es zumindest angebracht, bei den Personen an entscheidenden Stellen bzw. ausgestattet mit Personalverantwortung ein Bewusstsein für den Umgang und das Handeln in interkulturellen Kontexten zu erzeugen. Darunter sind u. a. die Heim- bzw. Hausleitung, die Pflegedienstleitung sowie die Wohnbereichs- oder Stationsleitungen zu verstehen.

Die betreffenden MitarbeiterInnen sollten neben einem Bündel an Handlungsinstrumentarien auch spezifische Wissenskompetenzen und Haltungen bzw. Einstellungen auf sich vereinen. Darunter kann eine Sensibilität gegenüber (geäußerten) stereotypen Annahmen oder Zuschreibungen innerhalb der Teammitglieder verstanden werden. Eine Thematisierung von (unbewusstem) vorurteilsbehaftetem Denken bei den Pflegekräften und ein Beobachten von einem entsprechenden Agieren in konfliktären Ausnahmesituationen sollten ebenfalls in das Handlungsbündel der Verantwortlichen fallen.

In den täglichen kollegialen Austauschprozessen geht es letztlich immer darum, über die Erarbeitung von Akzeptanzgrenzen eine gemeinsame Handlungsgrundlage auszuhan-

deln, die von allen Beteiligten eines multikulturellen Teams für das wechselseitige Agieren akzeptiert wird.

Eine Möglichkeit dazu könnte die gemeinsame Gestaltung eines entsprechenden Leitbildes sein. Jede stationäre Pflegeeinrichtung verfügt über ein transparentes und i. d. R. gemeinsam getragenes träger- bzw. einrichtungsspezifisches Leitbild. Die darin formulierten Überzeugungen und Richtlinien zur Ausrichtung der täglichen Arbeit können auch mit Formulierungen zu interkultureller Zusammenarbeit sowie zu Handlungsprinzipien ergänzt werden. Dies bewirkt zum einen nach innen, dass der Faktor Multiethnizität bewusst benannt und sich damit auseinander gesetzt wird. Über die bewusst geeinte Festlegung der grundsätzlichen „Fach- und Verkehrssprache Deutsch“ lassen sich subkommunikative Prozesse verbindlich regeln und gegebenenfalls sanktionieren. Nach außen wird verdeutlicht, dass eine multikulturelle Versorgung ermöglicht werden kann und diese nach Möglichkeit auch qualitativ fundiert ist (über die Ausbildungs- und Qualifikationswege der allochthonen MitarbeiterInnen).

Gleichzeitig gilt es im Kontext der Organisation, den Austausch im regionalen Dialekt aufzugreifen und entsprechende Regelungen transparent zu formulieren. Während sich der niederbayerische Dialekt in der Pflegebeziehung (je nach Herkunft der pflegebedürftigen Person) als überaus vorteilhaft erweisen kann, ergibt sich umgekehrt das Risiko, die kollegiale Kommunikation erheblich zu erschweren. Von daher gilt es auch bei den einheimischen MitarbeiterInnen ein Bewusstsein zu schaffen, sich innerhalb des Teams in der Verkehrssprache zu artikulieren. Verbote allein bewirken dabei jedoch kaum eine Nachhaltigkeit, wenn erstens keine Sanktionierung erfolgt und zweitens keine innere Überzeugung der Sinnhaftigkeit vorliegt. Aufgabe der Leitung ist es folglich, Ursachen und Konsequenzen aufzuzeigen. Neben Appellen an die Professionalität, Solidarität oder an den Teamgeist sind persönliche Vorteile bei den deutschen Betroffenen einleuchtend. In zahlreichen Situationen lassen sich wie dargestellt Missverständnisse, Ärger, Stress und Zeitverluste ersparen, wenn störungsarm und dialektfrei mit allen KollegInnen kommuniziert wird.

In diesem Zusammenhang stellt die Personalentwicklung einen weiteren Baustein zu einer interkulturellen Teamentwicklung dar.

Zum Repertoire einer professionellen Leitung sollten folglich auch Kenntnisse und Wissen über kulturelle, gesellschaftliche, soziale aber auch religiöse bzw. spirituelle Bedin-

gungen in den Herkunftsländern und deren aktuelle Bedeutung für die zugewanderten MitarbeiterInnen zählen. Um bei allen Beteiligten eines Teams eine Akzeptanz der heterogenen Zusammenstellung zu erzielen, gilt es die Diversität und die daraus resultierenden Unterschiede bei Sichtweisen, Werten etc. zwischen den Mitgliedern eines multikulturellen Pflegekollegiums anzusprechen und gemeinsam eine Basis der Zusammenarbeit unter Moderation der Leitung aushandeln. Darunter ist auch die Sensibilisierung und Wahrnehmungsfähigkeit der Leitungsebene zu subsumieren, um Interessen, Forderungen und Wünsche bei den Pflegekräften mit Zuwanderungsgeschichte nachvollziehen und richtig einordnen zu können. Als ein Beispiel lässt sich die Aussage der Stationsleitung im Haus A anführen (Miriam, S. 17): „Die Russen, die feiern Weihnachten nicht am 24.12., sondern einfach mehr an Sylvester und haben da diesbezüglich Dienstwünsche. Aber das versucht man dann zu respektieren und dem auch nachzugeben.“ Für andere Kulturen ergeben sich wiederum persönliche Pflichten und Konsequenzen beispielsweise während der Zeit des Ramadan (in den Monaten August und September) im Arbeitskontext. Die ausgesetzte Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme über den Tag kann bei Fastenden auch zu emotionalen oder körperlichen Belastungen führen.

Im Teamkontext kann dies durchaus mit Widerständen und Konflikten einhergehen. Neue MitarbeiterInnen werden i. d. R. ohne Beteiligung des Teams für ein Arbeitsverhältnis von den Entscheidern einer Einrichtung rekrutiert. Veränderungen in der Besetzung können in der Folge Widerstände oder Ablehnung bis hin zu Konflikten nach sich ziehen. Somit gilt es derartige Prozesse frühzeitig zu erkennen oder verunsichern und angstbesetzten Denkweisen zu begegnen. Befürchtungen hinsichtlich der eigenen Entwertung oder die Gefahr der Geringschätzung ausländischer KollegInnen (wenn beispielsweise von sprachlichen Mängeln auf die intellektuelle Leistungsfähigkeit bzw. Sach- und Fachkompetenz geschlossen wird) können mit den Argumenten für multiethnische Teams entkräftet werden. Denn die Multiethnizität in der Altenhilfe spiegelt zunehmend auch die gesellschaftliche Beschaffenheit wider und stellt damit für die Zielgruppe der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund ein wesentliches Kriterium dar, dass eine Pflegeeinrichtung mit dieser Personalstruktur als letzter Lebensraum für diese Hilfebedürftigen fungieren kann. Pflegekräfte mit doppelter Sprachkompetenz sind der Schlüssel zur Erweiterung des Pflege bedürftigen Einzugsbereiches: der Austausch mit ausländischen Angehörigen, professionelle Biografiearbeit, qualitätsorientierte Bezugs-

pflege und die optimale Gestaltung der Lebensqualität von BewohnerInnen mit Migrationshintergrund lässt sich nur mit Pflegenden der gleichen bzw. ähnlichen Kultur bewerkstelligen. Die Vielfalt der Gesellschaft zeigt sich in der Konsequenz in der Vielfalt der Pflgeteams und letztendlich in der Vielfalt der zu versorgenden Bewohnerschaft. Die qualitative Versorgung gelingt in einem multiethnischen Team nur, wenn die unterschiedlichen Stärken und Schwächen nicht betont oder zur Differenzierung herangezogen werden, sondern wenn sich aus den divergierenden Potenzialen die Vereinbarung von spezifisch-konkreten Arbeitsschritten und bewussten Verantwortlichkeiten sowie eine systematische Aufgabenteilung herauskristallisieren lässt. Für die Schaffung dieser Strukturen der Zusammenarbeit ist eine klare Leitung unabdingbar, zumal zusätzlich noch Kommunikations- und Konfliktregelungen oder Qualitäts- und Handlungsstandards zu vereinbaren sind oder die bewusste Thematisierung interkultureller Prozesse anfällt.

Konfliktdialog d.h. Konflikte können nicht vermieden werden, vielmehr ist deren Unvermeidlichkeit zu akzeptieren und deren Umgang entsprechend zu bearbeiten und zu gestalten.

Schriftliche Ansätze zur Interkulturellen Kompetenz lassen sich neben dem Leitbild auch in Konzepten zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter oder zur Mentorengestaltung bzw. Praxisanleitung festhalten. Gleichmaßen lässt sich die Methodik der Biografiearbeit auch auf die KollegInnen im Team ausweiten, indem innerhalb des Kollegiums einige biografische Meilensteine oder persönliche Entwicklungsschritte von den MitarbeiterInnen bekannt sind.

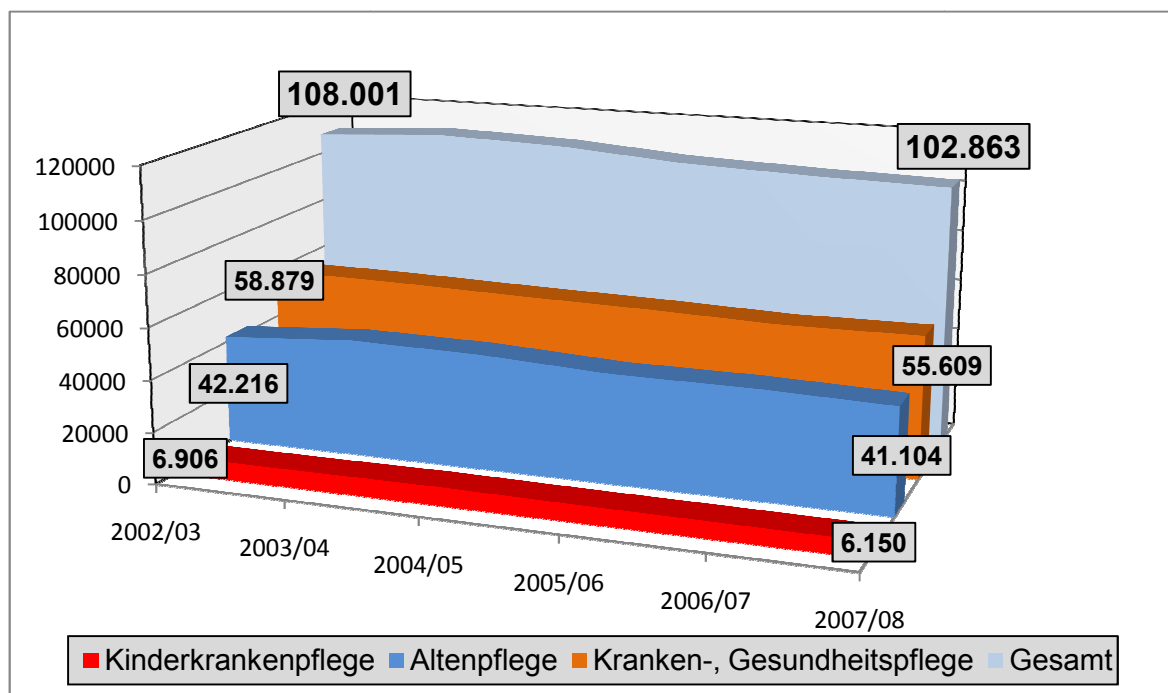
Die Verantwortung der Ausbildungsträger und Bildungseinrichtungen

Nach dem Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz - AltPflG) trägt die Gesamtverantwortung für die Ausbildung die Altenpflegeschule. Diese stimmt den theoretischen Unterricht mit der praktischen Ausbildung inhaltlich und organisatorisch aufeinander ab und unterstützt und fördert die praktische Ausbildung durch Praxisbegleitung. Die dreijährige Altenpflege-Ausbildung soll pflegespezifische Wissensbestände, Fertigkeiten und Fähigkeiten vermitteln, wobei sowohl theoretische Unterrichtsblöcke an den Altenpflegeschulen als auch die praktischen Einsätze in stationären Einrichtungen bzw. ambulanten Diensten die Grundsäulen der Lehrzeit bilden. Die Ausformung aller Kenntnisse und Schlüsselqualifikationen dient letztendlich der Sicherung

von qualifiziertem Nachwuchs für den weiterhin expandierenden Altenhilfesektor (vgl. 2.2). Ein erfolgreicher Abschluss der Ausbildung ermöglicht den Absolventen als Fachkraft den Zugang zum pflegerischen Bereich und zu weiterer beruflicher Qualifizierung durch Fort- und Weiterbildungen.

Doch wider Erwarten steht es um den Pflegenachwuchs schlecht. Die Zahl der Auszubildenden in den Pflegeberufen ist seit dem Jahre 2003 rückläufig.

Übersicht 23: Entwicklung der Ausbildungsplätze bei Gesundheitsdienstberufen von 2002 bis 2008



(Quelle: Statistisches Bundesamt 2008b, eigene Recherche und Darstellung)

Als Folge können Berufs- und Altenpflegeschulen ihre ausreichende Anzahl an Schulplätzen für interessierte Auszubildende nicht besetzen, da Ausbildungsplätze bzw. -verträge in den Einrichtungen und Diensten nicht angeboten werden (BMFSFJ 2006: 12). Denn erst durch den vertraglichen Nachweis einer praktischen Ausbildungsstelle ist ein Beginn der Lehrzeit möglich. Erschwerend wird mittlerweile in den neuen Bundesländern die Investition in Auszubildende als wenig effektiv erachtet, da die jungen bzw. frisch examinierten Pflegenden nach der Ausbildung meist in den Westen abwandern (Bündnis 90/Die Grünen 2009: 49).

Zusätzlich gibt es aber auch zu wenig interessierte und geeignete Bewerber. Dies bedeu-

tet, dass zu wenige junge Menschen eine Altenpflegerische Ausbildung ergreifen wollen, was vor dem Hintergrund der Mindestlohn-debatte oder den bekannten Arbeitscharakteristika (Schichtdienst, Teilzeitsektor, Vertragsbefristungen, untertarifliche Vergütung, Stress etc.) auch wenig überraschend erscheint. Ebenso wird aber auch darauf hingewiesen, dass einige junge Interessenten nicht die (persönlichen, d. h. auch sprachlichen oder formalen) Voraussetzungen für den Berufsstart aufweisen (u. a. MAS Baden-Württemberg 2008: 3). Die Schulen stehen dann vor der Entscheidung, den Ausbildungswunsch von InteressentInnen entweder abzulehnen oder trotz der Bedenken aus existenz-sichernden Überlegungen den Eintritt in die Altenpflege zu ermöglichen.

Denn das übergeordnete Ziel der Schulen ist die Aufrechterhaltung des eigenen Fortbestandes. Neben der Klientel verändert sich derzeit auch die allgemeine Situation der Altenpflegesschulen. In bestimmten ruralen Regionen wird es immer diffiziler, betriebswirtschaftlich notwendige Klassenstärken – auch unter Berücksichtigung der Abbrecherquote – zu erzielen, wobei die Schulen (in freier Trägerschaft) je vergebenen Schulplatz eine staatliche Finanzhilfe erhalten. Teilweise können Schulplätze regulär – wie beispielsweise in Niedersachsen (Niedersächsischer Landtag 2006) – nicht besetzt werden und so kooperieren manche Träger mit den Arbeitsagenturen. Über Leistungen wie die Bildungsgutscheine werden freie Schulplätze mit geförderten Auszubildenden besetzt. Denn für Schulen lohnen sich nur ausreichend belegte Kurse über die drei Jahre Lehrzeit. In der Konsequenz ist somit jeder Auszubildende, der vorzeitig ausscheidet, ein finanzieller Verlust, den es aus Sicht des weiteren Fortbestehens der Einrichtung zu verhindern gilt. Folglich erscheint es denkbar, dass Schulen aus eigenem Interesse individuell fördern, theoretisches Wissen gegen praktische Fertigkeiten (subjektiv) abwägen, „ein Auge bei der Benotung zudrücken“ oder zweite Chancen einräumen, um damit – aus welchen Gründen auch immer – gefährdeten Auszubildenden das Bestehen des Examen zu ermöglichen.

Dementsprechend wäre es sinnvoll, sich den veränderten Rahmenbedingungen und dem „neuen“ Klientel an (multikulturellen) BewerberInnen von vornherein anzupassen. Neben erzieherischen Maßnahmen und der Wertevermittlung sollte ein weiterer Fokus zukünftig auf der Kommunikationskompetenz liegen. Dies bedeutet, dass es Aufgabe der Schule sein muss, bei Bedarf defizitäre Sprachkenntnisse zu optimieren. Hierfür sollten entsprechende Zusatzmodule angeboten oder modifizierte Lehrpläne angestrebt werden. Bei der häufig heterogenen Zusammenstellung der Ausbildungskurse kann nicht per se

davon ausgegangen werden, dass bei allen Auszubildenden das gleiche sprachliche Ausgangsniveau vorhanden ist. So finden sich u. U. junge HauptschulabsolventInnen, VertreterInnen der so genannten Dritten Generation von Migrantenfamilien, ältere (einheimische) Umschüler oder SpätaussiedlerInnen, Arbeitssuchende etc. in einem Ausbildungskurs wieder. Die Basis für eine kollegiale Atmosphäre frei von kommunikativen Friktionen und Konflikten liegt auch bei den Schulen und Bildungseinrichtungen. In diesem Kontext rangiert auch eine modellhafte Altenpflegeausbildung in Stuttgart (Leben&Wohnen 2009), die neben einem Berufsabschluss auch die intensive Vermittlung von Deutschkenntnissen beinhaltet: Zielgruppe sind hier vor allem Menschen mit Migrationshintergrund.

Diese Forderung zur Anpassung umfasst aber auch die Bildungsträger von HelferInnen-ausbildung, Präsenzkraftschulungen, Kurse für zusätzliche Betreuungskräfte nach §87b SGB XI etc.

„Ich bin mit Leuten aus Polen, Türkei, Asien sehr zufrieden, die müssen nur deutsch schreiben und deutsch sprechen können. Ansonsten ist mir das egal. Ich finde es sogar gut, wenn es etwas gemischt ist“ (Inge als Stationsleitung aus Einrichtung D, S. 7).

11.8 Eine Typologie des Integrationsverhaltens

Die unter 7.7 vorgestellte Idee einer Typologie basierend auf den Indikatoren der Kategorien zur Bestimmung des Integrationsverhaltens zeigt sich nach Auswertung der Daten z. T. als abgewandelt.

Ausgehend von der Annahme, dass die jeweiligen Indikatoren gegebenenfalls unterschiedlich von den Teams bewertet werden, sollte anhand der Aussagen auf verschiedene Variationen eines Integrationsverhaltens in einem multiethnischen Team geschlossen werden. Dabei erwiesen sich nicht alle Indikatoren bzw. deren Beurteilung aufgrund der Antworten als derart trennscharf, das für alle Bestimmungsgrößen schlüssige Abgrenzungen angestellt werden konnten.

Um zu einem greifbaren Ergebnis zu kommen, wurde unterstellt, dass gemäß Hoff-

mann-Nowotny (1987: 61) die Bereitschaft zur Integration auf autochthoner ebenso wie auf allochthoner Seite gegeben sein muss. Davon ausgehend können beide Seiten in einem multinationalen Pflorgeteam ein erhöhtes Maß an Aktivität zeigen, um gemeinsam eine gelungene Integration aller Pflegeakteure zu vollziehen. Eine ethnische Komponente bzw. die Betonung von Unterschiedlichkeiten (zur Abgrenzung) zeigt sich in einem derartigen Fall als nachrangig und findet kaum negative Gewichtung. Vielmehr wird die Heterogenität positiv wahrgenommen, entsprechende Gefühle werden geäußert und der Zusammenhalt aller betont. Aktive Bemühungen im Rahmen dieses Integrationsverhaltens werden als offensiv angesehen und eingestuft d. h. hier wird auf ein **offensives Integrationsverhalten** geschlossen.

Dementsprechend wird die wertfreie Ko-Existenz unterschiedlicher Akteure und deren Ethnizitäten, die weder spezifische Vorteile noch Nachteile für ein Team darstellen, als **neutrales Integrationsverhalten** eingestuft. Zugrunde liegt die Annahme, dass die Verschiedenheit wahrgenommen wird, aber zu keinem ethnisch-bedingten Mehraufwand bzw. Nachteil für das Team gereicht. Vielmehr dominiert ein utilitaristisches Denken, das von personalen, kulturellen und integrativen Prozessen losgelöst erscheint, um als Team gemeinsam die pflegerische Versorgung gewährleisten zu können.

Ein **defensives Integrationsverhalten** sei abschließend gegeben, wenn die ethnischen Unterschiede explizit dazu dienen, um Abgrenzungen vorzunehmen, Unterstützungsleistungen nur selektiv anzubieten und wenig für die Gemeinschaft aller innerhalb des Teams zu unternehmen. Dominierend sind Eigeninteressen, multiethnische Differenzen werden nicht aktiv zu überbrücken gesucht.

Ausgehend von den sozialwissenschaftlichen Grundüberlegungen, die zur inhaltlichen Bestimmung der Kategorien geführt haben, lassen sich die Aussagen zu den einzelnen Indikatoren bewerten und als teaminterne Tendenzen interpretieren. Es wird hierbei angenommen, dass jeder Tendenz zu einem Indikator entweder ein Maximum respektive Minimum an Erfüllung, Intensität bzw. Ausprägung oder eine spezifische inhaltliche Bestimmungsgröße (die erfüllt oder nicht zutreffend sein kann) zugrunde liegt. Je nach Gewichtung einer Ausprägung zu dem jeweiligen Indikator soll dann eine Überleitung zu einer der drei vordefinierten Integrationsverhalten angestellt werden. Dies bedeutet, dass für die einzelnen Indikatoren wertende Kriterien zur Einordnung unterstellt wer-

den, die in der Folge zur quantitativen und qualitativen Bestimmung der drei integrativen Verhaltensmuster eines multiethnischen Teams dienen.

Damit ergibt sich folgendes theoretisches Auswertungsschema:

Übersicht 24: Kriterien der Indikatoren zu Bestimmung des Integrationsverhaltens (IV) in multiethnischen Pflorgeteams

	offensives Integrationsverhalten	neutrales Integrationsverhalten	defensives Integrationsverhalten
Arbeitsklima	positiv	neutral	negativ
Wertschätzung	je mehr, desto offensiver ist Integrationsverhalten (horizontal, vertikal)		
Vorurteile	je mehr Vorurteile, desto defensiver ist Integrationsverhalten (IV)		
Subkommunikation	je weniger Subkommunikation (inklusive Dialekt), desto offensiver ist IV		
Humor	Witze, Spaß	Witze, Spaß m. E.	Scherze auf Kosten Dritter
Kommunikationsverständnis	gute Sprachkompetenz	eingeschränkte Sprachkompetenz	schlechte Sprachkompetenz
	private Gesprächsinhalte	teilweise informelle Inhalte	keine privaten Gesprächsinhalte
Kooperationsart	empathische Kooperation	strategische Kooperation	Pseudo-Kooperation
Reziprozität	je höher die Wechselseitigkeit, desto offensiver ist IV		
Unterstützung	emotional & instrumentell & informativ	instrumentell & informativ	m. E. instrumentell & informativ
Leistung (Vergleich allochthon - autochthon)	positive Beurteilung (andere mitunter besser)	gleiche Beurteilung (Äquivalenz)	unausgeglichene Einschätzung (Trittbrettfahrer etc.)
Ziel	gemeinsam definiertes Ziel	Motivübereinstimmung ohne gemeinschaftliche Definition	kein gemeinsames Ziel, Partikularinteressen, Motivungleichheit
Vertrauen	je mehr Vertrauen, desto offensiver ist IV		
Konfliktverhalten	keine ethnische Komponente		ethnische Komponente
	niedrige Konfliktintensität		hohe Konfliktintensität
Kohäsion	Subgruppen-Toleranz	Gleichgültigkeit gegenüber Subgruppen	Subgruppen mit Spaltungspotenzial
prosoziales Verhalten	je mehr, desto offensiver ist IV		
Fehlerkultur	Verantwortlichkeit bei Fehlern		Leugnung von Fehlern
	konstruktiver Umgang	partnerschaftlich-nüchterner Umgang	emotionaler, verletzender Umgang
Solidarität	emotionale Zusammengehörigkeit	Gleichgültigkeit	keinerlei emotionale Zusammengehörigkeit
	Bereitschaft zu Anstrengung und pers. Einschränkung	m. E. Bereitschaft zu Anstrengung und pers. Einschränkung	keine Bereitschaft zu Anstrengung und pers. Einschränkung

Basierend auf diesem Auswertungsinstrument zeigt die nachfolgende Übersicht die aus den Interviewinhalten gewonnenen Aussagen bzw. Tendenzen für das jeweilige Team

(aus Einrichtung A, B, C, D) und deren Zuordnung zu den einzelnen Indikatoren der vier gewählten Kategorien.

Übersicht 25: Zusammenstellung der Teamtendenzen auf Basis der Indikatoren

		Einrichtung	Einrichtung	Einrichtung	Einrichtung
Kategorie	Anerkennung und Respekt	A	B	C	D
Indikator					
Arbeitsklima	<i>positiv neutral negativ</i>	positiv	teils gut, in Abhängigkeit von Anwesenden und Launen	gute Stimmung	negativ, personenabhängig
	<i>Gefühle, Befinden</i>	gute Stimmung, gute Mischung		gute Mischung	u. a. Forderung nach Entlassung einiger Teammitglieder
	<i>Verbesserungspotenziale</i>	mehr Kommunikationsbereitschaft	mehr Kommunikationsbereitschaft	mehr Kommunikationsbereitschaft	Teambezogen
Wertschätzung	<i>Lob (vertikal, horizontal)</i>	ja, horizontal & vertikal, Trost, Informelles	Ärger durch Gerüchte, Reden hinterrum, vertikales Lob	Lästern, Beschimpfung, wenig vertikales & horizontales Lob	individuelle Bevorzugung, verbale Verletzungen, wenig horizontale & vertikale Wertschätzung, eher Kritik
Vorurteile	<i>explizite Erwähnung</i>	keine Unterschiede kein Neid auf Arbeitsplatz	keine Unterschiede (Qualifikation oder Fleiß), autochthon Defizit an Sozialkompetenz, allochthon Defizit an Sprachkompetenz, keine Vorurteile, aber auch kein expliziter Nutzen durch ausländische KollegInnen	Ablehnung von ausl. ArbeitnehmerInnen außerhalb des eigenen Stationsmilieus, im eigenen Stationsumfeld wird Ergänzung gesehen	werden von Dritten erwähnt gegenüber ausl. KollegInnen, negative Einstellung vs. Spätaussiedlern, Multiethnizität eines Kollektivs wird an Bedingungen geknüpft (Sprachkompetenz)
Kategorie	Kommunikation	A	B	C	D
Subkommunikation	<i>ja oder nein; wenn ja, Toleranz oder Problem</i>	ja, wird mehrheitlich toleriert, nur geringe Probleme	ja, Ärgernis	nein	ja, trotz Verbot; Problem und Ärger; Instrument zur vorsätzlichen Abgrenzung einer Gruppe (Spätaussiedler)
	<i>deutsche – fremdländische Akteure</i>	gelegentlich Bayerischer Dialekt	bayerischer Dialekt wird so aufgefasst		Spätaussiedler
Humor	<i>Spaß und Lachen</i>	Spaß, Lachen, Witze	Humor, Spaß, Lachen	Spaß	wenig Spaß, wenig Humor
	<i>Scherze</i>	keine verletzenden Scherze	keine verletzenden Scherze	Scherze auf Kosten "kranker Kollegin"	Scherze
	<i>Akteure: alle - manche - kaum</i>	fast alle	nur einige Junge	alle	manche
Kommunikationsverständnis	<i>Kompatibilität</i>	erschwert	erschwert (Dt. mit Dialekt)	hoch	gering
	<i>Effizienz</i>		eingeschränkt	hoch	gering
	<i>Kompetenz</i>	eingeschränkt	eingeschränkt	hoch	gering

		aber auch Gewinn (interkulturelle Pflege)	Reibung, Zeitverlust, Energieaufwand; Geduld		bei allen ausländischen KollegInnen eingeschränkt	
		Bemühen aller zu einer gelingenden Kommunikation vorhanden	Bemühen der Deutschen eingeschränkt, Ausländer bemühen sich um Effizienz			
Kategorie	Kooperation und Konflikt	A	B	C	D	
Art der Kooperation	<i>Wertung des Autors</i>	Empathische Kooperation	Strategische Kooperation	Strategische Kooperation	Pseudokooperation	
Reziprozität	<i>Freiwilligkeit von Hilfe</i>	ja	ja	ja	nur eingeschränkt vorhanden	
	<i>Zwanghaftigkeit</i>		auch durch Vorgabe; Hilfe wird nicht immer angenommen		Hilfe wird nicht immer angenommen	
	<i>Einzelgänger</i>	ja, toleriert; keine Egoisten	ja	ja, Probleme	Egoisten	
Unterstützung	<i>emotional</i>	ja	nein	ja	nein (bzw. cliquenintern)	
	<i>informativ</i>	ja	ja	ja	m. E.	
	<i>Instrumentell</i>	ja	ja	ja	m. E.	
	<i>Freiwilligkeit</i>	ja	ja	ja	auf Anfrage	
Leistung	<i>Äquivalenz</i>	heterogen (ohne Spannungen, Probleme)	nein	nein	nein	
	<i>positive oder negative Hervorhebung</i>		Junge leisten mehr	Personen m. Zuwanderungsgeschichte leisten mehr (Feststellung der Betroffenen)	weder allochthon noch autochthon leistet mehr; Mehrarbeit resultiert aus Sprachkompetenz	
Ziel	<i>ja: definiert oder unausgesprochen</i>	ja, gemeinsam definiert	unausgesprochen, aber Motiv- bzw. Zielgleichheit	nein, unterschiedliche Einzelziele	gemeinsam erarbeitet aber nicht transparent, bekannt, umgesetzt; sehr eingeschränkte Motivübereinstimmung	
Vertrauen	<i>Verlässlichkeit</i>	überwiegend	eingeschränkt	eingeschränkt	nein (vs. Junge und Ausländer)	
	<i>Vertrauen</i>	ja (überwiegend)	differenziert alt und jung	eingeschränkt	sehr restriktiv	
	<i>Personenkreis</i>	Alteingesessene	differenziert alt und jung	hierarchisch bedingt (FK, Helfer)	Clique	
	<i>Emotionen / Intimität als Inhalt</i>	Emotionen & Privates	nein	Emotionen	nein	
Konfliktverhalten	<i>Explizite Erwähnung "Konflikt"</i>	ja	nein	nein	ja	
	<i>Beurteilungskonflikt</i>	ja	ja	ja (aber nur m. E.)	ja	
	<i>Bewertungskonflikt</i>					
	<i>Verteilungskonflikt</i>				ja	
	<i>Beziehungskonflikt</i>					
	<i>Ethnische Komponente beteiligt</i>	ja, aber ursächlich Legitimations- vs. Expertenmacht	nein	nein	nein	ja
	<i>Konfliktparteien</i>	unspezifisch	alt und jung	sehr viele	sehr viele	sehr viele Parteien

				Parteien	
	<i>Umgang</i>				
	<i>sachlich - gefühlsmäßig</i>	sachlich mit gefühlsmäßigen Tendenzen		sachlich	gefühlsmäßig
	<i>eingegrenzt - ausgeweitet</i>	eingegrenzt	eingegrenzt	eingegrenzt	ausgeweitet
	<i>direkt - verschoben</i>	direkt	verschoben	direkt	verschoben
	<i>personenneutral persönlich</i>	personenneutral	personenneutral	personenneutral	persönlich
	<i>bewusst - schweilen lassen</i>	bewusst	Beides	bewusst	bewusst
	<i>offen - verdeckt</i>	offen und verdeckt	offen mit Tendenz zu verdeckt	offen	offen
Kohäsion	<i>Wir-Gefühl</i>	m. E.	Ja	m. E.	sehr eingeschränkt
	<i>Subgruppen</i>	ja, Alteingesessene und sympathiebedingt	ja, v. a. junge Pflegekräfte	nein (aber Schichtsystem mit A- u. B-Gruppe)	ja, Spätaussiedler, Clique der Stationsfreundinnen (multiethnische Zusammensetzung)
Kategorie	Kollegialität und Solidarität	A	B	C	D
prosoziales Verhalten	<i>ja, freiwillige Hilfen</i>	ja	ja, aber zeitlich befristet	ja	ja, aber zeitlich befristet
	<i>Freundschaften</i>	ja	ja	nur arbeitspezifisch (nicht im privaten Bereich)	nur innerhalb der Ingroup
Fehlerkultur	<i>Übernahme von Verantwortung</i>			wenig	eingeschränkt
	<i>Umgang mit Kritik</i>	konstruktiv, bilateral	konstruktiv	konstruktiv	emotional (Schreien, Beschimpfungen), nur selektiv
Solidarität	<i>als Gefühl (emotionale Zusammengehörigkeit)</i>	ja (Schluss des Autors)	ja	ja	nur in der Ingroup
	<i>als Handlung (Anstrengung & Einschränkung)</i>	ja	m. E.	m. E.	m. E.

In einem weiteren Schritt werden die beiden dargestellten Übersichten in Relation gesetzt. Die aus den Interviews gewonnenen teamspezifischen Daten werden mit dem Auswertungsinstrument für die Ausprägung des Integrationsverhalten abgeglichen, sodass für die vier Teams eine Zuordnung über die erhaltenen Antworttrends zu einem der drei Integrationsverhalten vorgenommen werden kann.

Übersicht 26: Relation der Antworttrends der Pflegeteams zum Auswertungsinstrument

	offensives Integrationsverhalten	neutrales Integrationsverhalten	defensives Integrationsverhalten
Arbeitsklima	positiv	neutral	negativ
<i>Einrichtung</i>	A + C	B	D
Wertschätzung	je mehr, desto offensiver für Integrationsverhalten (horizontal, vertikal)		
<i>Einrichtung</i>	A	B	C + D
Vorurteile	je mehr Vorurteile, desto defensiver ist Integrationsverhalten (IV)		
<i>Einrichtung</i>	A	B	C + D
Subkommunikation	je weniger Subkommunikation (inklusive Dialekt), desto offensiver ist IV		
<i>Einrichtung</i>	A + C	B	D
Humor	Witze, Spaß	Witze, Spaß m. E.	Scherze auf Kosten Dritter
<i>Einrichtung</i>	A + B	C	D
Kommunikationsverständnis	gute Sprachkompetenz	eingeschränkte Sprachkompetenz	schlechte Sprachkompetenz
<i>Einrichtung</i>	A + C	B	D
Kooperationsart	empathische Kooperation	strategische Kooperation	Pseudo-Kooperation
<i>Einrichtung</i>	A	B + C	D
Reziprozität	je höher die Wechselseitigkeit, desto offensiver ist IV		
<i>Einrichtung</i>	A	B + C	D
Unterstützung	emotional & instrumentell & informativ	instrumentell & informativ	m. E. instrumentell & informativ
<i>Einrichtung</i>	A	B + C	D
Leistung (Vergleich allochthon - autochthon)	positive Beurteilung (andere mitunter besser)	gleiche Beurteilung (Äquivalenz)	unausgeglichene Einschätzung (Trittbrettfahrer etc.)
<i>Einrichtung</i>	C	A + B	D
Ziel	gemeinsam definiertes Ziel	Motivübereinstimmung ohne gemeinschaftliche Definition	kein gemeinsames Ziel, Partikularinteressen, Motivungleichheit
<i>Einrichtung</i>	A	B + C	D
Vertrauen	je mehr Vertrauen, desto offensiver ist IV		
<i>Einrichtung</i>	A	B + C	D
Konfliktverhalten	keine ethnische Komponente, niedrige Konfliktintensität		ethnische Komponente, hohe Konfliktintensität
<i>Einrichtung</i>	A + B + C		D
Kohäsion	Subgruppen-Toleranz	Gleichgültigkeit gegenüber Subgruppen	Subgruppen mit Spaltungspotenzial
<i>Einrichtung</i>	A	B + C	D
	ausgeprägtes Wir-Gefühl	eingeschränktes Wir-Gefühl	sehr eingeschränktes Wir-Gefühl
<i>Einrichtung</i>	B	A + C	D
prosoziales Verhalten	je mehr, desto offensiver ist IV		
<i>Einrichtung</i>	A + C	B + D	
Fehlerkultur	Verantwortlichkeit bei Fehlern		Leugnung von Fehlern
	konstruktiver Umgang	partnerschaftlich-nüchterner Umgang	emotionaler, verletzender Umgang
<i>Einrichtung</i>	A + B	C	D
Solidarität	emotionale Zusammengehörigkeit	Gleichgültigkeit	keinerlei emotionale Zusammengehörigkeit

	Bereitschaft zu Anstrengung und pers. Einschränkung	m. E. Bereitschaft zu Anstrengung und pers. Einschränkung	keine Bereitschaft zu Anstrengung und pers. Einschränkung
<i>Einrichtung</i>	A	B + C	D

In einem letzten Schritt werden die aus den vier Teams gewonnenen Erkenntnisse (aus der Übersicht 27) auf ihre Eindeutigkeit hin überprüft. Widersprüchliche Trends finden dann in der anvisierten Typologie keine Verwendung. Dies bedeutet, dass die Indikatoren und Kriterien, die beispielsweise für ein defensives Integrationsverhalten angenommen wurden (vgl. Übersicht 25), von einem oder mehreren Teams (in Übereinstimmung mit den Interviewdaten) mit einer schlüssigen Tendenz beantwortet bzw. erfüllt sein müssen.

Die Probleme in Einrichtung D wurden u. a. als gestörte Kommunikations-, Kooperations-, Kollegialitäts- und Integrationsprozesse eingestuft. Als ein Beispiel wurde in diesem Zusammenhang von den Befragten der Einrichtung D das Arbeitsklima (überwiegend) negativ eingestuft. Kein anderes der drei Teams kam zu einer ähnlichen Kategorisierung, d. h. eine negative Arbeitsatmosphäre könnte aufgrund der eindeutigen Wertung als ein Indikator für ein defensives Integrationsverhalten herangezogen werden.

Somit lässt sich abschließend m. E. folgende Zusammenstellung bzw. **Typologie zur Beurteilung des Integrationsverhaltens in multiethnischen Pflegeteams** anstellen:

Übersicht 27: Typologie zur Bestimmung des Integrationsverhaltens in multiethnischen Teams der Altenhilfe

	offensives Integrationsverhalten	neutrales Integrationsverhalten	defensives Integrationsverhalten
Arbeitsklima	positives Arbeitsklima	neutrales Arbeitsklima	negative Einschätzung der Arbeitsatmosphäre
Wertschätzung	Horizontale und vertikale Wertschätzung	eingeschränkte Wertschätzung	Ungleichbehandlung, kaum Wertschätzung
Vorurteile	keine Vorurteile	funktionale Toleranz mit übergeordneten Bedenken	Ablehnung bestimmter (ethnischer) Gruppen
Subkommunikation	Toleranz gegenüber Subkommunikation	Subkommunikation als Ärger	vorsätzliche Subkommunikation als Abgrenzung
Humor	Witze, Spaß	Witze, Spaß m. E.	Scherze auf Kosten Dritter
Kommunikationsverständnis	gute Sprachkompetenz	eingeschränkte Sprachkompetenz	schlechte Sprachkompetenz
Kooperationsart	empathische Kooperation	strategische Kooperation	Pseudo-Kooperation
Reziprozität	freiwillige Hilfe und Annahme	vorgegebene Hilfen, reduzierte Nachfrage	eingeschränkte Hilfsangebote und Ablehnung
	Toleranz gegenüber Einzelgängern	z. T. problematische Einzelgänger	Egoisten
Unterstützung	emotional und instrumentell und informativ	instrumentell und informativ	m. E. instrumentell und informativ
Ziel	gemeinsam definiertes Ziel	Motivübereinstimmung ohne gemeinschaftliche Definition	kein gemeinsames Ziel, Partikularinteressen, Motivungleichheit
Vertrauen	hoher Grad an Vertrauen und Verlässlichkeit	eingeschränktes Vertrauen und Verlässlichkeit	wenig Vertrauen und Verlässlichkeit
Konfliktverhalten	keine ethnische Komponente, niedrige Konfliktintensität		ethnische Komponente, hohe Konfliktintensität
Kohäsion	Toleranz gegenüber Subgruppen	Gleichgültigkeit gegenüber Subgruppen	Subgruppen mit Spaltungspotenzial
Fehlerkultur	konstruktiver Umgang	partnerschaftlich-nüchterner Umgang	emotionaler, verletzender Umgang
Solidarität	emotionale Zusammengehörigkeit des Teams	Freundschaften im Team	keine emotionale Zusammengehörigkeit des Teams
	Bereitschaft zu Anstrengung und pers. Einschränkung	m. E. Bereitschaft zu Anstrengung und pers. Einschränkung	wenig Bereitschaft zu Anstrengung und pers. Einschränkung

Wie aus der Typologie ersichtlich wird, haben die Indikatoren Wir-Gefühl, Konfliktart, prosoziales Verhalten und die (interethnische) Leistungseinschätzung aufgrund der nur unspezifisch ausdifferenzierten Verhaltenseinordnung keine explizite Relevanz zur Bewertung des integrativen Verhaltens innerhalb eines multiethnischen Pflegeteams.

Selbstverständlich hat dieser Versuch einer Typologie nicht den Anspruch, jedes Verhalten eines Teams indikatoren-übereinstimmend abbilden und beurteilen zu können.

Aber um eine tendenzielle Beschaffenheit des Verhaltens zwischen den multinationalen MitarbeiterInnen vornehmen zu können, sollten einige der gefundenen Kriterien anhand deren Ausprägung eine Aussage zur Ausgestaltung der integrativen Teamprozesse ermöglichen.

Ein Abgleich mit den Inhalten korrespondiert auch stets mit der Anzahl an MitarbeiterInnen bzw. mit dem Grad der Heterogenität des Kollegiums.

Für die Praxis könnte die Einordnung eines (u. U. als problematisch zu interpretierenden) Teamgebarens anhand dieser Typologie möglicherweise Hinweise liefern, wo sich Ansätze zur Verbesserung der Beziehungsprozesse finden lassen. Im kollegialen Diskurs lassen sich dann für etwaige Problembereiche gemeinsam Lösungen entwickeln (z. B. bei der Zielfindung) oder die Organisation trifft direktive Vorgaben, um mit verbindlichen Regelungen klare Strukturen zur Optimierung der Leistungsfähigkeit eines Kollegiums zu bewirken (z. B. Dienstanweisung zum Umgang mit subkommunikativem Austausch). Denn dass die Kriterien eines defensiven Integrationsverhaltens auf Dauer bei den Betroffenen zu psychischen Belastungen mit eventuellen krankheitsbedingten Folgeausfällen führen können, womit sich die Belastungen bei den verbliebenen Pflegekräften und die Folgekosten für den Einrichtungsträger (Überstunden, Aushilfskräfte etc.) potenzieren, erscheint plausibel.

Zur besseren Operationalisierung der Erkenntnisse befindet sich im Anhang eine entsprechende Checkliste (Übersicht 31).

11.9 Zur Einschätzung des Integrationsverhaltens in den untersuchten Pflegeteams

Das Integrationsverhalten in den untersuchten Institutionen wird nach Aussagen der Befragten nicht explizit hinterfragt oder thematisiert. Das multiethnische Miteinander wird akzeptiert und als normaler Bestandteil der pflegerischen Tätigkeit am Arbeitsplatz betrachtet und so wird überwiegend zusammen agiert und kooperiert. Die Integrationsleistungen – sowohl auf autochthoner als auch auf allochthoner Seite – sind in dem Maße ausgeprägt, wie es für die funktionale Gewährleistung der pflegerischen Tätigkeit notwendig erscheint: die so genannte group locomotion (Festinger 1968: 184), d. h. die gemeinsame Ausrichtung eines Pflegeteams zur bestmöglichen Produktion der Dienst-

leistung Pflege, dominiert die Beziehungsprozesse der multiethnischen Gruppenmitglieder.

Mitunter bestätigen sich Teilnahmslosigkeit und Desinteresse auf Seiten der Mehrheitsgesellschaft gegenüber den Biografien und Lebensweisen der allochthonen KollegInnen, wenn diesbezüglich kaum Neugier geäußert oder der Austausch über andere Kulturen generell verneint wird (z. B. Inge aus Haus D, S. 10). Auf der anderen Seite finden sich zugewanderte Pflegende, die trotz des Wissens, dass sich ohne die Beherrschung der deutschen Sprache ein beruflicher Erfolg nur schwerlich einstellen wird, nur wenig Engagement zur Verbesserung der sprachlichen Grundkenntnisse zeigen.

Trotz dieser Einzelbefunde und in Abhängigkeit der institutionsspezifischen Arbeitsbedingungen präsentieren sich die heterogenen Pflgeteams dabei durchaus als Orte der tertiären Sozialisation, in denen spezifische Werte, Normen und die (soziale) Berufsrolle erlernt und akzeptiert werden. Nach Golembiewski (1965) ist ein hoher Grad an Übereinstimmung in diesen genannten Faktoren ein wesentlicher Indikator für eine gelingende Integration in eine Gruppe. Über die Partizipation am Teamgeschehen, d. h. ein Teil eines Ganzen und ein eigenständig handelnder Akteur am Produkt Pflege zu sein, treten Abgrenzungs-, Diskriminierungs- und Separierungsprozesse in den Hintergrund. Die Berufsrolle rangiert über allen wahr genommenen Unterschieden und sichert jedem Team die notwendige Handlungsfähigkeit.

Die Rolle einer Altenpflegekraft mit den impliziten Rechten und Pflichten wird von den multinationalen Teammitgliedern größtenteils entsprechend der normativen Erwartungsstrukturen interpretiert. Der gemeinsame Fokus ist auf die Pflege und das Wohl der BewohnerInnen gerichtet, um unter den gegebenen Umständen eine optimale Versorgung zu ermöglichen. Angesichts der erhaltenen Aussagen werden aber auch teamspezifische Potenziale aufgezeigt, die mit einer entsprechenden professionellen Herangehensweise eine weiter gehende Optimierung der Leistung bzw. der Qualität ermöglichen könnten. Als ein möglicher Ansatz wird auf die Bedeutung eines gemeinsamen Zieles an dieser Stelle erneut verwiesen.

Die Interaktionen der vier untersuchten Pflegekollegien deuten überwiegend auf individuelle Nutzenerwägungen hin. D. h. um eigene Ziele oder institutionelle Vorgaben umsetzen zu können, bedienen sich die Pflegekräfte größtenteils durchaus der personalen Ressourcen in Form der KollegInnen – unabhängig von Person, Qualifikation, Herkunft,

Geschlecht, Kommunikationskompetenz etc. Denn an die eigene berufliche Aktivität sind Belohnungen gekoppelt (z. B. Gehalt), die zur Bedürfnisbefriedigung gebraucht werden (vgl. Austauschtheorie von Homans 1978).

Die festgestellten Kooperationsmechanismen ergeben sich unabhängig von der personalen Disposition, stattdessen orientieren sie sich mehrheitlich an für alle Teammitglieder vorteilhaften Strategien, u. a. an der Existenz sozialer Normen bzw. an dienstlichen Anweisungen (Teamarbeit ist in der Altenpflege unumgänglich), an der Erwartung zukünftiger Interaktionen zum eigenen Nutzen (eigene Unterstützungsangebote bedingen im Bedarfsfall Gegenhilfe) oder an verständigungs-orientierter Kommunikation. Denn je mehr Austausch in einem Team besteht, desto höher ist der Kooperationsgrad (vgl. Wiswede 1998: 156).

Die unterschiedlichen Identitäten der heterogenen Teams bewegen sich in der vorliegenden Untersuchung für den stationären Altenpflegebereich überwiegend zweckrational miteinander oder auch nebeneinander, nur in einem Ausnahmefall z. T. gegeneinander (Haus D). Tendenziell weisen die multiethnischen Teams ein positives Maß an konformen Verhalten auf, was sich aus den vorhandenen Termini Vertrauen, Verlässlichkeit, Ordnung und Funktionalität ableiten lässt.

Die befragten Pflegekollegien wiesen zwischen 13 und 22 Mitglieder auf. Dass bei einer Vielzahl an einzigartigen Persönlichkeiten und der umfangreichen Heterogenität im pflegerischen Alltag Konflikte auftreten können, ist per se nachvollziehbar.

Die erhaltenen Aussagen zu den teaminternen Auseinandersetzungen deuten bei **allen** Untersuchungsgruppen auf die Existenz von **Beurteilungskonflikten** hin (vgl. 7.4). Inhalt sind dabei die Art und Weise, wie die individuellen Vorgaben oder Ziele der Pflegenden umgesetzt werden. Heruntergebrochen auf die Praxis haben die Teammitglieder unterschiedliche Ansichten über den Arbeitseinsatz, über Motivation und Leistung, über Handlungsmethoden und Vorgehensweisen, über Verantwortlichkeit und Aufgabenportfolio.

Für die Einrichtung D lässt sich darüber hinaus ein erheblicher (interethnischer) **Beziehungskonflikt** konstatieren, bei dem es ursprünglich um die fehlende Wertschätzung und die kritischen Äußerungen an die Adresse der Spätaussiedlerinnen ging (Frank,

Haus D, S. 23). Aus diesen Handlungsunzulänglichkeiten entwickelten sich handfeste Kompetenzstreitigkeiten gepaart mit Verteilungs- und Gruppenkonflikten. Als Folge separiert sich die Gruppe der „Wolgadeutschen“ vom restlichen Team und die kollegialen Austauschprozesse reduzieren sich erheblich. Unterstützungsleistungen werden zurückgefahren und fachliche Kompetenzen werden in Frage gestellt. Trotz diverser professioneller Interventionsmaßnahmen existiert die Spaltung des heterogenen Teams weiter, bestehend aus einer Mehrheitsgruppe von Einheimischen und Personen mit differents Migrationshintergrund (darunter lässt sich auch die Ingroup der „Stationsfreundinnen“ subsumieren) sowie aus der Gruppe von Pflegekräften mit Spätaussiedlerherkunft: die Mehrheit im Kollegium diskriminiert aufgrund des Bedrohungsszenarios die Minderheit (vgl. Burkey's perception of threat 1978: 81).

Insofern zeigen sich für die Pflegenden mit Spätaussiedlerherkunft die Indikatoren zur Messung von Integration in Gruppen (nach Friedrich / Jagodzinski 1999: 20, vgl. 5.2) als wenig gelungen: weder steht ihnen eine größere Anzahl an Freunden oder Kontaktpersonen zur Verfügung, noch erhalten sie übermäßige Hilfe- und Unterstützungsleistungen oder weisen ein gesteigertes Maß an Gruppenidentifikation auf. Während sich die Funktion (wenn auch eingeschränkt) des Pflegekollegiums zur Produktion des Gutes Pflege weiter aufrecht erhalten lässt, wird die Stabilität des Teams als Ganzes erschüttert.

Aus der konfliktiven Beschreibung kann auf einen kalten Konflikttyp (Glasl 1980: 52) geschlossen werden, bei dem die erwähnten Parteien unvereinbar sich als starre Einheiten innerhalb des Teams gegenüberstehen, bei dem die Kommunikation und die Kontaktrate auf ein (funktionales) Minimum zurückgefahren werden und Lösungsansätze einer Dritten Partei (angeführt werden Pflegedienst- und Heimleitung, externer Supervisor) überwiegend ins Leere laufen. Mit der Abnahme von Interaktionen im Team korreliert auch ein geringeres Maß an Normenkonformität der Mitglieder (vgl. Homans 1978: 341). Dies verdeutlichen die in den Interviews erwähnten Zuwiderhandlungen gegen Anweisungen der Leitung (Gebrauch von Subkommunikation, Rauchverhalten) oder die Selektierung von reziproken Unterstützungsangeboten, was die Norm Teamarbeit untergräbt.

Eine weitere – ethnisch unabhängige – Form eines Arbeitskonfliktes bilden hierarchische Diskrepanzen zwischen jüngeren bzw. frisch examinierten Fachkräften (mit Legitimationsmacht) und älteren bzw. erfahrenen HelferInnen (mit Expertenmacht). Die

Machtstrukturen in den Kollegien sind mitunter sehr ausgeprägt. Nur dreijährig-ausgebildete Pflegefachkräfte können aufgrund sozial- und ordnungsrechtlicher Vorgaben bestimmte behandlungspflegerische Tätigkeiten ausführen und entsprechende Verantwortungsbereiche übernehmen (z. B. Schichtleitung). Somit ergibt sich eine institutionelle Hierarchie entsprechend der Qualifikation (und eventuell der Einrichtungszugehörigkeit) einer Pflegeperson, was bei den Pflegeakteuren m. E. auch auf Akzeptanz trifft und sich häufig auch in der Anordnung der Pflegekräfte bei der Dienstplangestaltung widerspiegelt.

In einigen der untersuchten Teams (v. a. in Heim B) kam es dennoch zu Konflikten, wenn jüngere Fachkräfte ohne lange Berufserfahrung, aber mit neuestem Wissen ausgestattet, auf den Widerstand von älteren und erfahrenen, aber weniger qualifizierten HelferInnen stießen. In diesem Kontext lässt sich auch das Aufeinanderprallen von Schulwissen und Traditionswissen anführen – neueste Erkenntnisse gemäß dem aktuellen pflegewissenschaftlichen Wissensstandes treffen auf tradierte, schon immer bewährte und auf langjähriger Erfahrung beruhende, aber möglicherweise veraltete Methoden der Versorgung. Das soziologische Alter (Elias / Scotson 1990: 239), also die längere Präsenz der Erfahrenen im stationären Bereich, bietet ebenso einen Erklärungsansatz für die Abgrenzung und die Friktionen gegenüber den neueren MitarbeiterInnen.

Als **Zusammenfassung** bleibt die Erkenntnis, dass das Integrationsverhalten in den multiethnischen Altenpflegeteams keine handlungsleitende Thematik oder einen bewusst diskutierten bzw. reflektierten Sachverhalt darstellt. Im Fokus jedes Teams steht die funktionale Gestaltung aller Prozesse, um die täglich anfallenden Aufgaben quantitativ und qualitativ bewältigen zu können. Folglich werden Mechanismen, die eine multiethnische Gegenwart im Arbeitsalltag erschweren (z. B. Sprachdefizite) kompensiert, auch wenn dies gelegentlich zu Prozessverlusten führt (d. h. erhöhter Energie- oder Zeitaufwand, Informationsverluste).

Nahezu alle Reibungen oder kollegialen Diskrepanzen sind Auseinandersetzungen unabhängig von kulturellen Unterschieden. Vielmehr deuten sich in diesem Kontext bei einigen Beteiligten Ansätze einer zurückhaltenden Integrationsbereitschaft an: Stichworte sind hier die deutsche Sprachkompetenz, das kulturelle Desinteresse und die dialektgefärbte Kommunikation.

Integration in einem multiethnischen Team wird zu einem vorsätzlichen Thema und

droht zu scheitern, wenn sich Subgruppen innerhalb eines Teams gegenüberstehen, die das individuelle Verhalten und die wechselseitigen Interaktionen aller Pflegeakteure beeinträchtigen. Ein defensives Integrationsgebaren produziert ein negatives Arbeitsklima, droht ein Team zu spalten und grenzt vereinzelte Akteure aus, reduziert Unterstützung, Vertrauen und Verlässlichkeit und befeuert permanente Konflikte und Verletzungen. Obgleich auch in diesem Fall ein Maß an Funktionalität und „systemrelevanter“ Handlungsfähigkeit gewahrt bleibt, erscheinen Einbußen an Leistung und Teamoutput unumgänglich.

12. Fazit

Der Prozess der **Interkulturellen Öffnung** bezeichnet die Ausrichtung von Institutionen / Organisationen auf die Anforderungen der gegenwärtigen Einwanderungsgesellschaft und hat zum Ziel, dass alle Menschen in Deutschland unabhängig von Herkunft oder Aufenthaltsstatus die Angebote der Regeldienste (u. a. Dienststellen der öffentlichen Verwaltung) in Anspruch nehmen können. Diese Öffnung vollzieht sich sowohl auf einer Angebotsebene (u. a. Absenkung der Zugangsbarrieren für Menschen mit Migrationshintergrund) als auch auf einer Organisationsebene (u. a. Kooperationen, Transparenz) sowie im Bereich der Personalentwicklung, indem Personen mit Zuwanderungsgeschichte als MitarbeiterInnen entsprechend der Verteilung in der Gesamtbevölkerung in diesen Bereichen vertreten sind. Zahlreiche Kommunen sind dazu übergegangen, diesbezüglich gezielt den beruflichen Zugang über die Anwerbung von Auszubildenden mit Migrationshintergrund bei Behörden zu fördern. Die in spezifischen Tätigkeitsbereichen angestrebte Interkulturelle Öffnung (neben der öffentlichen Verwaltung beispielsweise auch im Sozialwesen oder bei der Polizei) ist in der stationären Altenhilfe schon längst vollzogen, ein heterogenes Konglomerat an Pflegenden ist schon seit Jahrzehnten in der Altenhilfe tätig.

Wie dargestellt fehlen dazu repräsentative Daten und Statistiken¹⁹. Für den Bereich Personalentwicklung kann stellvertretend die Meinung einer persischen Pflegekraft heran-

¹⁹ Für die potenzielle Pflegeklientel mit Zuwanderungsgeschichte hingegen gibt es eine statistische Datenlage. So ist beispielsweise bekannt, dass bei älteren Nicht-Deutschen (i. S. von Ausländern ohne deutsche Staatsangehörigkeit) und Personen mit Zuwanderungsgeschichte einen Männerüberschuss zu konstatieren ist, dass die älteren AusländerInnen (ab 65 Jahre) zu 97% in den alten Bundesländern leben und dass die Bevölkerung mit Migrationshintergrund deutlich jünger ist und seltener in Ein-Personen-Haushalten lebt als die Bevölkerung ohne Zuwanderungsgeschichte (vgl. Menning / Hoffmann 2009).

gezogen werden: „Es ist international. Wir haben Russische, Polnische, Deutsche, von Bayern, aus der Oberpfalz, aus Persien“ (Jasmin aus Haus D, S. 8).

Die **Heterogenität** multiethnischer Pflgeteams zeichnet sich durch ihren hohen Grad an Verschiedenartigkeit aus. Unabhängig davon, dass es keine Gruppen aus identischen Teilnehmenden gibt und deswegen immer Unterschiede zwischen den Gruppenmitgliedern jedes Teams (auch bei monokulturellen Gruppen) bestehen, zeigt sich die Qualität der Verschiedenheit multikultureller Teams sehr unterschiedlich: Erfahrungen und Wissen, Orientierungen, Werte und Normen sowie Fertigkeiten und Fähigkeiten sind differenziert beschaffen.

Ebenso differenziert zeigt sich die Heterogenität an den **Berufsverläufen** der Befragten. Von den 22 InterviewpartnerInnen weisen 16 eine Berufsbiografie auf, bei der die Altenpflegerische Tätigkeit einen zweiten Ausbildungsbereich darstellt. Die Profession in der Altenhilfe war demzufolge nicht die Ausbildung der Wahl, sondern wurde aus in der jeweiligen Person liegenden Gründen auf einen schon gewählten Ausbildungsweg oder eine (langjährige) Berufstätigkeit aufgesattelt. Die Motive zum Wechsel in die Altenhilfebranche lassen sich dabei z. T. als extrinsisch angelegt interpretieren (u. a. Arbeitslosigkeit). Vorwiegend wurden „unsoziale“ Berufe wie z. B. Gas-Wasserinstallateur, Einzelhandelskauffrau oder Schneiderin ausgeübt. Bei den elf Befragten mit Migrationshintergrund waren lediglich drei Personen zu verzeichnen, deren pflegerische Profession auch die einzige Ausbildung war. Diese Wechsel- und Umschulungsprozesse spiegeln sich in der Altenpflegerischen Berufserfahrung wieder, die bei allen befragten Pflegeakteuren durchschnittlich bei circa sieben Jahren liegt. Dieser Wert kann aber umgekehrt auch als Symptom für die hohe Fluktuationsrate in der stationären Altenhilfe gesehen werden.

In den Interviews wurde deutlich, dass **Verständigungsprobleme** aufgrund der Andersartigkeit der Pflegeakteure das größte Risiko für Reibungsprozesse, Konfliktszenarien und Missverständnisse sind. Die (Arbeits- bzw. Verkehrs-) Sprache `Hochdeutsch` zeigt sich als wichtigster Faktor für die Kooperation zwischen multiethnischen Teammitgliedern. Dabei ist festzustellen, dass diese „Verkehrssprachenproblematik“ den autochthonen Pflegenden, die die Arbeitssprache fließend beherrschen und z. T. auch noch mit dialektgefärbter Aussprache und entsprechenden mundartlichen Konnotationen für die

einfache Decodierung verfälschen, entweder nicht bewusst ist oder vorsätzlich ignoriert wird. Durch diese Reibungsverluste zeigt sich die multiethnische Teamleistung beeinträchtigt. Erwähnt werden Zeitverluste, Miß-Interpretationen, Fehlhandlungen und Informationsdefizite. Gleichzeitig wird erwähnt, dass gleich-sprachliche Pflegende mit Migrationshintergrund derartige Kommunikationsdefizite z. T. über subkommunikative Dolmetscher- und Vermittlungsgespräche auszugleichen versuchen. Diese subkommunikativen Austauschprozesse in einer nicht-deutschen bzw. nicht in der Verkehrssprache stoßen überwiegend auf Ablehnung bei den übrigen Teammitgliedern. Sowohl allochthone als auch autochthone Pflegekräfte, die von den Inhalten dieser Gespräche ausgeschlossen sind, äußern Vorbehalte, indem sie die kommunizierten Inhalte auf personen- statt auf arbeitsbezogene Kontexte beziehen.

Somit gilt es das sprachliche Selbstverständnis bei allen Beteiligten zu sensibilisieren. Bei den lokal bzw. regional geprägten Pflegenden ist eine professionelle Verständigungsebene in Schrift- und Hochdeutsch notwendig. Diese Forderung bezieht sich aber vorwiegend auf den teaminternen Austausch, denn im Betreuungsverhältnis zu den BewohnerInnen ist im Sinne einer ressourcen- oder biografiegeleiteten Pflege das Gespräch im Dialekt als essentiell zu werten. Der bewusste Wille zu einer störungsreduzierten, teaminternen Kommunikation auf autochthoner Seite ermöglicht eine effektive Leistung und kommt somit de facto der gesamten Pflegequalität zugute.

Die ausländischen Pflegenden weisen in den Gesprächen unterschiedliche Zugänge zum Faktor eigene **Sprachkompetenz** auf. Einige artikulieren, dass der tägliche Austausch in Deutsch im Arbeitskontext sehr dienlich ist, um die eigene Kompetenz zu optimieren. Andere geben an, sich ihres Verständigungs-Defizits bewusst zu sein, jedoch keine expliziten Anstrengungen dahingehend zu unternehmen, dieses zu beheben. Einen dritten Weg geben die beiden aus Kasachstan stammenden Pflegekräfte der Einrichtung C an, die sowohl im häuslich-privaten Umfeld in Deutsch kommunizieren als auch ein hohes Maß an Eigenengagement zeigen, verbale Unzulänglichkeiten eigenverantwortlich zu optimieren. Im letzten Fall werden diesbezüglich auch keinerlei Kommunikationsprobleme innerhalb des Teams erwähnt.

In diesem Zusammenhang gilt es folglich bei den zugewanderten Pflegenden mit defizitären Deutschkenntnissen ein Bewusstsein zu schaffen, damit sich freiwillig, aktiv und gegebenenfalls auch losgelöst vom Arbeitsalltag um eine Verbesserung der eigenen

Sprachkompetenz gekümmert wird. Die deutsche Sprache ist nicht nur ein wesentlicher Schlüssel zur Integration in ein multikulturelles Team, sondern sie ist auch die Basis für den Beziehungsaufbau und die Versorgung der zu betreuenden Pflegebedürftigen.

Einrichtungen können als Verbesserungsinitiative innerbetriebliche – aber auch in Kooperation mit anderen stationären Einrichtungen – Sprachkurse anbieten, deren spezieller Fokus auf Altenpflegerischen Inhalten liegt. Vorstellbar sind die Vermittlung von spezifisch medizinisch-therapeutisch-pflegerischem Fachvokabular, Formulierungshilfen bei schriftlichen Nachweisen (z. B. Tagesdokumentation, Pflegeplanung), die Artikulation vor einer größeren Anzahl von Personen (notwendig beispielsweise in den täglichen Schichtübergaben), Rollenspiele (z. B. Üben von Konversation mit BewohnerInnen bei direkten Pflegehandlungen) oder Möglichkeiten des Konfliktmanagements. Als ausführende Organe bieten sich externe Kräfte (z. B. Dozenten, Personen der Sozialen Arbeit, Kommunikationstrainer) an, die über einen entsprechenden pflegerischen Hintergrund, aber auch eine motivationale Kompetenz verfügen. So können eine stigmatisierende Teilnahme vermieden oder Ängste vor der Gruppe bzw. Vorbehalte gegenüber den anderen TeilnehmerInnen unterbunden werden.

Die Heterogenität in multiethnischen Teams zeigt sich unabhängig von den unterschiedlichen Nationalitäten und deren Sprachen auf Seiten der Einheimischen auch an der (mehr oder weniger) umfangreichen Präsenz unterschiedlicher regionaler Abstammungen. Mitunter weisen die deutschen Pflegekräfte eine umfangreiche Mischung unterschiedlicher Herkunftsbundesländer, -regionen oder -bezirke auf. Diesbezüglich vereinen die jeweiligen Vertreter in der Folge ebenso viele mundartliche Umgangsformen und **Dialekte** auf sich, die zum einen Zusammengehörigkeit oder Gleichgesinntheit vermitteln und den Bewohnerkontakt erleichtern können. Zum anderen besteht beim dialektgeprägten Austausch aber die Gefahr des Ausschlusses anderer TeamkollegInnen. Was ergo für die ausländischen Pflegeakteure gilt, sollte sich auch auf die einheimischen MitarbeiterInnen übertragen lassen, sodass im Zuge der Professionalisierung die Informationsweitergabe, die Wissensverarbeitung und die Datenweitergabe über hochdeutsch gestaltete Kommunikationskanäle vorgenommen wird. Die Daten der vorliegenden Untersuchung haben mitunter gezeigt, dass dafür bei den Einheimischen z. T. nur wenig Bewusstsein für derartige Problemanzeigen der allochthonen KollegInnen vorliegt. Doch der übermäßig und gemeinschaftlich verwandte Gebrauch übernimmt

hier die Funktion eines Abgrenzungsmerkmals und kann so m. E. ebenfalls als subkommunikative Sprachform gewertet werden.

Letztendlich nötigt dies allen Beteiligten eines multinationalen Pflegekollegiums den Willen ab, sich auf eine gemeinsame Arbeits- und Verkehrssprache (Hoch)Deutsch zu verständigen (und nicht auf den Dialekt Bayerisch, Pfälzerisch etc.) und für deren Einführung, Umsetzung und nachhaltige Anwendung kompromissbereit zu sein. Nur so lässt sich über ein wechselseitiges Geben und Nehmen eine Basis zu einem reibungsarmen Austausch herstellen: während auf der einen Seite versucht wird in hochdeutscher Sprache zu kommunizieren, verpflichtet sich die andere Seite (so denn erforderlich) zu einer Verbesserung der Sprachkompetenz. Ein derartiger **Kommunikations-Pakt**, der auch Regelungen zum subkommunikativen Austausch beinhalten sollte, kann ethnische Differenzen minimieren, Integration fördern und die Teamleistung entsprechend verbessern.

Die in der Industrie und Wirtschaft konstatierten Vorteile durch multiethnische bzw. interkulturelle Teams (vgl. Stumpf / Thomas 2003) lassen sich nach Auswertung der Interviews nicht vollumfänglich auf den Bereich Altenhilfe übertragen. Kulturell bedingte Heterogenität kann in einem Team zu einer Vielfalt und einem Ressourcenreichtum führen, was zu einem Potenzialzuwachs des Teams führen kann. Neben einer erhöhten Adaption an die Aufgabenanforderung (für den Bereich der Altenhilfe wäre hier als Beispiel die Versorgung von Pflegebedürftigen mit türkischem Migrationshintergrund anzuführen) erhoffen sich Unternehmen durch derartige Teams auch ein erhöhtes Maß an Kreativität und Synergien, einen konstruktiven Informationsaustausch und ein zielgerichtetes Ergebnisrepertoire. Die Effektivität und Weiterentwicklung der Organisation steht bewusst im Fokus bei Überlegungen zur personalen Besetzung. Für den Bereich der Altenhilfe lassen sich derartige Managementansätze wohl nur bedingt annehmen. Zum einen sind die pflegebedürftigen SeniorInnen der ersten Generationen noch nicht quantitativ relevant und flächendeckend in den stationären Einrichtungen angekommen. Zum anderen drängen Nachwuchsprobleme, Fachkraftmangel und Pflegefachkraftquote die Einrichtungsträger u. U. dazu, eine bewusste, gezielte und systematische Zusammenstellung multiethnischer Teams hinter wirtschaftlichen bzw. leistungs- und ordnungsrechtlichen Anforderungen einzuordnen. Plakativ formuliert bedeutet dies: wenn der Arbeitsmarkt keine Pflegekräfte hergibt, dann ist eine Einrichtung gezwungen, auch Personen in bestehende Altenpflegeteams zu holen, die nicht dem „richtigen“ Kompe-

tenzprofil entsprechen. Eine Verschärfung der personalen Heterogenität deutet sich schon an und wird durch die Entwicklung des Europäischen Dienstleistungsmarktes noch zunehmen. Denn im Zuge des zusammenwachsenden Europas und der Ausdehnung der EU gilt ab 2011 das Prinzip der Freizügigkeit für alle ArbeitnehmerInnen, deren Länder 2004 (u. a. Ungarn, Polen, Slowakei, Tschechien) und 2007 (Bulgarien, Rumänien) der Europäischen Union beigetreten sind. Bis 2011 ist dieser Zugang mit Hilfe einer Übergangsfrist von bis zu sieben Jahren beschränkt. Darüber hinaus gilt für Deutschland eine „Schutzklausel“, mit der eine Anstellung von interessierten Arbeitskräften (noch) beschnitten wird. Nichtsdestotrotz bilden die Pflegekräfte aus dem europäischen Ausland aber ein großes Reservoir, aus dem die einheimische Pflege schöpfen kann und wohl auch muss.

Gleichsam ist an dieser Stelle kritisch zu hinterfragen, in wie weit sich die Entscheider in den Einrichtungen im Zuge der Organisations- und Personalentwicklung mit den Folgen der Interkulturellen Öffnung reflektierend auseinandergesetzt haben. Darunter können vor allem Maßnahmen zur Vermittlung bzw. Förderung von interkulturellen Kompetenzen bei den schon vorhandenen Pflegekräften subsumiert werden. Angesichts diverser umfangreicher Leitfäden für einen derartigen Fahrplan (z. B. Praxisleitfaden Interkulturelle Öffnung der Familienbildung des Ministeriums für Generationen, Familie, Frauen und Integration NRW 2008) und den darin beschriebenen mannigfaltigen Prozessen und dezidierten Vorgehensweisen erscheint es fraglich, ob diese Schritte in der Vergangenheit auch in der Altenhilfe vollzogen wurden.

Hinzu addiert sich noch die sich ausweitende Heterogenität an **Professionen** (Betreuung, Alltagsgestaltung, Grund- und Behandlungspflege, spezielle Pflegesituationen wie Palliativ-Care oder Hospiz und die Versorgung von Wachkoma, Apallikern, Behinderten), wodurch die Teams multiprofessioneller aber auch komplexer besetzt werden. Da nicht alle Akteure der Versorgung stets im gleichen Team verortet sind (Stichwort Ambulantisierung der stationären Pflege) liegt auch hier der Schlüssel zur Gewährleistung der umfänglichen, ganzheitlichen Versorgung in der Kommunikation (schriftlich in Dokumentation und verbal).

Der Faktor **Ethnizität** und die Bedeutung, die diesem innerhalb eines multikulturellen Teams beigemessen wird, scheint dazu geeignet, das Integrationsverhalten und letztlich die Leistung des Teams zu beeinflussen. Besonders in Fällen von sich unversöhnlich

gegenüber stehenden (z. T. ethnisch homogenen) Subgruppen innerhalb eines heterogenen Kollegiums erschweren sich viele Interaktionen und Austauschprozesse. Unabhängig davon, ob sich die Pflegenden der Mehrheitsgesellschaft an den ausländischen KollegInnen desinteressiert zeigen oder die zugewanderten Akteure spezifische Integrationsbarrieren aufweisen, beinhaltet eine mangelhafte Integrationsleistung durch unterbrochene Kommunikationswege, Informationsverluste oder dem bewussten Vorenthalten von Unterstützungsleistungen ein erhebliches Störpotenzial.

Wie dargestellt, ist die Verschiedenartigkeit der Sprache und somit die Einschränkung der teaminternen, mehrheitlich gebrauchten Verkehrssprache ein Integrationshindernis. Dadurch entstehen Reibungsverluste, die Kooperationshandlungen erschweren, einen Mehraufwand bedeuten (Nachfragen, Gegenlesen, Kontrollieren, Wiederholen etc.) und Unmut bei den sprachkompetenten KollegInnen generieren können. Wird sich über Sprache vorsätzlich vom Team abgegrenzt, potenziert dies die dargestellten Nachteile und neben dem Output des Kollegiums zeigt sich auch das Wohlbefinden der Pflegekräfte beeinträchtigt.

Wohlbefinden wiederum wird durch chronischen Stress, Sorgen, psychische Verletzungen und Angst unterdrückt. Und da die Pflegeakteure den größten Anteil ihrer Wachzeit in der Einrichtung respektive im Team verbringen, ist es umso bedeutender, das Arbeitsklima, die Arbeitsgestaltung und das Teamgeschehen optimal zu gestalten. Denn das Wohlbefinden eines Pflegeakteurs hat nachweislich Auswirkungen auf dessen Leistungsfähigkeit, Leistungsbereitschaft und auch Kreativität (Hüther / Fischer 2009).

Wird der Unterschiedlichkeit der MitarbeiterInnen innerhalb eines Kollegiums keine wesentliche Bedeutung zu Teil oder wird die Verschiedenartigkeit vielmehr als Gewinn bzw. Vorteil betrachtet, dann haben diese Einschätzungen und Wertungen Einfluss auf das Integrations- und Leistungsverhalten. Hierbei ist es notwendig, von der meist vorherrschenden, defizitorientierten Perspektive zur Bewertung von ImmigrantInnen abzukommen und die (eigene) Haltung gegenüber einer ausländischen Pflegekraft kritisch zu hinterfragen, „weil der Begriff ‘Migrant’ spontan das Bild vom retardierten, anomischen, starren, unbeweglichen Fremden und Außenseiter evoziert, der Halt in seiner ethnischen Enklave sucht und dessen Horizont von ethnischen oder religiösen Verbänden begrenzt wird“ (Wippermann / Flaig 2009: 9). Der Fokus sollte nicht nur auf dem Fehlen von Kompetenzen oder dem Nichtentsprechen einheimischer Erwartungen liegen, sondern sollte auch die Wertschätzung und Anerkennung der schon erbrachten

Anpassungsleistung und Etablierung mit einschließen. Derartige Tendenzen lassen sich aus den einheimischen Interviews nur vereinzelt herausfiltern: „Man bekommt das so ein bisschen mit, deren Lebensweise oder die Kultur, wo die herkommen. Man lernt ein paar fremdsprachliche Ausdrücke und es ist auch wirklich praktisch, wenn fremdsprachige Bewohner kommen, die uns jetzt so nicht verstehen. Dass die aber die verstehen und die können uns dann sagen, was da los ist. Also es ist irgendwo sogar ein Vorteil“ (Sandra aus Heim A, S. 8).

Wenngleich die Untersuchung nicht darauf angelegt war, die Teamleistung anhand von Kennzahlen zu messen bzw. qualitativ und quantitativ zu beschreiben, so lässt sich trotzdem darauf schließen, dass eine positive Arbeitsatmosphäre frei von Vorurteilen, ein kollegialer Austausch und freiwillige Kooperationshandlungen, ein gemeinsames Ziel sowie ein überwiegendes Bekenntnis zu Vertrauen, Verlässlichkeit und konstruktiver Konfliktlösung innerhalb eines multiethnischen Teams günstige Voraussetzungen für die offensive Gestaltung der Integrationsleistungen sind. Diese Voraussetzungen haben das Potenzial, auch die Gesamtleistung des Kollegiums entsprechend positiv zu formen.

Die **Handlungsfähigkeit** multiethnischer Pflgeteams – um eine der untersuchungsleitenden Fragestellungen zu beantworten – zeigt sich in so fern abhängig von der ethnischen Zusammensetzung, *wie* die Merkmale der Unterschiedlichkeit in Sprache, Herkunft, Kultur usw. von den Beteiligten gebraucht werden. Die per se gegebenen Differenzierungen der Teammitglieder können von diesen zur Absetzung betont, rational-emotionslos registriert oder als Motor für Kommunikations-, Kooperations- und Komplementärprozesse genutzt werden.

Neben dem *wie* ist auch entscheidend, *wie viele* Akteure eines Teams das Bewusstsein entwickeln, sich zu einer subjektiv empfundenen Gemeinsamkeit und der Zusammengehörigkeit einer ethnischen Subgruppe zu bekennen. Die Befunde deuten darauf hin, dass eine ethnisch homogene Subgruppe die Handlungsfähigkeit des Teams als Ganzes durchaus beeinträchtigen kann. Zur Vervollständigung der Erkenntnisse in diesem Kontext ist noch anzuführen, dass aber auch ethnisch heterogene Subgruppen Einfluss auf die Befindlichkeit des restlichen Kollegiums nehmen können. Im Fall der Ingroup der „Stationsfreundinnen“ kann hier auf einen erhöhten Grad an Bevorzugung und Unterstützung oder eine intensivere Informationsweitergabe verwiesen werden.

Ein hohes Maß an ethnischer Heterogenität innerhalb eines Pflegekollegiums scheint dabei nur von untergeordneter Bedeutung zu sein, wie in Einrichtung A mit einem als offensiv interpretierten Integrationsverhalten und einem Anteil von 41% an Pflegenden mit Zuwanderungsgeschichte festzustellen war.

Die deutsche Altenhilfelandchaft weist in Abhängigkeit der Regionalität (urban, rural) schon seit längerem ein hohes Maß an multiethnischer Personalbesetzung auf. Auf die zahlreichen ergänzenden Schlüsselprozesse der Versorgung mit Küche, Technik und Hauswirtschaft, in denen ebenfalls (zahlreiche) Personen mit Migrationshintergrund beschäftigt sind, wird an dieser Stelle nur kurz verwiesen. Die derzeitigen und auch mittelfristigen Rahmenbedingungen sind wenig dazu geeignet, dass sich die Pflegeheimträger explizit mit einer nachhaltigen Personalpolitik, spezifischen Fort- und Weiterbildungsangeboten zum Thema Interkulturalität oder dem Management bzw. der Organisation von Teamarbeit beschäftigen können. Vor allem kleine Einrichtungen vereinen vielfältige Aufgaben- und Tätigkeitsfelder auf wenige Personen. Die Heimleitung ist in nicht seltenen Fällen gleichzeitig Pflegedienstleitung und verantwortlich für Qualitätsmanagement, Außendarstellung, Personalrekrutierung usw. Die Ressourcen für das Diversity Management, welche große Unternehmen mit entsprechenden Abteilungen und Experten vorhalten, sind für den Bereich der Altenhilfe nicht finanzierbar. Dies ist u. a. den unverhältnismäßigen und damit unzureichenden Personalschlüsseln in den landespezifischen Rahmenverträgen zwischen den Leistungsträgern (Pflegekassen) und den Leistungsanbietern (Einrichtungen) geschuldet, die für den Bereich der Verwaltung nur wenige Stellenanteile in einer Pflegeeinrichtung vorsehen.

Ein Weg um diese Entwicklung abzufedern ist – wie oben formuliert – die Investition in die **Kompetenzentwicklung** des Führungs- und Leitungspersonals. Das Hauptaugenmerk sollte auf die Teamleitungen gerichtet werden, also auf diejenigen, die tagtäglich mit der Bewältigung von interkulturellen und teamarbeitsbezogenen Anforderungen konfrontiert sind. Um die personelle Fluktuation zu reduzieren, nachhaltig Wohlbefinden bei den Teammitgliedern sicher zu stellen, gemeinschaftlich geeinte Ziele zu entwickeln, konstruktives Konfliktmanagement zu betreiben, Unterschiede, Stärken und Schwächen effektiv und effizient zu nutzen etc. ist es sinnvoll und notwendig, zumindest die Stations-, Abteilungs- bzw. Wohnbereichsleitungen umfangreich zu schulen und zu qualifizieren. Denn Teammitglieder sind eher bereit, einer Leitung zu folgen oder eige-

nes Verhalten zu modifizieren, wenn diese Person sowohl Kompetenz und Vertrauenswürdigkeit als auch Selbstsicherheit und Autorität ausstrahlt. Neben der individuellen Interkulturellen Kompetenz ist auch Interkulturelles Personalmanagement eine mittlerweile unumgängliche Facette der Führungsebene in der Altenhilfe, sodass eine Unterstützung durch Coaching, Teambuilding oder Maßnahmen zur Teamentwicklung für die entscheidenden Stellen notwendig ist.

Für die Kompetenz Teamentwicklung gilt es von Seiten der Leitung sich mit unterschiedlichen Fragestellungen zu beschäftigen, um systematisch teaminterne Prozesse und Strukturen zu durchleuchten und bei Bedarf zu verändern. Dies schließt mitunter auch das Verhalten einzelner Teammitglieder mit ein. Wie aus den Untersuchungsergebnissen abzuleiten ist, sind dies Fragen nach einem gemeinsamen Ziel und einem eventuell vorhandenen Zusammengehörigkeitsgefühl (im Sinne von Wir-Gefühl), nach der Kommunikation und der Informationsverarbeitung, nach gemeinsamen verhaltenskoordinierenden Normen und Regeln, nach formalen und informellen Hierarchien, Netzwerken, Subgruppen oder (unreflektierten) Diskriminierungen.

Teamentwicklung ist auch vor dem Hintergrund der mittlerweile intensiv geführten Qualitätsdiskussion von erheblicher Relevanz, denn bei allen gesetzlich oktroyierten oder freiwillig initiierten Prüfungen, Bewertungen, Audits oder Zertifizierungen geht es immer um ein gefordertes Maß an nachweisbarer Qualität, die stets von den in der Einrichtung tätigen Menschen zu erbringen ist. D. h. der Mensch respektive jede einzelne Pflegekraft stellt mit ihrem Einsatz und ihrem Können die Qualität in der Einrichtung sicher. Und eine wesentliche Voraussetzung für die Effektivität eines multiethnischen Teams stellt der Faktor Integration dar. „[Wir brauchen, d. A.] keine Konkurrenten, keine Ausländer, keine Deutschen. Das bringt nichts. Wir brauchen das Team nicht spalten. Jeder hat seine eigenen Probleme, Konflikte, Situationen. Ob jemand lebt da, schon seit fünf Jahren oder ist hier geboren. Sie müssen sich doch integrieren, wir sind eine Gemeinschaft“ (der aus Polen stammende Frank aus Einrichtung D, S. 15).

Ausgehend vom Sinus-Milieu-Ansatz und der Erkenntnis, dass Menschen des gleichen Milieus mit unterschiedlichem Migrationshintergrund mehr miteinander verbindet, als mit dem Rest ihrer Landsleute aus anderen Milieus (Wippermann / Flaig 2009: 7), könnte bei einer Transformation auf den Bereich Altenhilfe die Vermutung resultieren, dass in multiethnischen Pflgeteams das „Milieu Pflegestation“ die Alltagskultur gestalten und auf Dauer identitätsstiftend wirken kann. Die unterschiedlichen Facetten des

Systems Pflegeheim mit all den Anforderungen, Routineabläufen, Handlungsprozessen, Verhaltensstandards, Belastungen oder Regelungen betreffen alle Teammitglieder gleichermaßen in ihrem täglichen Arbeitsalltag. Diese gemeinsamen Herausforderungen verbinden alle Pflegeakteure miteinander und könnten dazu genutzt werden, teaminterne ethnische Unterschiede, verschiedene Lebensauffassungen und Lebensweisen außer acht zu lassen, um sich homogen – trotz der vielfachen Heterogenität – und sinnstiftend der Lebenswelt Pflegestation (im Sinne von Milieu) zu widmen, Berührungspunkte wahrzunehmen und nachhaltige Verbindungen zu schaffen.

Die **kulturelle Diversität** (vgl. Podsiadlowski 1998: 195) der befragten Altenpflegeteams im bayerischen Raum beeinträchtigt überwiegend die Dienstleistung Pflege und die Gruppenprozesse in einem kompensierbaren Maß. Eine hohe Heterogenität eines Pflorgeteams weist dabei keinen direkten Zusammenhang zu erhöhten multiethnischen Konfliktpotenzialen auf.

Eine wesentliche und schon bekannte Voraussetzung (die sich auch als evident erwies) für den Erfolg eines multiethnischen Teams ist die deutsche Kommunikationskompetenz auf allochthoner Seite. Weiterhin benötigt es die Bereitschaft zu einer dialektreduzierten Konversation bei den autochthonen Personen. Fehlen beide Komponenten oder die Vereinbarung einer gemeinsamen Verkehrssprache, so lassen sich die potenziellen Nachteile einer interkulturellen Teamarbeit attestieren: u. a. eine geringe Gruppenkohäsion bzw. -stabilität, eine erschwerte Kommunikation und eine verringerte Arbeitszufriedenheit (Podsiadlowski 1998: 200). Umgekehrt zeigt sich der Vorteil der kulturellen Synergie (Podsiadlowski 1996: 74) als Ergebnis eines multiethnischen Pflegekollegiums in den untersuchten Arbeitsgruppen nur marginal. So deuten einige Pflegekräfte zwar an, dass der kommunikative Zugang zu fremdländischen BewohnerInnen in deren Muttersprache durch die gleichsprachlichen Pflegekräfte erleichtert und gewinnbringend ist. Für eine kulturspezifische Versorgung in der Breite steht die Bedarfsentwicklung aber wohl erst mittelfristig und gegebenenfalls regional äußerst differenziert an (vgl. CAREkonkret 2009). Unabhängig davon stellen die Fähigkeit zur Bilingualität und auch ein Migrationshintergrund eine Bereicherung sowohl für die Versorgung der Pflegebedürftigen als auch für das Teamgeschehen dar. Denn letztendlich repräsentieren die multiethnischen Konstellationen der Altenpflegeteams auch die gesellschaftlichen Verhältnisse, sie sind ein mikrosoziologisches Abbild makrosoziologischer Strukturen.

Vor diesem Hintergrund wurde das Ziel einer Typologie zur Bestimmung des Integrationsverhaltens in multiethnischen Altenhilfeteams mit der Übersicht 28 umgesetzt. Die einzelnen Kriterien und Anhaltspunkte der jeweiligen Verhaltensausrprägungen können dabei u. U. Ansätze für weitere team- oder personalpolitische Überlegungen liefern.

Für Einrichtungen der stationären Altenhilfe mit multiprofessionellen und multiethnischen Pflfegeteams lässt sich abschließend festhalten, dass

- eine ausformulierte, transparente und verständliche Normenkultur (unter Berücksichtigung der Personalzusammensetzung),
- gemeinsam erarbeitete, teambezogene Zieldefinitionen,
- breit gefächerte (Anti-)Konfliktinstrumentarien,
- die Vereinbarung einer gemeinsamen Arbeits- und Verkehrssprache 'Hochdeutsch' (im Rahmen eines Kommunikationspaktes),
- die Sensibilität gegenüber teaminternen Subgruppen,
- eine individualisierte aber teamorientierte Personalentwicklung (unter Einbezug von Stärken und Schwächen),
- kulturkompetente und kultursensible Leitungs- und Führungskräfte,
- regelmäßige kommunikative und reflexive kollegiale Gesprächszirkel
- sowie bedarfsspezifische, bewohnerorientierte Teamzusammenstellungen

optimale Integrationsvoraussetzungen darstellen.

Wenngleich derartige Maßnahmen sowohl Zeit als auch Geld kosten, muss sich jedoch jeder Einrichtungsträger mit einer zukunftssträchtigen Existenzsicherung auseinandersetzen. Und den wesentlichen Faktor der stationären Versorgung stellt das Personal dar. Die größte Nachfrage in den modernsten Einrichtungen mit den neuesten Konzepten kann ohne das entsprechende Personal nicht befriedigt werden. Dabei ist die dauerhafte Bindung von personellen Ressourcen an das Unternehmen und die nachhaltige Förderung von kompetenten Kräften nur noch kulturübergreifend d. h. global, europäisch und herkunftsunabhängig zu sehen. Multiethnizität ist demnach keine personalpolitische Alternative oder Option mehr, sondern eine Tatsache.

Es wird Zeit, sich dieser Entwicklung zu stellen.

Vor dem Hintergrund, dass gestörte sprachliche Übertragungswege teamintern als Problem- und Konfliktpotenzial auftreten, erscheint es interessant, weiterführende Untersuchungen zu den kommunikativen Austauschprozessen im Beziehungsverhältnis autochthone BewohnerIn und allochthone Pflegekraft anzustellen. Hierbei stellen sich Fragen nach der psychosozialen Struktur, der zwischenmenschlichen Kontaktbeschaffenheit oder der Compliance (d. h. Bereitschaft einer BewohnerIn zur Mitarbeit bei pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen) in den Pflegesituationen. Auf die Mundart der regional verwurzelten Bewohnerklientel, die mögliche Konfrontation zwischen BewohnerInnen mit traumatischen Weltkriegserfahrungen (z. B. Gefangenschaft, Vergewaltigung, Vertreibungsproblematik) und Pflegenden aus osteuropäischen Herkunftsländern als mögliche Inhalte einer Studie wird an dieser Stelle verwiesen. Empirische Ansätze zu derartigen Operationalisierungen erscheinen allerdings diffizil (u. a. Abhängigkeitsverhältnis der Bewohnerklientel, Authentizität der Daten etc.). Für die Ergebnisse dieser Untersuchung wäre es spannend, in wie weit sich die erhaltenen Aussagen auch mit Einrichtungen in Ballungsgebieten oder urbanen Metropolen wie Berlin oder Hamburg decken würden.

Anhang

Übersicht 28: Auflistung der InterviewteilnehmerInnen

	Name der Interviewperson	Alter in Jahren	Migrationshintergrund	Profession	ursprünglich erlernter Beruf	Altenpflegetätigkeit in Jahren
EINRICHTUNG A						
1	GALINA	34	kasachisch	ungelernte Kraft	Sportlehrerin	1
2	MEHMET	37	türkisch	Kinderkrankenpfleger	---	11
3	MIRIAM	30	deutsch	Krankenschwester (SL)	Hauswirtschafterin	10
4	PAULA	51	peruanisch	ungelernte Kraft	Kellnerin	3
5	SANDRA	23	deutsch	Krankenschwester	---	4
6	TANJA	26	deutsch	Altenpflegerin	---	8
EINRICHTUNG B						
1	ANITA	41	kasachisch	Altenpflegehelferin	Erzieherin	5
2	BEATE	61	deutsch	Altenpflegerin	Schneiderin	10
3	CHRISTIAN	26	deutsch	Krankenpfleger (SL)	Gas-Wasser-Installateur	6
4	DORA	55	rumänisch	Krankenschwester	Messtechnikerin	9
5	ERIKA	47	kasachisch	Altenpflegerin	Landwirtschaftliche Hochschule	6
6	FIONA	24	deutsch	Altenpflegerin	---	5
EINRICHTUNG C						
1	BARBARA	39	deutsch	Altenpflegehelferin	Hauswirtschafterin	3
2	ILONA	19	kasachisch	Altenpflegerin / Auszubildende	---	2
3	KATHRIN	22	deutsch	Altenpflegerin	Kinderpflegerin	5
4	LYDIA	41	kasachisch	Krankenschwester	---	25
EINRICHTUNG D						
1	DOLLY	26	thailändisch	Altenpflegerin	---	6
2	FRANK	53	polnisch	Krankenpfleger	Bergmann	13
3	GERDA	43	deutsch	Altenpflegerin	Hauswirtschafterin	3
4	HILDE	41	deutsch	Altenpflegerin	Damenschneiderin	13
5	INGE	43	deutsch	Krankenschwester (SL)	Einzelhandels-Kauffrau	7
6	JASMIN	21	persisch	Altenpflegehelferin	Einzelhandels-Kauffrau	1

Interviewleitfaden

Vorstellung: Biografie des Interviewers
Inhalt und Intention

Einleitende Frage

Was ist für Sie wichtig in Ihrer Arbeit?

Teilstandardisierter Fragenkatalog

- B2 Was wird getan, um schwächeren MitarbeitInnen zu helfen?
- B3 Können Sie sich bei Ihnen auf Station auf die KollegInnen verlassen?
- B4 Würden Sie sagen, dass Sie Ihren KollegInnen vertrauen können oder sagen Sie eher, Sie misstrauen ihnen?
- B5 Mit welchen Gefühlen gehen Sie zur Arbeit?
- B6 Denken Sie, dass es bei Ihnen im Team Egoisten gibt?
- B7 Wenn durch einen Krankheitsfall zu wenig Personal vorhanden ist, wie wird damit umgegangen?
- B8 Kann es sein, dass es bestimmte MitarbeiterInnen gibt, die öfters krank sind?
- B9 Lassen sich Ihre KollegInnen gerne helfen oder vermeiden sie lieber fremde Hilfe?
- B11 Kann bei Ihnen jede Pflegekraft ihre Meinung sagen?
- B13 Sagt die Herkunft etwas über die Arbeitsweise aus?
- B15 Denken Sie, dass bei Ihnen jeder die gleiche Leistung erbringt?
- B16 Kommt es vor, dass MitarbeiterInnen beschimpft werden?
- B17 Was passiert, wenn jemand in der Arbeit einen Fehler gemacht hat?
- B18 Wird bei Ihnen im Team über Gefühle gesprochen?
(z.B. Belastungen bei einem Todesfall, positive Stimmung nach freudigem Ereignis)
- B19 Was ärgert Sie an Ihren KollegInnen?
- B20 Kam es vor, dass Sie schon mal in der Arbeit von einer Kollegin verbal verletzt wurden?
- B21 Wenn jemand in der Arbeit etwas nicht weiß, wie wird damit umgegangen?
- B22 Gibt es bei Ihnen Lob?
- B23 Hat schon einmal jemand aus Ihrem Team während der Arbeit geweint? Warum?
- B24 Können Sie mit Ihren KollegInnen lachen?
- B25 Hat sich bei Ihnen schon einmal eine Kollegin verletzt, weil sie Hilfe nicht in Anspruch genommen hat?
- B27 Gibt es bei Ihnen irgendwelche Formen von Disziplinierung?
- C1 Wegen was gibt es bei Ihnen Streit auf Station?
- C2 Wer streitet mit wem?
- C3 Wie ist der Umgang bei einem Konflikt?
- C4 Was sind die Folgen eines Konflikts?
- C5 Wie wird ein Streit beendet?

- C6 Wenn sich alle integrieren, kommt es zu keinem Streit. Was halten Sie von dieser Aussage?
- C7 Werden bei Ihnen KollegInnen bevorzugt?
- C8 fakultativ Was können die deutschen/ausländischen Pflegekräfte von den ausländischen /deutschen Pflegenden lernen?
- C9 Beeinflusst ein Streit die Arbeit auf der ganzen Station?
- A1 Werden manchmal auf Kosten schwächerer KollegInnen Witze gemacht, d.h. Personen, die fachlich weniger können, weniger ihre Meinung sagen, körperlich unterlegen sind, äußere Makel haben?
- A2 Sprechen Sie mit Ihren KollegInnen über private Themen?
- A3 Sprechen bei Ihnen KollegInnen untereinander eine Sprache, die Sie nicht verstehen?
- A4 fakultativ Verstehen Sie alle Äußerungen Ihrer deutschen/ausländischen KollegInnen?
- A6 Kommt es durch sprachliche Mängel zu Missverständnissen bei Ihnen im Team?
- A7 Wer macht bei Ihnen oft Scherze?
- A8 Brauchen ausländische KollegInnen Hilfe, wenn sie mit Ärzten oder Angehörigen von Bewohnern reden?
- A9 Denken Sie, dass schlechte Deutschkenntnisse zu Konflikten führen können?
- A10 Müssen Pflegekräfte mit guten Deutschkenntnissen mehr Arbeiten übernehmen als diejenigen, die wenig Deutsch können?
- E1 Gibt es bei Ihnen im Team verschiedene Gruppen?
- E2 Gibt es bei Ihnen im Team Einzelgänger?
- E3 Was bedeutet es für Sie, Mitglied in diesem Team zu sein?
- E4 Wie gehen Sie mit Kritik von außen um?
- E5 Was haben Sie mit Ihren KollegInnen gemeinsam?
- E6 Gibt es bei Ihnen Regeln für den Umgang untereinander?
- E7 Wie empfinden Sie die Anwesenheit von Ärzten, Angehörigen, Krankengymnasten, Besuchern im Alltag?
- E8 Könnten Sie ein gemeinsames Ziel Ihres Teams nennen?
- E9 Gibt es bei Ihnen neben der ganzen Arbeit auch Freundschaften innerhalb des Teams?
- E10 Wird bei Ihnen jedem bei der Arbeit geholfen, der Unterstützung braucht?
- E11 Wie würden Sie die Stimmung in Ihrem Team beschreiben?
- E12 Gibt es Leute bei Ihnen, denen Sie nicht so gerne helfen?
- E13 Wer braucht bei Ihnen keine Hilfe von anderen?
- E14 Interessiert Sie die fremde Kultur einer KollegIn?
- F1 Denken Sie, dass Ihre KollegInnen genau so viel leisten wie Sie selbst?
- F3 Denken Sie, dass zu wenige deutsche Pflegekräfte bei Ihnen arbeiten?
- F4 fakultativ Sind Sie der Meinung, dass die ausländischen/deutschen Pflegekräfte genau so fleißig sind wie die deutschen/ausländischen Mitarbeiter?
- F5 fakultativ Müssen deutsche/ausländische Pflegekräfte mehr arbeiten als ausländische/deutsche Kräfte?
- F7 Denken Sie, dass die vielen ausländischen Pflegekräfte u. U. den deutschen Kräften

- Arbeitsstellen wegnehmen?
- F7,5 fakultativ Als was sehen Sie Ihre deutschen/ausländischen MitarbeiterInnen?
-als Konkurrenten; -als Personen mit anderer Kultur -als KollegInnen
- F8 fakultativ Was fehlt ausländischen/deutschen Pflegekräften Ihrer Meinung nach bei der Arbeit im Altenheim?
- F9 Würde die deutsche Altenpflege auch ohne Mitarbeiter aus dem Ausland funktionieren?
- F10 Sind die ausländischen Pflegekräfte genau so gut ausgebildet?
- F11 Wer macht bei Ihnen in der Arbeit die meisten Fehler?
- F12 Stört es Sie, wenn so viele Leute aus unterschiedlichen Ländern auf einer Station arbeiten?
- D1 Wie könnte sich das Arbeitsklima bei Ihnen verbessern?
- D2 Was ist für Sie in Ihrer Arbeit Erfolg?
- D3 Was denken Sie, ist für Ihre KollegInnen Erfolg in der Arbeit?
- D4 Was halten Sie von Fortbildungen (z.B. Sprachkurs, Gesprächsführung, Konfliktmanagement) für bestimmte Mitarbeiter?
- D5 Gehen Sie gerne zur Arbeit?
- D6 Sind Sie in der Arbeit anders, als Sie daheim sind?
- D7 Was sagt Ihnen der Begriff Supervision?
- D8 Wohin wenden Sie sich, wenn Sie in der Arbeit Probleme haben?

Abschließende Frage

- D9 Wenn Sie 3 Wünsche frei hätten, was würden Sie in Ihrer Arbeit gern anders haben?

Verabschiedung

Gedächtnisprotokoll: Dauer, Verhalten, Proband, etc.

Zuordnung der Fragen zu den Indikatoren

Arbeitsklima

B5	Mit welchen Gefühlen gehen Sie zur Arbeit?
D1	Wie könnte sich das Arbeitsklima bei Ihnen verbessern?
D5	Gehen Sie gerne zur Arbeit?
D6	Sind Sie in der Arbeit anders, als Sie daheim sind?
D9	Wenn Sie 3 Wünsche frei hätten, was würden Sie in Ihrer Arbeit gern anders haben?
E11	Wie würden Sie die Stimmung in Ihrem Team beschreiben?

Vorurteile/Einstellung

B13	Sagt die Herkunft etwas über die Arbeitsweise aus?
F3	Denken Sie, dass zu wenige deutsche Pflegekräfte bei Ihnen arbeiten?
F4 fakultativ	Sind Sie der Meinung, dass die ausländischen/deutschen Pflegekräfte genau so fleißig sind wie die deutschen/ausländischen Mitarbeiter?
F7	Denken Sie, dass die vielen ausländischen Pflegekräfte u. U. den deutschen Kräften Arbeitsstellen wegnehmen?
F7,5 fakultativ	Als was sehen Sie Ihre deutschen/ausländischen MitarbeiterInnen? -als Konkurrenten; -als Personen mit anderer Kultur -als KollegInnen
F9	Würde die deutsche Altenpflege auch ohne Mitarbeiter aus dem Ausland funktionieren?
F10	Sind die ausländischen Pflegekräfte genau so gut ausgebildet?
F12	Stört es Sie, wenn so viele Leute aus unterschiedlichen Ländern auf einer Station arbeiten?
C8 fakultativ	Was können die deutschen/ausländischen Pflegekräfte von den ausländischen /deutschen Pflegenden lernen?

Wertschätzung

B19	Was ärgert Sie an Ihren KollegInnen?
B20	Kam es vor, dass Sie schon mal in der Arbeit von einer Kollegin verbal verletzt wurden?
B22	Gibt es bei Ihnen Lob?
B23	Hat schon einmal jemand aus Ihrem Team während der Arbeit geweint? Warum?
C7	Werden bei Ihnen KollegInnen bevorzugt?
E14	Interessiert Sie die fremde Kultur einer KollegIn?

Subkommunikation

A3	Sprechen bei Ihnen KollegInnen untereinander eine Sprache, die Sie nicht verstehen?
----	-------------------------------------------------------------------------------------

Witze/Scherze

- A1 Werden manchmal auf Kosten schwächerer KollegInnen Witze gemacht, d.h. Personen, die fachlich weniger können, weniger ihre Meinung sagen, körperlich unterlegen sind, äußere Makel haben?
- A7 Wer macht bei Ihnen oft Scherze?
- B24 Können Sie mit Ihren KollegInnen lachen?

Kommunikationsverständnis

- A4 fakultativ Verstehen Sie alle Äußerungen Ihrer deutschen/ausländischen KollegInnen?
- A6 Kommt es durch sprachliche Mängel zu Missverständnissen bei Ihnen im Team?
- A8 (nur dt.) Brauchen ausländische KollegInnen Hilfe, wenn sie mit Ärzten oder Angehörigen von Bewohnern reden?
- A9 Denken Sie, dass schlechte Deutschkenntnisse zu Konflikten führen können?
- A10 Müssen Pflegekräfte mit guten Deutschkenntnissen mehr Arbeiten übernehmen als diejenigen, die weniger gut Deutsch können?

Vertrauen

- A2 Sprechen Sie mit Ihren KollegInnen über private Themen?
- B3 Können Sie sich bei Ihnen auf Station auf die KollegInnen verlassen?
- B4 Würden Sie sagen, dass Sie Ihren KollegInnen vertrauen können oder sagen Sie eher, Sie misstrauen ihnen?
- B11 Kann bei Ihnen jede Pflegekraft ihre Meinung sagen?
- B18 Wird bei Ihnen im Team über Gefühle gesprochen?

Reziprozität

- B6 Denken Sie, dass es bei Ihnen im Team Egoisten gibt?
- B7 Wenn durch einen Krankheitsfall zu wenig Personal vorhanden ist, wie wird damit umgegangen?
- B8 Kann es sein, dass es bestimmte MitarbeiterInnen gibt, die öfters krank sind?
- B9 Lassen sich Ihre KollegInnen gerne helfen oder vermeiden sie lieber fremde Hilfe?
- E10 Wird bei Ihnen jedem bei der Arbeit geholfen, der Unterstützung braucht?
- E13 Wer braucht bei Ihnen keine Hilfe von anderen?

Unterstützung

- B21 Wenn jemand in der Arbeit etwas nicht weiß, wie wird damit umgegangen?
- B25 Hat sich bei Ihnen schon einmal eine Kollegin verletzt, weil sie Hilfe nicht in Anspruch genommen hat?
- D8 Wohin wenden Sie sich, wenn Sie in der Arbeit Probleme haben?

Leistung

- A10 Müssen Pflegekräfte mit guten Deutschkenntnissen mehr Arbeiten übernehmen als diejenigen, die wenig Deutsch können?
- B15 Denken Sie, dass bei Ihnen jeder die gleiche Leistung erbringt?
- F1 Denken Sie, dass Ihre KollegInnen genau so viel leisten wie Sie selbst?
- F5 fakultativ Müssen deutsche/ausländische Pflegekräfte mehr arbeiten als ausländische/deutsche Kräfte?
- F8 fakultativ Was fehlt ausländischen/deutschen Pflegekräften Ihrer Meinung nach bei der Arbeit im Altenheim?

Konfliktverhalten

- C1 Wegen was gibt es bei Ihnen Streit auf Station?
- C2 Wer streitet mit wem?
- C3 Wie ist der Umgang bei einem Konflikt?
- C4 Was sind die Folgen eines Konflikts?
- C5 Wie wird ein Streit beendet?
- C6 Wenn sich alle integrieren, kommt es zu keinem Streit. Was halten Sie von dieser Aussage?
- C9 Beeinflusst ein Streit die Arbeit auf der ganzen Station?
- D7 Was sagt Ihnen der Begriff Supervision?

Ziele

- D2 Was ist für Sie in Ihrer Arbeit Erfolg?
- D3 Was denken Sie, ist für Ihre KollegInnen Erfolg in der Arbeit?
- E8 Könnten Sie ein gemeinsames Ziel Ihres Teams nennen?

Kohäsion

- E1 Gibt es bei Ihnen im Team verschiedene Gruppen?
- E2 Gibt es bei Ihnen im Team Einzelgänger?
- E3 Was bedeutet es für Sie, Mitglied in diesem Team zu sein?
- E5 Was haben Sie mit Ihren KollegInnen gemeinsam?
- E7 Wie empfinden Sie die Anwesenheit von Ärzten, Angehörigen, Krankengymnasten, Besuchern im Alltag?
- E12 Gibt es Leute bei Ihnen, denen Sie nicht so gerne helfen?

Prosoziales Verhalten

- B2 Was wird getan, um schwächeren MitarbeitInnen zu helfen?
- E9 Gibt es bei Ihnen neben der ganzen Arbeit auch Freundschaften innerhalb des Teams?

Fehlerkultur

- | | |
|-----|-------------------------------------------------------------------|
| B16 | Kommt es vor, dass MitarbeiterInnen beschimpft werden? |
| B17 | Was passiert, wenn jemand in der Arbeit einen Fehler gemacht hat? |
| B27 | Gibt es bei Ihnen irgendwelche Formen von Disziplinierung? |
| E4 | Wie gehen Sie mit Kritik von außen um? |
| E6 | Gibt es bei Ihnen Regeln für den Umgang untereinander? |
| F11 | Wer macht bei Ihnen in der Arbeit die meisten Fehler? |

Übersicht 29: Auswertungsschema

	Themenkategorie	Indikator	Fragenkatalog
1	Anerkennung / Respekt	Arbeitsklima	B5 - D1 - D5 - D6 - D9 - E11
2		Vorurteile / Einstellung	B13 - F3 - F4 - F7 - F7,5 - F9 - F10 - F12 - C8
3		Wertschätzung	B19 - B20 - B22 - B23 - C7 - E14
4	Kommunikation	Subkommunikation	A3
5		Witze / Scherze	A1 - A7 - B24
6		Kommunikationsverständnis	A4 - A6 - A8 - A9
7	Kooperation / Konflikt	Vertrauen	A2 - B3 - B4 - B11 - B18
8		Reziprozität	B6 - B7 - B8 - B9 - E10 - E13
9		Unterstützung	B21 - B25 - D8
10		Leistung	A10 - B15 - F1 - F5 - F8
11		Konfliktverhalten	C1 - C2 - C3 - C4 - C5 - C6 - C9 - D7
12		Ziele	D2 - D3 - E8
13		Kohäsion	E1 - E2 - E3 - E5 - E7 - E12
14	Kollegialität /Solidarität	Prosoziales Verhalten	B2 - E9
15		Fehlerkultur	B16 - B17 - B27 - E4 - E6 - F11

Übersicht 30: Statistische Rahmenbedingungen der untersuchten Institutionen

Heim	Ort (Einwohner in Tsd.)	Trägerschaft	Platzzahl insgesamt (circa)	Anzahl Pflegekräfte des untersuchten Teams	davon Männer	davon Personen mit Migrations-Hintergrund (Teamanteil in Prozent)	Zu betreuende Bewohnerzahl Station	Interview-TeilnehmerInnen
A	60.000	Privat	>150	22	2	9 (41%)	31	6
B	8.000	Privat	>100	18	1	4 (22%)	37	6
C	7.000	Wohlfahrtsverband	>150	13	--	3 (23%)	31	4
D	150.000	Wohlfahrtsverband	>150	18	3	8 (44%)	34	6

Übersicht 31: Checkliste zur Bewertung des Integrationsverhaltens in einem multiethnischen Team

	offensives Integrationsverhalten	neutrales Integrationsverhalten	defensives Integrationsverhalten
Arbeitsklima	<input type="checkbox"/> positives Arbeitsklima	<input type="checkbox"/> neutrales Arbeitsklima	<input type="checkbox"/> negative Einschätzung der Arbeitsatmosphäre
Wertschätzung	<input type="checkbox"/> Horizontale und vertikale Wertschätzung (d.h. innerhalb des Teams und von der Leitung)	<input type="checkbox"/> eingeschränkte Wertschätzung	<input type="checkbox"/> Ungleichbehandlung, kaum Wertschätzung
Vorurteile	<input type="checkbox"/> Es existieren keine Vorurteile	<input type="checkbox"/> funktionale Toleranz mit übergeordneten Bedenken	<input type="checkbox"/> Ablehnung bestimmter (ethnischer) Gruppen im Team
Sub-kommunikation	<input type="checkbox"/> Toleranz gegenüber Subkommunikation	<input type="checkbox"/> Subkommunikation als Ärgernis	<input type="checkbox"/> vorsätzliche Subkommunikation zur Abgrenzung
Humor	<input type="checkbox"/> Witze und Spaß	<input type="checkbox"/> Witze, Spaß mit Einschränkung	<input type="checkbox"/> Scherze auf Kosten von Teammitgliedern
Kommunikations-verständnis	<input type="checkbox"/> gute Sprachkompetenz	<input type="checkbox"/> eingeschränkte Sprachkompetenz	<input type="checkbox"/> schlechte Sprachkompetenz
Kooperationsart	<input type="checkbox"/> empathische Kooperation	<input type="checkbox"/> strategische Kooperation	<input type="checkbox"/> Pseudo-Kooperation
Reziprozität	<input type="checkbox"/> Freiwilliges Leisten von kollegialer Unterstützung und Annahme von Hilfsangeboten	<input type="checkbox"/> vorgegebene Hilfen, Leistung durch Anweisung, reduzierte Nachfrage	<input type="checkbox"/> eingeschränkte Hilfsangebote und Ablehnung
	<input type="checkbox"/> Toleranz gegenüber Einzelgängern	<input type="checkbox"/> Teilweise Probleme mit Einzelgängern	<input type="checkbox"/> Egoistische Tendenzen im Team
Unterstützung	<input type="checkbox"/> emotional & instrumentell & informativ	<input type="checkbox"/> instrumentell & informativ	<input type="checkbox"/> instrumentell & informativ nur mit Einschränkung
Ziel	<input type="checkbox"/> gemeinsam definiertes Ziel vorhanden	<input type="checkbox"/> es gibt eine Motivübereinstimmung ohne gemeinschaftliche Definition	<input type="checkbox"/> kein gemeinsames Ziel formuliert, Partikularinteressen, Motiv-Ungleichheit
Vertrauen	<input type="checkbox"/> hoher Grad an Vertrauen und Verlässlichkeit	<input type="checkbox"/> eingeschränktes Maß an Vertrauen und Verlässlichkeit	<input type="checkbox"/> wenig Vertrauen und wenig Verlässlichkeit

Konfliktverhalten	<input type="checkbox"/> keine ethnische Komponente in Konflikten vorhanden, nur eine niedrige Konfliktintensität gegeben		<input type="checkbox"/> ethnische Komponente beteiligt, hohe Konfliktintensität
Kohäsion	<input type="checkbox"/> Toleranz gegenüber Subgruppen im Team	<input type="checkbox"/> Gleichgültigkeit gegenüber Subgruppen	<input type="checkbox"/> Subgruppen mit Spaltungspotenzial
Fehlerkultur	<input type="checkbox"/> konstruktiver Umgang	<input type="checkbox"/> partnerschaftlich-nüchterner Umgang	<input type="checkbox"/> emotionaler, verletzender Umgang
Solidarität	<input type="checkbox"/> emotionale Zusammengehörigkeit des multiethnischen Teams	<input type="checkbox"/> Freundschaften im Team	<input type="checkbox"/> keine emotionale Zusammengehörigkeit des multiethnischen Teams
	<input type="checkbox"/> individuelle Bereitschaft zu Anstrengung und persönlicher Einschränkung	<input type="checkbox"/> nur eingeschränkte Bereitschaft zu Anstrengung und persönlicher Einschränkung	<input type="checkbox"/> wenig Bereitschaft zu Anstrengung und persönlicher Einschränkung

Ergebnis (bei 17 Optionen)			
-------------------------------	--	--	--

Literaturverzeichnis

- Altenpflege (2006): Magazin für Fachkräfte in der Altenpflege, Nr. 11/2006, S. 25
- Amt für Statistik und Einwohnerwesen (Hrsg.) (2004): Stationäre Pflege in Freiburg – Belegungsveränderungen und Verweildauer im Jahr 2003), Freiburg im Breisgau
- Ackermann, Volker (1990): Integration: Begriff, Leitbilder, Probleme. In: Bade, Klaus J. (Hrsg.): Neue Heimat im Westen: Vertriebene, Flüchtlinge, Aussiedler
- Akademie für Führungskräfte der Wirtschaft (2002): Mythos Team auf dem Prüfstand. Akademie-Studie 2002, Überlingen
- Allport, Gordon W. (1971): Die Natur des Vorurteils, Köln
- Allport, Gordon W. / Postman, Leo (1947): The psychology of rumor, New York
- Anderson, Christopher J. / Aida Paskeviciute, Aida (2006): How Ethnic and Linguistic Heterogeneity Influence the Prospects for Civil Society: A Comparative Study of Citizenship Behavior. In: Journal of Politics, Vol. 68, Nr. 4, S. 783–802
- Antoni, Conny H. (1998): Kooperationsförderliche Arbeitsstrukturen. In: Spieß, Erika (Hrsg.): Formen der Kooperation, Göttingen
- Antoni, Conny Herbert / Bungard, Walter (2004): Arbeitsgruppen. In: Schuler, Heinz (Hrsg.): Organisationspsychologie – Gruppe und Organisation, Göttingen
- Atteslander, Peter (1993): Methoden der empirischen Sozialforschung, Berlin
- Avivre-Consult (2007): Overview of the German Nursing Market 2005 and 2006, Bad Homburg
- Bachmaier, Helmut (Hrsg.)(2007): Lachen macht stark. Humorstrategien, Göttingen
- Bade, Klaus J. (1994): Ausländer – Aussiedler – Asyl. Eine Bestandsaufnahme, München
- Bade, Klaus J. (Hrsg.)(1990): Neue Heimat im Westen: Vertriebene, Flüchtlinge, Aussiedler
- Bade, Klaus J. / Oltmer, Jochen (Hrsg.)(1999): Aussiedler: deutsche Einwanderer aus Osteuropa, Osnabrück
- Badura, Bernhard (1990): Interaktionsstress. Zum Problem der Gefühlsregulierung in der modernen Gesellschaft. In: ZfS, Jg. 19, Heft 5/1990, S. 317-328
- Bandura, Albert (1979): Sozial-kognitive Lerntheorie, Stuttgart
- Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung (2008): Bayern Daten 2008, München
- Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung (2008a): Pressemitteilung 143/2008/54/K, München
- Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit (Hrsg.)(1999): Konzept für die Fort- und Weiterbildung sowie Supervision in der stationären Altenhilfe. Eine Empfehlung des Bayerischen Landespflegeausschusses, München
- Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (2002): Vollzug der Heimpersonalverordnung, München
- Beck, Ulrich (2003): Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne, Frankfurt am Main
- Beckert, Jens / Eckert, Julia / Kohli, Martin / Streeck, Wolfgang (2004) (Hrsg.): Transnationale Solidarität, Frankfurt a. M.
- Beck-Gernsheim, Elisabeth (2004): Wir und die Anderen. Vom Blick der Deutschen auf Migranten und Minderheiten, Frankfurt a. M.
- Benz, Wolfgang (1996): Feindbild und Vorurteil. Beiträge über Ausgrenzung und Verfolgung, München
- Berkel, Karl (1997): Konflikttraining. Konflikte verstehen, analysieren, bewältigen, Heidelberg
- Bertelsmann Stiftung (2006): Interkulturelle Kompetenz – Schlüsselkompetenz des 21. Jahrhunderts? Gütersloh
- BGW – Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (2003): Presseinformation. Pflegepersonal oft Opfer von Attacken. www.bgw-online.de/pressezentrum/presseinforma.../detail_presse.jsp?lfdDokNr=309
- BIBB/IAB (1998/99): Arbeitssituation, Tätigkeitsprofil und Qualifikationsstruktur von Personengruppen des Arbeitsmarktes. www.iab.de/produkte/BeitrAB248/inhalte/00B160.html
- Bierhoff, Hans-Werner (1997): Prosoziales Verhalten. In: Stroebe, Wolfgang / Hewstone, Miles / Stephenson, Geoffrey M. (Hrsg.): Sozialpsychologie, Berlin
- Bierhoff, Hans-Werner (2002): Prosoziales Verhalten. In: Endruweit, Günter / Trommsdorf, Gisela (Hrsg.):

Wörterbuch der Soziologie, Stuttgart

Bierhoff, Hans-Werner / Küpper Beate (1998): Sozialpsychologie der Solidarität. In: Bayertz, Kurt (Hrsg.): Solidarität. Begriff und Problem, Frankfurt a. M.

Birg, Herwig / Flöthmann, E.- Jürgen (1996): Entwicklung der Familienstrukturen und ihre Auswirkungen auf die Belastungs- bzw. Transferquotienten zwischen den Generationen, Bielefeld

Blickle, Gerhard (2004): Interaktion und Kommunikation. In: Schuler, Heinz (Hrsg.): Organisationspsychologie – Gruppe und Organisation, Göttingen

BMAS Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2009): Zusätzliche Betreuungskräfte in der Pflege, Pressemitteilung 14.07.2009, Berlin

BMFSFJ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2000)(Hrsg.): Familien ausländischer Herkunft in Deutschland, Sechster Familienbericht, Berlin

BMFSFJ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2001)(Hrsg.): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation, Berlin

BMFSFJ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002)(Hrsg.): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation, Berlin

BMFSFJ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2008) (Hrsg.): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in vollstationären Einrichtungen (MUG IV), Zusammenfassung, Berlin

BMFSFJ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2006): Bundesweite Erhebung der Ausbildungsstrukturen an Altenpflegeschulen (BEA), Bremen

BMFSFJ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2003)(Hrsg.): Die Familie im Spiegel der amtlichen Statistik, Berlin

BMG Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.)(2007): Vierter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, Berlin

BMI Bundesministerium des Inneren (Hrsg.)(2003): Info-Dienst Deutsche Aussiedler. Zahlen, Daten, Fakten, Nr. 116, Berlin

BMI Bundesministerium des Inneren (Hrsg.)(2004): Migrationsbericht 2004, Berlin

BMI Bundesministerium des Inneren (Hrsg.)(2005): Zuwanderungsrecht und Zuwanderungspolitik, Berlin

BMI Bundesministerium des Inneren (Hrsg.)(2008): Migrationsbericht 2007, Berlin

Bremer, Peter (2000): Ausgrenzungsprozesse und die Spaltung der Städte. Zur Lebenssituation von Migranten, Opladen

Brettfeld, K. / Wessels, P. (2008): Muslime in Deutschland: Integration, Integrationsbarrieren, Religion sowie Einstellungen zu Demokratie, Rechtsstaat und politisch-religiös motivierter Gewalt, Bundesministerium des Inneren (Hrsg.), Berlin

Brown, Rupert (2003): Beziehungen zwischen Gruppen. In: Stroebe, Wolfgang / Jonas, Klaus / Hewstone, Miles (Hrsg.): Sozialpsychologie, Heidelberg

Buchinger, Sascha M. (2003): Gewalt in stationären Einrichtungen der Altenpflege – Ansätze sozialpädagogischer Prävention und Intervention, Bonn

Buchinger, Sascha M. (2007): Alt gegen Jung. In: Altenpflege, Nr. 7/2007, S. 32-34

Buchinger, Sascha M. (2009): Kommt der Pflegenotstand? In: Heim+Pflege, Nr. 11/2009, S. 296-301

Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.)(2004): Informationen für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer im Bereich Soziale Berufe, Nürnberg

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hrsg.)(2004): Migration und Asyl in Zahlen, 13. Auflage, Nürnberg

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hrsg.)(2007): Migration und demografischer Wandel, Nürnberg

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Bundestagsfraktion (2009): Pflege für jeden Fall. Die Grüne Pflgetour durch 5 Bundesländer, Berlin

Burisch, Matthias (1994): Das Burnout- Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung, Berlin

Burkey, Richard M. (1978): Ethnic & Racial Groups. The dynamics of dominance, Menlo Park, CA

Busse, Katrin (2003): Migrantinnen als Pflegekräfte. Erfahrungen und Perspektiven interkultureller Öffnung in der ambulanten Pflege. In: Soziale Arbeit , Vol. 52, 10/2003

Constant, Amelie F. / Gataullina, Liliya / Zimmermann, Klaus F. (2009): Ethnosizing Immigrants. In: Journal of Economic Behaviour & Organization, 69. Jg., Nr. 3, S. 274-287

Davis, Earl E. (1964): Zum gegenwärtigen Stand der Vorurteilsforschung. In: Vorurteile, ihre Erforschung und

- ihre Bekämpfung. Politische Psychologie, Bd. 3, Frankfurt/M.
- Delhees, Karl H. (1994): Soziale Kommunikation, Opladen
- Der Beauftragte des Berliner Senats für Integration und Migration (Hrsg.)(2005): Vielfalt fördern – Zusammenhalt stärken. Das Integrationskonzept für Berlin, Berlin
- Der Spiegel (2003): Das Geheimnis des Lebens, Heft 9/2003, S. 40-42
- Deutscher Bundestag (2005): Unterrichtung der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. Sechster Bericht über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland, Berlin
- Deutscher Caritasverband e.V. (2003): Umgang mit Fremden: Blick nach innen. Zum Stand der Umsetzung des Gleichbehandlungsgrundsatzes ohne Unterschied der „Rasse“ oder der ethnischen Herkunft im Deutschen Caritasverband, Freiburg
- Diamond, Jared (2003): Arm und Reich. Die Schicksale menschlicher Gesellschaften, Frankfurt a. M.
- DIE Deutsches Institut für Erwachsenenbildung (2006): Neue Qualifizierungsmodelle für die berufliche Integration von Migranten in der Altenpflege, Bonn
- Dietzel-Papakyriakou, Maria (1987): Krankheit und Rückkehr. Frühinvalidität ausländischer Arbeiter am Beispiel griechischer Rückkehrer, Berlin
- Dietzel-Papakyriakou, Maria (1989): Gesundheitliche Situation erwerbstätiger ausländischer Frauen. In: Informationsdienst zur Ausländerarbeit, S. 13ff
- Dietzel-Papakyriakou, Maria (1993): Ältere ausländische Menschen in der Bundesrepublik Deutschland. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Expertisen zum ersten Altenbericht der Bundesregierung, Berlin
- Dion, Kenneth L. (1985): Sex, Gender, and Groups. Selected Issues. In: O’Leary, Virginia / Unger, Rhoda K./ Barbara W. (Eds.): Women, Gender, and Social Psychology, Hillsdale, NJ
- Dollase, Rainer (1996): Die Asozialität der Gefühle. In: Heitmeyer, Wilhelm / Dollase, Rainer (Hrsg.): Die bedrängte Toleranz, Frankfurt a. M.
- Deutsch, Morton (1976): Konfliktregelung, München
- Derst, Peter / Heß, Barbara / von Loeffelholz, Hans Dietrich (2006): Arbeitsmarktbeteiligung von Ausländern im Gesundheitssektor in Deutschland, Working Papers 6/2006, Nürnberg
- Deutsche Bank Research (2009): Deutsche Pflegeversicherung vor massiven Herausforderungen, Frankfurt a.M.
- Deardorff, Darla K. (2006): Policy Paper zur Interkulturellen Kompetenz. In: Bertelsmann Stiftung (2006): Interkulturelle Kompetenz – Schlüsselkompetenz des 21. Jahrhunderts? Gütersloh
- Deutsches Zentrum für Altersfragen (2009): Report Altersdaten. Ältere Migrantinnen und Migranten,
- Eastman, Mervyn (1991): Gewalt gegen alte Menschen, Freiburg
- Ehret, R. (1999): Leitbild und Handlungskonzept des Regierungsrates zur Integrationspolitik des Kantons Basel-Stadt, Basel
- Elias, Norbert / Scotson, John L. (1990): Etablierte und Außenseiter, Baden-Baden
- Elwert, Georg (2001): Deutsche Nation. In: Schäfers, Bernhard (Hrsg.): Handwörterbuch zur Gesellschaft Deutschlands, Opladen
- Endruweit, Günter (2004): Organisationssoziologie, Stuttgart
- Englmann, Bettina (2010): Standards der beruflichen Anerkennung. In: APuZ, Nr. 44/2009, S. 19-24
- Esser, Hartmut (1980): Aspekte der Wanderungssoziologie: Assimilation und Integration von Wanderern, ethnischen Gruppen und Minderheiten, Darmstadt
- Esser, Hartmut (1988): Gibt es Grenzen der gesellschaftlichen Integration ethnischer Minderheiten? In: Geißler, Heiner (Hrsg.): Ausländer in Deutschland – Für eine gemeinsame Zukunft. Band II: Perspektiven, München
- Esser, Hartmut (2004): Was ist denn dran am Begriff der „Leitkultur“? In: Kecskes, Robert / Wagner, Michael / Wolf, Christof (Hrsg.): Angewandte Soziologie, Wiesbaden
- Esser, Hartmut (2006): Migration, Sprache und Integration, AKI-Forschungsbilanz 4, Berlin
- Feil, Naomi (2000): Validation. Ein neuer Weg zum Verständnis alter Menschen, München
- Festinger, Leon (1954): A theory of social comparison processes. In: Human Relations, 7, S. 117-140
- Feuerstein, Günter / Badura, Bernhard (1991): Patientenorientierung durch Gesundheitsförderung im Krankenhaus, Düsseldorf
- Fischer, Elisabeth (2009): Chancen und Herausforderungen der internationalen Migration von Pflegepersonen im

Krankenhaus - Ergebnisse einer Delphi- Befragung von Pflegedirektor/inn/en, Wien
 Fischer, Felix (2002): Strukturelle Bedingungen von Anomia. Dissertation an der Philosophischen Fakultät der Universität Zürich, http://www.dissertationen.unizh.ch/2003/fischer/diss_ffischer.pdf
 Fleischmann, Ulrich M. (1989): Gedächtnis und Alter, Bern
 Forster, Jürgen (1978): Teams und Teamarbeit in der Unternehmung, Dissertation, Bern
 French, John R. P. / Raven, Bertram (1968): The Bases of Social Power. In: Cartwright, Dorwin / Zander, Alvin (Eds.): Group Dynamics, New York, NY
 Frey, Dieter / Schuster, Beate / Brandstätter, Veronika (2004): Sozialpsychologische Grundlagen der Organisationspsychologie: Was kann die Organisationspsychologie von der Sozialpsychologie lernen? In: Schuler, Heinz (Hrsg.): Organisationspsychologie – Gruppe und Organisation, Göttingen
 Freyberg, Thomas von (1992): Anmerkungen zur aktuellen Welle von Fremdenhass. In: Institut für Sozialforschung (Hrsg.): Aspekte der Fremdenfeindlichkeit, Frankfurt a. M.
 Freyberg, Thomas von (1994): Betriebliche Konfliktpotentiale zwischen Ausländern und Deutschen. In: Kühne, Peter (Hrsg.): Gewerkschaften und Einwanderung, Köln
 Friebe, Jens (2006): Migrantinnen und Migranten in der Altenpflege, Bonn
 Friedrichs, Jürgen / Jagodzinski, Wolfgang (1999): Theorien sozialer Integration. In: ders. (Hrsg.): Soziale Integration, Opladen
 Fries, James F. (1989): Erfolgreiches Altern: Medizinische und demografische Perspektiven. In: Baltes, Margret M. / Kohli, Martin / Sames, Klaus (Hrsg.): Erfolgreiches Altern, München
 Füssek, Claus (2002): Mindestanforderungen an eine menschenwürdige Pflege, veröffentlichtes Skript, evtl. zu beziehen über: ders., Klenzestraße 57c, 80933 München

Glasl, Friedrich (1980): Konfliktmanagement, Stuttgart
 Goffman, Erving (1961): Asyl, Frankfurt am Main
 Gomez, E. A. et al. (1980): Multidisciplinary team malfunctioning on a state hospital unit: a case study. In: Hospital & community psychiatry, Vol. 31, 38-40
 Greif, Siegfried (1985): Arbeitsmarkt, Reproduktionsbedingungen und Stress am Arbeitsplatz. In: Ernst Hoff / Lappe, Lothar / Lempert, Wolfgang (Hrsg.): Arbeitsbiografien und Persönlichkeitsentwicklung, Bern
 Geißler, Reiner (1990): Schichten in der postindustriellen Gesellschaft. In: Berger, Peter A. / Hradil, Stefan (Hrsg.): Lebenslagen, Lebensläufe, Lebensstile. Sonderband 7 der Sozialen Welt, Göttingen
 Greif, Siegfried / Gediga, Günther / Janikowski, Andreas (1999): Erwerbslosigkeit und beruflicher Abstieg von Aussiedlerinnen und Aussiedlern. In: Bade, Klaus J. / Oltmer, Jochen (Hrsg.): Aussiedler: deutsche Einwanderer aus Osteuropa, Osnabrück
 Grimm, Hannelore (1998): Sprachentwicklung – allgmeintheoretisch und differentiell betrachtet. In: Oerter, Rolf / Montada, Leo (Hrsg.): Entwicklungspsychologie, München
 Grinberg, Leon / Grinberg, Rebeca (1990): Psychoanalyse der Migration und des Exils, München
 Golembiewski, Robert T. (1965): Small groups and large organizations. In: March, Joseph G. (Ed.): HB of organizations, Chicago, IL
 Gröning, Katharina (2000): Entweihung und Scham. Grenzsituationen in der Pflege alter Menschen, 2. Auflage, Frankfurt am Main
 Görgen, Thomas (1999): Belastungen, Konflikte und Gewalt in stationären Altenhilfeeinrichtungen- Ergebnisse einer Befragung von Pflegekräften, Gießen

Hacker, Winfried (1998): Allgemeine Arbeitspsychologie, Bern
 Hagen, Björn Peter (2003): Gewalt gegen alte Menschen aus sozialökologischer Perspektive. Entwicklung eines Modells der Gewaltentstehung in familialen Pflegebeziehungen, Regensburg
 Hasselhorn, H.-M. et al. (2005): NEXT-Studie. Nurses' early exit study, Wuppertal, <http://www.next.uni-wuppertal.de/dt/download/dt/2005NEXTFrankfurtTackenberg.pdf>, aufgesucht am 12.6.2009
 Hansen, Georg (1995): Vorurteil. In: Schmalz-Jacobsen, Cornelia / ders. (Hrsg.): Ethnische Minderheiten in der Bundesrepublik Deutschland. Ein Lexikon, München, S. 546-549
 Haug, Sonja (2008): Sprachliche Integration von Migranten in Deutschland, Working Paper 14 der Forschungsgruppe des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge, Nürnberg
 Hager, Bodo (1980): Zur Akkulturation und Sozialisation von Übersiedlern aus Osteuropa. In: Osteuropa 30, S.

149-158, Berlin

Hämmig, Oliver / Stolz, Jörg (2001): Strukturelle (Des)Integration, Anomie und Adaptionsformen bei der Zweiten Generation. In: Hoffmann-Nowotny, Hans-Joachim (Hrsg.): Das Fremde in der Schweiz. Ergebnisse soziologischer Forschung, Zürich

Han, Petrus (2000): Soziologie der Migration, Stuttgart

Heckmann, Friedrich (1987): Vorurteile gegen Minderheiten in der Bundesrepublik Deutschland. In: Strauss, Herbert A. / Bergmann, Werner (Hrsg.): Lerntag über Vorurteilsforschung heute, Berlin

Heckmann, Friedrich (2001): Kommentar zur Studie von Stolz. In: Hoffmann-Nowotny, Hans-Joachim (Hrsg.): Das Fremde in der Schweiz. Ergebnisse soziologischer Forschung, Zürich

Heitmeyer, Wilhelm (Hrsg.)(2002): Deutsche Zustände, Folge 1, Frankfurt a. M.

Heitmeyer, Wilhelm (Hrsg.)(2003) :Deutsche Zustände, Folge 2, Frankfurt a. M.

Heitmeyer, Wilhelm (Hrsg.)(2005a): Deutsche Zustände. Folge 3, Frankfurt a. M.

Heitmeyer, Wilhelm (Hrsg.)(2005b): Deutsche Zustände. Folge 4, Frankfurt a. M.

Heitmeyer, Wilhelm (Hrsg.)(2006): Deutsche Zustände. Folge 5, Frankfurt a. M.

Heitmeyer, Wilhelm (Hrsg.)(2007): Deutsche Zustände. Folge 6, Frankfurt a. M.

Heitmeyer, Wilhelm (Hrsg.)(2008): Deutsche Zustände. Folge 7, Frankfurt a. M.

Henderson, Virginia (1977): Grundregeln der Krankenpflege, Genf

Hessisches Ministerium des Inneren und für Sport (2006): Leitfaden Wissen & Werte in Deutschland und Europa, Wiesbaden

Hirsch, Rolf D. (1993): Balintgruppe und Supervision in der Altenarbeit, München

Hirsch, Rolf D. (2001): Gewaltsituationen und deren Entstehung in der häuslichen Pflege, Bonn, unveröffentlichtes Manuskript, evtl. zu beziehen über: Hirsch, Rolf D., Rheinische Kliniken Bonn, Kaiser-Karl-Ring 20, 53111 Bonn

Hirsch, Rolf D. / Fussek, Claus (2001): Gewalt gegen pflegebedürftige alte Menschen in Institutionen: Gegen das Schweigen. Berichte von Betroffenen, Bonn

Hirsch, Rolf D. (2007): Gesundheitsfaktor Humor am Arbeitsplatz, In: Bachmaier, Helmut: Humorstrategien – Lachen macht stark, Göttingen

Hoffmann-Nowotny, Hans-Joachim (1973): Soziologie des Fremdarbeiterproblems. Eine theoretische und empirische Analyse am Beispiel der Schweiz, Stuttgart

Hoffmann-Nowotny, Hans-Joachim (1987): Gastarbeiterwanderungen und soziale Spannungen. In: Reimann, Helga / Reimann, Horst (Hrsg.): Gastarbeiter: Analyse und Perspektiven eines sozialen Problems, München

Homans, George Caspar (1978): Theorie der sozialen Gruppe, Opladen

Hopf, Christel (1978): Die Pseudo-Exploration. Überlegungen zur Technik qualitativer Interviews in der Sozialforschung. In: Zeitschrift für Soziologie, Jg.7, Heft 2, S. 97 - 115

Höpflinger, Francois (1997): Bevölkerungssoziologie. Eine Einführung in bevölkerungssoziologische Ansätze und demografische Prozesse, Weinheim

House, James S. (1981): Work Stress and Social Support, Menlo Park, CA

HSH Nordbank (2006): Branchenstudie Immobilien. Pflegeheime in Deutschland, Hamburg

Hradil, Stefan (2001): Soziale Ungleichheit in Deutschland, 8.Auflage, Opladen

Haumersen, Petra / Liebe, Frank, (1999): Multi Kulti: Trainingshandbuch in der interkulturellen Arbeit, Mühlheim

Hüther, G. / Fischer, J. E. (2009): Biologische Grundlagen des psychischen Wohlbefindens. In: Badura, Bernhard et. al. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2009, Berlin

IAB Informationsdienst des Instituts für Arbeitsmarkt und Berufsforschung (1999): IAB-Materialien, Nr. 2/1999

IAB Informationsdienst des Instituts für Arbeitsmarkt und Berufsforschung (2007): IAB-Kurzbericht, Nr. 8/2007

IAB Informationsdienst des Instituts für Arbeitsmarkt und Berufsforschung (2005): IAB-Forschungsbericht, Nr. 11/2005

IAB Informationsdienst des Instituts für Arbeitsmarkt und Berufsforschung (2001): IAB-Werkstattbericht, Nr. 4/2001

Jehn, Karen A. /Northcraft, Gregory B. / Neale, Margaret A. (1999): Why differences make a difference: A field study of diversity, conflict, and performance in workgroups. In: Administrative Science Quarterly, Nr. 4, S. 741-

Juchli, Liliane (1987): Krankenpflege. Praxis und Theorie der Gesundheitsförderung und Pflege Kranker, Stuttgart

Karl-Trummer, Ursula / Novak-Zezula, Sonja (2009): „Zilk war in meine Stadt und hat gesagt Wien brauchen Krankenschwestern“ Integration von Health Professionals in österreichischen Gesundheitseinrichtungen. Vortrag an ÖGPH-Tagung, 24./25. September 2009, Linz

Kaufmann, Franz-Xaver (2004): Sozialstaatliche Solidarität und Umverteilung im internationalen Wettbewerb. In: Beckert, Jens / Eckert, Julia / Kohli, Martin / Streeck, Wolfgang (Hrsg.): Transnationale Solidarität, Frankfurt a. M.

Kecskes, Robert (2004): Die soziale Integration von Migranten: Dimensionen, Indikatoren und Probleme ihrer Interpretation. In: ders. / Wagner, Michael / Wolf, Christof (Hrsg.): Angewandte Soziologie, Wiesbaden

Kecskes, Robert / Wolf, Christof (1996): Konfession, Religion und soziale Netzwerke, Opladen

Kießling, Klaus (2005): Lernziel: Solidarität – sozialpsychologische Qualität und theologische Dignität eines Prozesses. In: Biesinger, Albert / Fuchs, Ottmar / Kießling, Klaus (Hrsg.): Solidarität als interkultureller Lernprozess, Münster

Kingma, Mireille (2010): Krankenschwestern weltweit auf Wanderschaft, Berlin

Kleinbek, Uwe / Schmidt, Klaus-Helmut (2004): Gruppenleistung und Leistungsförderung. In: Schuler, Heinz (Hrsg.): Organisationspsychologie – Gruppe und Organisation, Göttingen

Knauth, Peter / Hornberger, Sonia (1997): Schichtarbeit und Nacharbeit, München

Koch-Straube, Ursula (1997): Fremde Welt Pflegeheim. Eine ethnologische Studie, Bern

Köppel, Petra (o. J.): Herausforderungen in der interkulturellen und virtuellen Kooperation von Teams, Cottbus

Krohwinkel, Monika (1992): Der pflegerische Beitrag zur Gesundheit in Forschung und Praxis. Agnes-Karll- Institut für Pflegeforschung (DBfK), Baden-Baden 1992

Kruglanski, Arie W. / Bar-Tal, Daniel / Klar, Yechiel (1993): A Social Cognitive Theory of Conflict. In: Larsen, Knud S. (Hrsg.): Conflict and Social Psychology, London

Krupp, Hans-Jürgen (1999): Potentiale bei den Humandienstleistungen und Möglichkeiten ihrer Erschließung. In: Wirtschafts- und sozialpolitischen Forschungs- und Beratungszentrum der Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.): Trends und Perspektiven für Dienstleistungen in Deutschland, Bonn

Kühlmann, Torsten M. (2004): Verhalten in internationalen Organisationen. In: Schuler, Heinz (Hrsg.): Organisationspsychologie – Gruppe und Organisation, Göttingen

Kytir, Josef / Münz, Rainer (2004): Demografische Rahmenbedingungen: die alternde Gesellschaft und das älter werdende Individuum. In: Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (Hrsg.): Ältere Menschen – Neue Perspektiven. Seniorenbericht 2000: Zur Lebenssituation älterer Menschen in Österreich, Wien

Lane, H. W. / DiStefano, J. J. / Mazneski, M. L. (2000): International Management Behavior. Cambridge

Leininger, Madeleine M. (1998): Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege, Freiburg

Lindner, I. / Kempe, P. / Sauter, M. (1991): Das komplexe Belastungspotential in der Altenpflege. In: Landau, Kurt (Hrsg.): Arbeitsbedingungen im Krankenhaus und Heim, München

Locke, Edwin A. / Latham, Gary P. (1990): A Theory of Goal Setting and Task Performance, Englewood Cliffs, NJ

Luhmann, Niklas (1995): Funktionen und Folgen formaler Organisation, Berlin

Lamnek, Siegfried (1993): Soziologie als Beruf in Europa, Berlin

Lamnek, Siegfried (1995): Qualitative Sozialforschung – Methoden und Techniken, Band 2, Weinheim

Luy, Marc (2006): Perspektiven für die zukünftige Entwicklung der Lebenserwartung, Rostocker Zentrum – Diskussionspapier, No.4, Rostock

Liga der freien Wohlfahrtspflege Baden-Württemberg e.V. (2009): Veröffentlichung von MDK-Qualitätsberichten, Stuttgart

Liga der freien Wohlfahrtspflege Baden-Württemberg e.V. (2009a): Präsenzkkräfte in der Altenhilfe. Tätigkeitsprofile und Anforderungen, Stuttgart

Livi Bacci, Massimo (1999): Europa und seine Menschen, München

Laslett, Peter (1995): Das Dritte Alter, Weinheim

Leben & Wohnen Stuttgart (2009): Altenpflege-Ausbildung, http://www.leben-und-wohnen.de/downloads/LuW_Deutsch-Integrationskurs.pdf, aufgesucht am 29.11.2009

- Mayer, Karl Ulrich / Baltes, Paul B. (1999) (Hrsg.): Die Berliner Altersstudie, Berlin
- MAS Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg (2008): Landtag von Baden-Württemberg, Drucksache 14/3534, 6.11.2008, Stuttgart
- Maur, Dagmar (2003): Weiterbildung für Hochqualifizierte am Beispiel der Studienergänzung in Magdeburg – Das Akademikerprogramm der OBS. In: Friedrich- Ebert- Stiftung (Hrsg.): Berufliche Qualifizierung und Eingliederung in den Arbeitsmarkt: Aufgaben der Aussiedler- und Integrationspolitik, Erkrath
- Max-Planck-Institut für demografische Forschung (2003): Pressemitteilung. Die Demografie des 21. Jahrhunderts. Implikationen aktueller Sterblichkeitsentwicklungen, Rostock
- Mayo, Elton (1950): Probleme industrieller Arbeitsbedingungen, Frankfurt a. M.
- Mayring, Phillip (1995): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, Weinheim
- Mayring, Phillip (2000): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Forum Qualitative Sozialforschung / Qualitative Social research (On-line Journal), No. 2, www.qualitative-research.net/fqs/fqs-d/2-00inhalt-d-htm, aufgesucht am 17.10.2010
- Mayring, Phillip (2003): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, Weinheim
- Meleghy, Tamas / Burow, Detlef / Preglau, Max (1998): Beschäftigungssituation, Arbeitszufriedenheit und Fremdenakzeptanz. Ergebnisse einer Repräsentativbefragung am Landeskrankenhaus Innsbruck, Forschungsbericht des Instituts für Soziologie Universität Innsbruck, Nr. 53, Innsbruck
- Mitterauer, Michael (1983): Ledige Mütter. Zur Geschichte illegitimer Geburten in Europa, München
- Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes NRW (2008): Praxisleitfaden Interkulturelle Öffnung der Familienbildung, Düsseldorf
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (2007) (Hrsg.): 2. Bericht des MDS nach § 118 Abs. 4 SGB XI. Qualität in der ambulanten und stationären Pflege, Essen
- Menning, Sonja / Hoffmann, Elke (2009): Ältere Migrantinnen und Migranten, GeroStat Report Altersdaten 01/2009, DZA, Berlin
- Neidhardt, Friedhelm (1994): Innere Prozesse und Außenweltbedingungen sozialer Gruppen. In: Schäfers, Bernhard (Hrsg.): Einführung in die Gruppensoziologie. Geschichte. Theorien. Analysen, Wiesbaden
- Nerdinger, Friedemann W. (1998): Extra-Rollenverhalten und Kooperation in Organisationen. In: Spieß, Erika (Hrsg.): Formen der Kooperation, Göttingen
- Nerdinger, Friedemann W. (2004): Organizational Citizenship Behavior und Extra-Rollenverhalten. In: Schuler, Heinz (Hrsg.): Organisationspsychologie – Gruppe und Organisation, Göttingen
- Neuberger, Oswald (1990): Was ist denn da so komisch? Thema: der Witz in der Firma, Weinheim
- Neuberger, Oswald (1995): Die Probleme selbst in die Hand nehmen. In: Volmerg, Birgit / Leithäuser, Thomas / Neuberger, Oswald / Ortmann, Günther / Sievers, Burkhard: Nach allen Regeln der Kunst, Freiburg
- Nightingale, Florence (1860): Notes on Nursing, Philadelphia
- Oerlemans, W. G. M. (2009): Ethnic diversity at work. About interpersonal relations, well-being and performance in ethnically diverse organizations
- Ohrloff, Christian (1991): Auge. In: Platt, Dieter (Hrsg.): Biologie des Alterns. Ein Handbuch, Berlin
- Orem, Dorothea E. (1997): Eine Theorie der Pflegepraxis. In: Schaeffer, Doris et al. (Hrsg.): Pflgetheorien. Beispiele aus den USA, Bern
- Orem, Dorothea E. (1997a): Strukturkonzepte der Pflegepraxis, Berlin
- Overlander, Gabriele (1996): Die Last des Mitfühlens: Aspekte der Gefühlsregulierung in sozialen Berufen am Beispiel der Krankenpflege, Frankfurt am Main
- Petzold, Christa / Petzold, Hilarion G. (1992): Lebenswelten alter Menschen. Konzepte- Perspektiven- Praxisstrategien, Hannover
- Peuckert, Rüdiger (2004): Familienformen im sozialen Wandel, Wiesbaden
- Piepenburg, Ulrich (1991): Ein Konzept von Kooperation und die technische Unterstützung kooperativer Prozesse. In: Oberquelle, Horst (Hrsg.): Kooperative Arbeit und Computerunterstützung, Göttingen
- Podsiadlowski, Astrid (1996): Interkulturelle Kompetenz. In: io Management Zeitschrift, 1 / 2, S. 74-77, Zürich
- Podsiadlowski, Astrid (1998): Zusammenarbeit in interkulturellen Teams. In: Spieß, Erika (Hrsg.): Formen der

Kooperation, Göttingen

Robert D. Putnam (2007): *E Pluribus Unum: Diversity and Community in the Twenty-first Century*. The 2006 Johan Skytte Prize Lecture. In: *Scandinavian Political Studies*, Vol. 30. Nr. 2, S. 137-174

Rinne, Ulf / Schüller, Simone / Zimmermann, Klaus F. (2010): *Ethnische Vielfalt und Arbeitsmarkterfolg*, IZA Standpunkte, Nr. 34, Bonn

Roper, Nancy / Logan, Winifred W. / Tierney, Alison J. (1993): *Die Elemente der Krankenpflege*, Basel/Eberswalde

Rorty, Richard (1999): *Kontingenz, Ironie und Solidarität*, Frankfurt a. M.

Rosenstiel, Lutz von (2003): *Grundlagen der Organisationspsychologie*, Stuttgart

Rosenstiel, Lutz von / Molt, Walter / Rüttinger, Bruno (1995): *Organisationspsychologie*, Stuttgart

RWI Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (2009): *Pflegeheim Rating Report 2009*, Executive Summary, Essen

Robert-Bosch-Stiftung (2008): *Servicehelfer im Sozial- und Gesundheitswesen*, <http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/16628.asp>, aufgesucht am 20.10.2009

Reinecke, Jost (1991): Interviewereffekte und soziale Erwünschtheit. Theorie, Modell und empirische Ergebnisse. *Journal für Sozialforschung*, 31, 293-320

Rühl, Stefan (2009): *Grunddaten der Zuwandererbevolkerung in Deutschland*, Nürnberg

Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration (2010): *Einwanderungsgesellschaft 2010*, Berlin

Saldov, M. / Chow, P. (1994): The ethnic elderly in Metro Toronto Hospitals, nursing homes, and homes for the aged: communication and health care. In: *International Journal of aging and human development*, Vol. 38, Nr. 2, S. 117-135

Schäfer, Bernd / Six, Bernd (1978): *Sozialpsychologie des Vorurteils*, Stuttgart

Schäfers, Bernhard (1994): Entwicklung der Gruppensoziologie und Eigenständigkeit der Gruppe als Sozialgebilde. In: ders. (Hrsg.): *Einführung in die Gruppensoziologie. Geschichte. Theorien. Analysen*, Wiesbaden

Schäffler, Arne / Menche, Nicole / Bazlen, Ulrike / Kommerell, Tillmann (Hrsg.) (2000): *Pflege Heute. Lehrbuch und Atlas für die Pflegeberufe*, Stuttgart

Schimany, Peter (2003): *Die Alterung der Gesellschaft*, Frankfurt

Schnell, Rainer / Hill, Paul B. / Esser, Elke (1999): *Methoden der empirischen Sozialforschung*, München

Seifert, Wolfgang (2001): Ausländische Bevölkerung. In: Schäfers, Bernhard (Hrsg.): *Handwörterbuch zur Gesellschaft Deutschlands*, Opladen

Semmer, Norbert / Udris, Ivars (1995): Bedeutung und Wirkung von Arbeit. In: Schuler, Heinz (Hrsg.): *Lehrbuch Organisationspsychologie*, Bern

Sherif, Muzafer (1966): *Group Conflict and Co-operation*, London

Shumarayeh, Usama (2000): *Belastung philippinischer Migrantinnen am Arbeitsplatz im medizinischen Bereich, in Abhängigkeit ihrer sozialen Integration in Österreich*, Diplomarbeit am Psychologischen Institut Universität Wien, Wien

Sinus Sociovision (2008): *Zentrale Ergebnisse der Sinus-Studie über Migranten-Milieus in Deutschland*, Berlin

Smith, Peter B. / Noakes, Julia (1996): Cultural differences in group processes. In: West, Michael A. (Hrsg.): *Handbook of work group psychology*. Chichester. S. 477-501

Spangler, Zenaida (1998): Kulturelle Dimensionen der Fürsorge im Krankenhaus bei philippinischen und anglo-amerikanischen Pflegenden. In: Leininger, Madeleine M. : *Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege*, Freiburg

Spieß, Erika (2004): Das Konzept der Empathie. In: ders. (Hrsg.): *Formen der Kooperation*, Göttingen

Spieß, Erika / Winterstein, Hans (1999): *Verhalten in Organisationen. Eine Einführung*, Stuttgart

Stahlberg, Dagmar / Frey, Dieter (1997): Einstellungen: Struktur, Messung und Funktion. In: Stroebe, Wolfgang / Hewstone, Miles / Stephenson, Geoffrey M. (Hrsg.): *Sozialpsychologie*, Berlin

Statistisches Bundesamt (2005): *4. Bericht: Pflegestatistik 2003. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung*, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (2006): *Leben in Deutschland. Haushalte, Familien und Gesundheit – Ergebnisse des Mikrozensus 2005*, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (2007): *Lebenserwartung der Menschen in Deutschland nimmt weiter zu*, Pressemittei-

lung Nr. 336 vom 27.08.2007, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (2007a): Gebiet und Bevölkerung – Ausländische Bevölkerung, http://www.statistikportal.de/Statistik-Portal/de_jb01_jahrtab2.asp

Statistisches Bundesamt (2011): Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (2008a): Pflegestatistik 2007, Deutschlandergebnisse, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (2009): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (2009a): Geburtenentwicklung, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (2009b): Auszug aus dem Datenreport 2008. Bevölkerung, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (Hrsg.)(2004): Datenreport 2004. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland, Bonn

Steffen, Margret (2010): „Dann holen wir halt eine Polin“, Vortrag an der Akademie Bad Boll, 18./19.6.2010

Steiner, Ivan D. (1972): Group Process and Productivity, New York

Steinert, Erika / Thiele, Gisela (2000): Sozialarbeitsforschung für Studium und Praxis, Köln

Steinhagen- Thiessen, Elisabeth / Borchelt, Markus (1999): Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter. In: Mayer, Karl Ulrich / Baltes, Paul B. (Hrsg.): Die Berliner Altersstudie, Berlin

Stemmer, Brigitte (2007): Wie stark macht Lachen und Humor? In: Bachmaier, Helmut (Hrsg.): Lachen macht stark. Humorstrategien, Göttingen

Stumpf, Siegfried / Thomas, Andreas (Hrsg.) (2003): Teamarbeit und Teamentwicklung, Göttingen

Tajfel, Henri (1982): Gruppenkonflikt und Vorurteil. Entstehung und Funktion sozialer Stereotypen, Bern

Tews, Hans Peter (1991): Altersbilder, Köln

Temkin-Greener, Helena et al. (2009): Daily Practice Teams in Nursing Homes: Evidence from New York State. In: The Gerontologist, Nr. 1, 1-13

Thomas, Alexander (1991): Grundriss der Sozialpsychologie, Band 1, Göttingen

Treibel, Anette (2001): Migration. In: Schäfers, Bernhard (Hrsg.): Handwörterbuch zur Gesellschaft Deutschlands, Opladen

Treibel, Anette (1990): Migration in modernen Gesellschaften. Soziale Folgen von Einwanderung und Gastarbeit, Weinheim

Ullrich, Birgit (2002): Kultursensible Pflege älterer Migranten in der Einwanderungsgesellschaft. In: Magazin Stoma+Inkontinenz, Nr. 8/2008, S. 23-26

Ulrich, Herbert (1986): Geschichte der Ausländerbeschäftigung in Deutschland von 1880 bis 1980: Saisonarbeiter, Zwangsarbeiter, Gastarbeiter, Berlin

Uske, Hans / Heveling-Fischell, Michael / Mathejczyk (2001): Risiko Migration. Krankheit und Behinderung durch Arbeit, Duisburg

Uzarewicz, Charlotte (2001): Grundsatzreferat. In: Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (Hrsg.): Expertenanhörung Interkulturelle Pflege, München

Voges, Wolfgang (2001): Pflege alter Menschen als Beruf. Soziologie eines Tätigkeitsfeldes, Opladen/Wiesbaden

Volmerg, Birgit (1992): Der Betrieb als sozialer Ort der Entstehung von „Ausländerfeindlichkeit“. In: Hindrichs, Wolfgang / Negt, Oskar (Hrsg.): Der schwierige Weg zur Arbeiteremanzipation, Bremen

verdi-drei (2009): Altenpflege in Bewegung, Nr. 29 März 2009, Berlin

Ver.di (2008): Arbeitsqualität aus Sicht von Altenpfleger/innen. Gute Arbeit, Berlin

Ver.di (2009): Fachkräftemangel in der Altenpflege, Infopost 84/2009, http://potsdam-nwb.verdi.de/fachbereiche/03_gesundheit_soziale_dienste_wohlfahrt_und_kirchen/fachkommission_pflege/data/infopost_84-09-fachkraeftemangel.pdf, aufgesucht am 19.5.2009

verdi-drei (2008a): Arme Brüder, Nr. 28 Dezember 2008, Berlin

Watzlawick, Paul / Beavin, Janet H. / Jackson, Don D. (2000): Menschliche Kommunikation. Formen, Störun-

gen, Paradoxien, Bern

Weber, Max (1980): *Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriss der verstehenden Soziologie*, 5. Auflage, Tübingen

Wippermann, Carsten / Flaig, Berthold Bodo (2009): *Lebenswelten von Migrantinnen und Migranten*. Aus Politik und Zeitgeschichte, Nr. 5/2009, Berlin

Wagner, Michael / Weiß, Bernd (2004): *Scheidungsrisiken in Deutschland: Eine Meta-Analyse von empirischen Befunden der Jahre 1987-2003*. In: Kecskes, Robert / Wagner, Michael / Wolf, Christof (Hrsg.): *Angewandte Soziologie*, Wiesbaden

Weiß, Anja (2005): *Macht und Differenz – Ein erweitertes Modell der Konfliktpotenziale in interkulturellen Auseinandersetzungen*. In: Landeszentrum für Zuwanderung NRW (Hrsg.): *Interkulturelle Konflikte konstruktiv lösen*, Hagen

Weißbach, Barbara / Schülken, Theo / Hüttig, Doreen (2007): *Je mehr kulturelle Vielfalt, desto besser? Zufriedenheit bei der Arbeit in multikulturellen Teams*. In: *PERSONALFÜHRUNG*, Nr. 3, S. 40-47

Wellendorf, Franz (1982): *Hierarchie und Kooperation – Mitarbeiterkonflikte im Heim*. In: *Internationale Vereinigung von Erziehern gefährdeter Jugend* (Hrsg.): *Hierarchie und Kooperation*, Freiburg

Wiemann, John M. / Giles, Howard (1997): *Interpersonale Kommunikation*. In: Stroebe, Wolfgang / Hewstone, Miles / Stephenson, Geoffrey M. (Hrsg.): *Sozialpsychologie*, Berlin

Wilke, Henk / van Knippenberg, Ad (1997): *Gruppenleistung*. In: Stroebe, Wolfgang / Hewstone, Miles / Stephenson, Geoffrey M. (Hrsg.): *Sozialpsychologie*, Berlin

Winterstein, Hans (1998): *Mitarbeiterinformation - Informationsmaßnahmen und erlebte Transparenz in Organisationen*, München

Wiswede, Günter (1998): *Soziologie*, Landsberg

Witzel, Andreas (2000): *Das problemzentrierte Interview*. In: *Forum Qualitative Sozialforschung*, Nr. 1. Internet: www.qualitative-research.net/fqs-texte/1-00/1-00witzel-d.htm (aufgesucht am 31.7.2008)

Zahn, R.K. (1990): *Alter und Altern*. In: Schmidt, Robert F. / Thews, Gerhard (Hrsg.): *Physiologie des Menschen*, Berlin

Zegelin, Angelika / Rüsing, Detlef (2006): *Die Situation der Pflege Demenzerkrankter in Deutschland*. In: *Alzheimer und Demenz*, Nr. 12, S. 331-334

Zick, Andreas (2002): *Die Konflikttheorie der Theorie sozialer Identität*. In: Bonacker, Thorsten (Hrsg.): *Sozialwissenschaftliche Konflikttheorien. Eine Einführung*, Opladen

Zimber, Andreas / Weyerer, Siegfried (1998): *Stress in der stationären Altenpflege. Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in Heimen – eine Verlaufsstudie*, Köln

Zimmermann, Klaus F. / Hinte, Holger (2005): *Zuwanderung und Arbeitsmarkt. Deutschland und Dänemark im Vergleich*, Berlin

Lebenslauf

NAME	Sascha M. Buchinger
ANSCHRIFT	Osserweg 16 94227 Zwiesel Sascha.Buchinger@gmx.de
GEBURTSDATUM UND -ORT	28. Februar 1975 in Zwiesel
FAMILIENSTAND	verheiratet
KONFESSION	Römisch-katholisch
SCHULISCHE AUSBILDUNG	
1981 – 1985	Grundschule Zwiesel
1985 – 1993	Gymnasium Zwiesel Abschluss: Mittlere Reife
1993 – 1995	Fachoberschule Deggendorf Bereich Sozialwesen Abschluss: Fachhochschulreife
ZIVILDienst	
09/1995 – 09/1996	Kreiskrankenhaus Zwiesel Intensivstation
BERUFSAUSBILDUNG	
10/1996 – 9/1999	Klinikum Landshut Ausbildung zum Krankenpfleger Abschluss: Examinierter Krankenpfleger
STUDIUM	
10/1999 – 03/2004	Fachhochschule Landshut Fachrichtung Soziale Arbeit Studienrichtung Arbeit mit Familien Abschluss: Diplom-Sozialpädagoge Thema der Diplomarbeit: Gewalt in stationären Einrichtungen der Altenhilfe – Ansätze sozialpädagogischer Prävention und Intervention

4/2004 – 12/2011

Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Fachrichtung Soziologie

Promotionsstudium

Abschluss: doctor philosophiae (Dr. phil.)

Thema der Dissertation: Das Integrationsverhalten innerhalb multiethnischer Teams in der stationären Altenhilfe

PRAKTIKUM

03/2001 – 11/2001

Caritas Fachambulanz für Suchtprobleme, Landshut

Praktikant

BERUFLICHER WERDEGANG

12/1999 – 12/2005

Joseph-Filsermayr'sches St. Jodokstift, Landshut

02/2006 – 08/2007

Altenpflegeheim Magdalenenheim, Landshut

Fachkraft für Altenpflege

09/2006 – 08/2007

Berufsfachschule für Altenpflege des Mädchenwerk Zwiesel e.V., Zwiesel

Lehrkraft für das Fach Altenpflege und Altenkrankenpflege (Praxis) sowie für die Praxisbegleitung

10/2007 – DATO

Deutsches Rotes Kreuz – Landesverband Baden-Württemberg e.V.

Stuttgart

Referent für stationäre und teilstationäre Altenhilfe